

# Quoi de neuf, Doc ?

Bulletin bibliographique  
en économie de la santé  
Mai - Juin - Juillet 2006

■ 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 de l'IRDES.
  
- La plupart d'entre elle sont accessibles en ligne sur la Base de Données Santé Publique dont l'IRDES est l'un des nombreux producteurs (Internet : <http://www.bdsp.tm.fr>).
  
- Le bulletin se compose de deux parties :
  - une partie signalétique présentant les notices bibliographiques selon un mode de classement thématique,
  - plusieurs index qui facilitent la recherche :
    - un index des auteurs cités,
    - un index des éditeurs.
  
- Les documents cités dans ce bulletin peuvent être consultés au service de documentation de l'IRDES selon les modalités de consultation précisées à la fin du bulletin ou commandés directement auprès de l'éditeur dont les coordonnées sont mentionnées dans le carnet d'adresses des éditeurs.  
Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

L'IRDES est disponible sur Internet.

Pour contacter le centre de documentation :

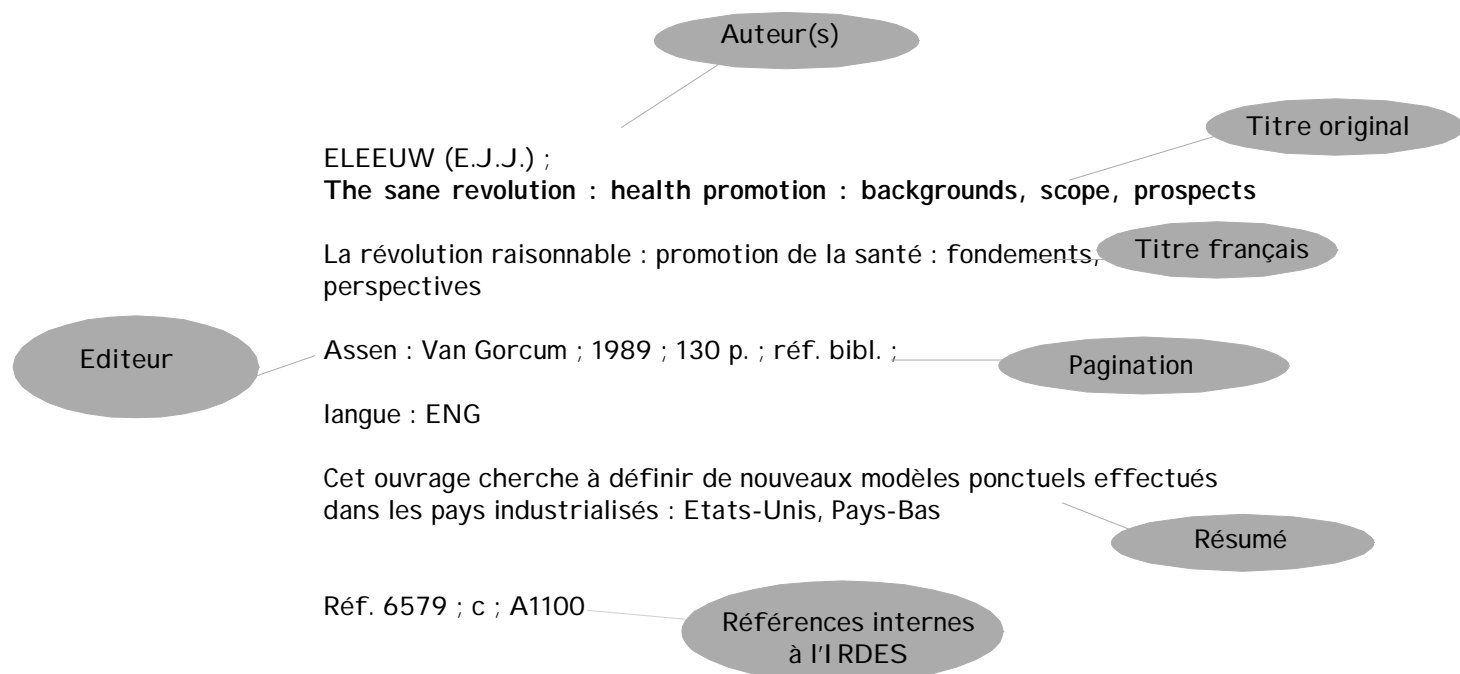
**E-Mail** : [document@irdes.fr](mailto:document@irdes.fr)

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

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



## Comment lire une notice ?



## Signification des abréviations

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



**Sommaire**





Nous vous rappelons  
qu'il ne sera délivré

**aucune photocopie**

par courrier des documents  
signalés dans ce bulletin



## SOMMAIRE

### Références bibliographiques .... 13

#### POLITIQUE DE SANTÉ

Inégalités de santé .....	15
Réforme .....	15
Régulation .....	15

#### PROTECTION SOCIALE

Couverture médicale universelle .....	15
Historique .....	16
Minima sociaux .....	16
Protection complémentaire .....	16
Rmi .....	17

#### PRÉVENTION SANTÉ

Cancer .....	17
Sécurité sanitaire .....	18
Vaccination .....	18
Veille sanitaire .....	18

#### DÉPENSE DE SANTÉ

Coût maladie .....	19
Déterminants .....	19
Financement des soins .....	20
Médicaments .....	20
Personnes retraitées .....	21

#### INDICATEURS DE SANTÉ

Alcoolisme .....	21
Comportement alimentaire .....	21
Espérance de vie .....	22
Mesure de la santé .....	22
Météoropathologie .....	22
Tabagisme .....	22
Troubles du sommeil .....	23

#### PERSONNES ÂGÉES

Aide technique .....	24
Dépendance .....	24
Emploi des séniors .....	24
Institutions .....	25
Relations intergénérationnelles .....	25
Relations sociales .....	26
Soutien domicile .....	26
Viellissement .....	27

#### GROUPE DE POPULATION

Adolescents .....	27
Exclu .....	27
Inégalités devant soins .....	28
Parité .....	28
Migrants .....	29
Pauvreté .....	29
Prisonniers .....	30
Travailleurs pauvres .....	31

#### GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Bourgogne .....	31
Centre .....	32
Champagne Ardenne .....	32
Île-de-France .....	32

#### MÉDECINE LIBÉRALE

Dossier médical .....	33
Faqs v .....	34
Médecin traitant .....	34
Modes d'exercices .....	34

#### HÔPITAL

Cancérologie .....	34
Chirurgie .....	35
Cliniques privées .....	35
Hospitalisation à domicile .....	35
Infections nosocomiales .....	35

Performance .....	36
Réforme .....	37
Réseau de soins.....	37
Satisfaction des usagers .....	37
Tarifcation .....	37

### PROFESSIONS DE SANTÉ

Infirmiers .....	39
Mobilité professionnelle .....	39
Pharmaciens .....	39
Revenu .....	40
Sage-femme .....	40
Transferts de compétences .....	41

### MÉDICAMENTS

Amm .....	42
Automédication .....	42
Chiffres-clés .....	42
Commerce parallèle .....	42
Gérontopsychiatrie .....	43
Homéopathie .....	43
Industrie pharmaceutique .....	43
Innovation médicale .....	44
Médicaments pédiatriques .....	45
Pharmacovigilance .....	45
Politique médicament .....	46
Prescriptions .....	47
Essais cliniques .....	48
Réglementation .....	48
Stratégies des firmes .....	48

### TECHNOLOGIES MÉDICALES

Informatique médicale .....	49
-----------------------------	----

### SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Allemagne .....	49
Belgique .....	50
Canada .....	51
Danemark .....	51
Espagne .....	51
Etats-Unis .....	51
Europe .....	51
Europe de l'Est .....	52

Hongrie .....	52
Irlande .....	52
Italie .....	53
Monde .....	53
Pays-Bas .....	55
Pays industrialisés .....	55
Pologne .....	57
Québec .....	57
Royaume-Uni .....	57
Suède .....	58

### MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

Enquête .....	59
Méthode épidémiologique .....	59
Sondages .....	60
Statistiques sociales .....	60
Système information .....	60

### DÉOGRAPHIE - MODE DE VIE

Conditions de vie .....	61
Famille .....	61
Population .....	61
Recensement .....	63

### ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Emploi .....	64
Marché du travail .....	64
Salaires .....	65

### RÉGLEMENTATION

Arrêt de travail .....	66
Assurance maladie .....	66

<b>Index des auteurs.....</b>	<b>67 à 76</b>
<b>Carnet d'adresses</b>	
<b>des éditeurs .....</b>	<b>77 à 86</b>
<b>Calendrier des colloques.....</b>	<b>87 à 94</b>

## Références bibliographiques



## POLITIQUE DE SANTÉ

### Inégalités de santé

29641

ARTICLE

JUSOT (F.), POLTON (D.)

**La lutte contre les inégalités dans les politiques et les programmes nationaux de santé.**

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2005/03 ; vol. : n° 50 : 33-36

Cote Irdes : C, R1601, P49

Les inégalités de santé ne constituent véritablement un enjeu de santé publique que depuis une vingtaine d'années à la suite de la signature, par la France et par tous les pays européens, du principe de santé pour tous défini par l'OMS-Europe. Quelle a été la traduction de ce principe dans les politiques et les programmes nationaux de santé ? Ces politiques sont-elles en accord avec les résultats de la recherche sur les mécanismes explicatifs des inégalités sociales de santé ?

### Réforme

28854

ARTICLE

POLTON (D.)

**Réformer l'assurance-maladie en France.**

UNIVERSALIA 2005

2005 ; vol. : n° : 237-239

Cote Irdes : R1596

### Régulation

30172

FASCICULE

HASSENTEUFEL (P.), KERVASDOUE (J. de), VINCENT (G.), CHADELAT (J.F.), REGEREAU (M.), PARANT (A.), COUTY (E.), DUPONT (M.), LAUDE (A.), SICARD (D.), BRUCKER (G.), BOURDILLON (F.), SAUER (F.)

TABUTEAU (D.) / préf.

**Les métamorphoses des politiques de santé.**

REVUE FRANCAISE D'ADMINISTRATION PUBLIQUE

2005 ; vol. : n° 113 : 2-157, tabl.

Cote Irdes : A3355

Crises de santé publique, engrenage du déficit, malaise des professions de santé, le débat public s'est emparé des questions de santé. Pendant les deux dernières décennies où les crises sociales et financières ont monopolisé l'attention, le secteur de la santé a été soumis à des transformations structurelles profondes. Apparition de nouveaux acteurs, émergence du concept de sécurité sanitaire, perspectives insoupçonnées ouvertes par les progrès de la médecine, reconnaissance des droits des malades, autant de défis qui frappent de plein fouet le système de santé lui-même. Les enjeux de ces bouleversements, d'ordre politique, économique, mais également éthique, touchent les équilibres et les valeurs de la société dans son ensemble. Face à la perspective d'une explosion des dépenses, la question récurrente de la régulation et de la " gouvernance " du système de santé doit être réexaminée à la lumière notamment des expériences européennes et des pays de l'OCDE. Quelles réponses apporter aux inégalités territoriales en matière d'accès aux soins ? Comment appréhender le vieillissement de la population ? Quel est le sens de la révolution silencieuse des professions de santé ? Les développements d'une médecine préventive voire " prédictive " laissent-ils craindre une hypochondrie collective ? Enfin il faut s'interroger sur l'impact de la compétence reconnue à l'Union européenne depuis le traité d'Amsterdam et du thème de la libre circulation des patients. Les contributions réunies dans ce numéro de la Revue française d'administration publique se proposent d'éclairer les différentes faces de ces métamorphoses. Les résumés de ces contributions sont en ligne : <http://www.ena.fr/tele/rfap/rfap113resumes.pdf>

## PROTECTION SOCIALE

### Couverture médicale universelle

30490

ARTICLE

DESPRES (C.)

**La couverture médicale universelle : des usages sociaux différenciés.**

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

2005/12 ; vol. 23 : n° 4 : 79-110

Cote Irdes : P86

Cet article présente le résultat d'un travail réalisé suite à une demande de la CPAM du Val de Marne. Ainsi, celui-ci met en perspective la loi sur la couverture médicale universelle (CMU) dans la structure de la protection sociale et dans ses évolutions récentes. Il montre que le choix d'un principe de discrimination positive, mesure spécifique et ciblée, produit des effets sociaux de désignation, voire de stigmatisation des personnes visées. Il examine les usages que les bénéficiaires de la CMU font de ce dispositif. Si de nombreux bénéficiaires en tirent des avantages et une amélioration de l'accès aux soins, d'autres n'utilisent pas le dispositif (non-recours) ou ne l'utilisent que de manière restreinte (du fait des refus de soins de certains professionnels). L'article discute les effets de cette loi, visant à apporter plus d'équité, sur les inégalités sociales de santé (d'après le résumé d'auteur). Michel Grignon, économiste de la santé au Département d'Economie et Programme de Gérontologie de l'Université Mac Master au Canada, apporte un commentaire à cet article, intitulé " L'expérience de la couverture médicale universelle : que peut-on apprendre sur la segmentation dans les politiques sociales ? " (pp. 111-120).



## Historique

30433

FASCICULE

**Spécial Sécurité sociale.**

VIVA

2005/10 ; vol. : n° : 20-63

Cote Irdes : A3370

A l'occasion des 60 ans de la Sécurité sociale en France, ce fascicule fait le point sur le bilan des ses soixante années : les défis d'aujourd'hui (financement, dépendance, démographie médicale, insécurité sociale des jeunes...), historique sur l'organisation, les nouvelles perspectives avec l'Union européenne.



## Minima sociaux

30701

ARTICLE

*HORUSITZKY (P.), JULIENNE (K.), LELIEVRE (M.)*

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

## **Un panorama des minima sociaux en Europe.**

Etudes diverses.

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE

2005/06-09 ; vol. : n° 3 : 67-99,4 tabl., 1 graph.

Cote Irdes : S19

<http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200503.pdf>

Quels sont les dispositifs de minima sociaux en Europe, et peut-on les comparer entre eux ? Cette étude présente de façon comparative les systèmes d'assistance sociale mis en place dans quatorze pays de l'Union européenne. Après avoir dressé un panorama des principales réformes intervenues récemment dans les pays étudiés, l'article compare la manière dont les minima sociaux s'articulent avec les différents seuils de pauvreté. S'il apparaît que le nombre de minima varie considérablement d'un pays à l'autre, on observe une tendance à la généralisation des dispositifs de revenu minimum pour les personnes en âge de travailler.



## Protection complémentaire

28853

ARTICLE

FRANC (C.)

Quelles perspectives pour l'assurance maladie complémentaire ?

Les nouvelles frontières de la santé.

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2005 ; vol. : n° Printemps : 43-48

Cote Irdes : R1595, P168. ▲

30400

FASCICULE

*LENGAGNE (P.), PERRONNIN (M.)*

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

**Impact des niveaux de garantie des**

**complémentaires santé sur les**

**consommations de soins peu remboursées**

**par l'Assurance maladie : le cas des lunettes et des prothèses dentaires.**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

2005/11 ; vol. : n° 100 : 6p.

Cote Irdes : QES 100

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum100.pdf>

Depuis plusieurs années, l'IRDES cherche à évaluer les niveaux de garanties proposés par les contrats de couverture complémentaire santé et à mesurer leur impact sur les consommations de soins. Une étude menée à partir des Enquêtes sur la santé et la protection sociale



2000 et 2002 a permis de décrire les niveaux de garantie optique et dentaire proposés par ces contrats. En associant ces données avec les informations sur les consommations de soins issues de l'Echantillon permanent des assurés sociaux, les auteurs analysent le lien existant entre niveaux de couverture et achats de lunettes et de prothèses dentaires. ▲

30241

FASCICULE

**Complémentaires santé, ce qui va changer pour vous en 2006.**

PARTICULIER (LE)

2005/12 ; vol. : n° 995 : 62-69

Cote Irdes : A3369

Cet article fait le point, pour l'assuré social, sur tous les changements introduits par la mise en place de la réforme de l'assurance maladie au 1er janvier 2006 au niveau de la couverture complémentaire.▲



## Rmi

30230

FASCICULE

THIBAUDOT (F.)

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

**Les bénéficiaires du RMI au régime agricole - situation au 30 juin 2004.**

SYNTHESES

2005/09 ; vol. : n° : 4p., 1 tabl., 4 graph., 1 carte

Cote Irdes : S23/3

Ce document consacré aux bénéficiaires du Rmi au régime agricole présente, à travers les dernières statistiques disponibles, les principales données qui les caractérisent : nombre, âge, sexe, état matrimonial, disparité régionale...

## PRÉVENTION SANTÉ



## Cancer

30869

ARTICLE

PHILIP (T.), KASPARIAN (C.), FAGNANI (F.), MOATTI (J.-P.), MEUNIER (A.)

**Le dépistage du cancer du sein en France : bilan et limites - Discussion.**

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2005 ; vol. 189 : n° 2 : 321-339

Cote Irdes : C, P76

Les auteurs missionnés par l'Office Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé (OPEPS) ont revu l'ensemble de la littérature. Ils démontrent malgré les controverses récentes que le dépistage du cancer du sein est justifié médicalement et économiquement. Après avoir revu l'organisation du dépistage et les cahiers des charges, les auteurs situent l'expérience française au regard des recommandations européennes et des autres organisations. Ils analysent les résultats, en particulier de l'effort 2003 du Plan Cancer et discutent les risques du dépistage et le type d'information donné aux femmes.▲

30969

ARTICLE

SOLER-MICHEL (P.), COURTIAL (I.), BREMOND (A.)

**Participation secondaire des femmes au dépistage organisé du cancer du sein : revue de littérature.**

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2005/11 ; vol. 53 : n° 5 : 549-567, tabl.

Cote Irdes : C, P11

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers et la première cause de mortalité par cancer des femmes. L'efficacité démontrée du dépistage organisé se traduit par une baisse significative de la mortalité spécifique d'environ 30%. Elle repose sur une participation de 70% et la répétition des examens tous les deux à trois ans. La baisse, avec le temps, de la participation secondaire - participations successives des femmes après un premier dépistage - nuit à l'efficacité du système.▲

31056

ARTICLE

GALLOIS (P.), VALLEE (J.P.), LE NOC (Y.)  
**Le dépistage du cancer colo-rectal :  
efficacité, conditions de mise en oeuvre,  
suivi.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC  
2005/12 ; vol. 1 : n° 3 : 121-127

Cote Irdes : B5292

Ce dossier sur l'efficacité du dépistage de cancer colo-rectal est issu de cinq numéros de *Bibliomed* de l'année 2004, qui assurent, non pas une revue systématique de la littérature, mais une veille documentaire des principales revues médicales publiant des études fondées sur les preuves, ou des recommandations en résultant. Ils ont pour ambition de fournir aux médecins généralistes une actualisation des données sur les questions pertinentes pour leur pratique médicale retenues par le comité de rédaction. ▲

31202

FASCICULE

KHAYAT (D.) / préf., BRIAND (P.) / préf.

**Cancer du sein : nouvelles approches  
diagnostiques et thérapeutiques.**

REFERENCES EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

2005/09 ; vol. 11 : n° Numéro hors-série : 286p., tabl.

Cote Irdes : B5337

Le cancer du sein, avec plus de 40 000 nouveaux cas par an, est le plus fréquent des cancers de la femme. C'est un véritable problème de santé publique qui a amené beaucoup de cliniciens et de chercheurs à travailler au dépistage, à l'amélioration du pronostic et au développement de nouvelles approches thérapeutiques des cancers du sein. La prise en charge et les moyens de lutter contre cette maladie ont ainsi été fortement améliorés. Ce numéro hors-série de *Références en gynécologie obstétrique* réunit des articles traitant des nouvelles approches diagnostiques et thérapeutiques (Résumé de l'éditeur).



## Sécurité sanitaire

30765

FASCICULE

HIRSCH (M.), DUNETON (P.), GOT (C.), HEITZ (R.), MENARD (J.)

**La sécurité sanitaire est-elle en bonne santé ?**

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2006/01 ; vol. : n° 9 : 9-84

Cote Irdes : P168

Ce premier numéro hors série de *Sève* pose la question de l'avenir de la sécurité sanitaire. L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments en avait fait le thème d'une table ronde qui s'est tenue le 16 mars 2005 à Maisons-Alfort. Autour du compte rendu de cette rencontre, les lecteurs trouveront, selon la formule éditoriale de la revue, des articles complémentaires et un entretien avec un prestigieux analyste de l'évolution de la société française, Pierre Rosanvallon. La rubrique "document" permet de retrouver les premières pages des quatre grandes lois de sécurité sanitaire.



## Vaccination

30325

ARTICLE

Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. (C.S.H.P.F.). Paris. FRA

**Calendrier vaccinal 2005 et autres avis du  
Conseil supérieur d'hygiène publique de  
France relatifs à la vaccination.**

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2005/07/05 ; vol. : n° 29-30 : 141-156

Cote Irdes : C, P140

Le calendrier vaccinal fixe les vaccinations applicables aux personnes résidant en France en fonction de leur âge, résume les recommandations vaccinales "générales" émises par le CSHPF (il existe en outre des recommandations propres à des expositions professionnelles ou à des voyages). Le calendrier vaccinal 2005 introduit de nouvelles recommandations qui concernent la vaccination contre la rougeole, les oreillons, la rubéole, la diphtérie et la rage.



## Veille sanitaire

30322

ARTICLE

JOSSERAN (L.), GAILHARD (I.), NICOLAU (J.), THELOT (B.), DONADIEU (J.), BRUCKER (G.)

Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint Maurice. FRA, Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Département des maladies chroniques et des traumatismes. Saint-Maurice. FRA, Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Cellule de Coordination des Alertes. (C.C.A.). Saint-Maurice. FRA, Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Direction Générale. Saint-Maurice. FRA

**Organisation expérimentale d'un nouveau système de veille sanitaire, France, 2004-2005.**

Numéro thématique. Veille sanitaire : nouveau système, nouveaux enjeux.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2005/06/28 ; vol. : n° 27-28 : 134-137, 1 carte, 1 tabl., 1 fig.

Cote Irdes : C, P140

En août 2003, une canicule aux conséquences sanitaires exceptionnelles a touché la France. Son intensité, sa durée, son étendue rendent compte de l'impact observé. Le phénomène sanitaire a d'une part entraîné un recours massif au système de soins d'urgences et par ailleurs une augmentation brutale de la mortalité. La première conséquence perçue a été la saturation du système de soins, alors que les services et réseaux de la veille sanitaire, qui ne disposaient pas des indicateurs d'alerte, n'ont pas eu la réactivité attendue. Cette crise sanitaire a rendu nécessaire un réexamen des systèmes de veille sanitaire à finalité d'alerte alors disponibles en France. A cette date, la veille sanitaire était presque exclusivement organisée sur la base de systèmes spécifiques de pathologies (Déclaration obligatoire, Réseaux sentinelles), non adaptables aux événements non prévus. Cette crise a montré que de tels phénomènes, dans leur origine, leur ampleur géographique et leurs conséquences existent, et donc se reproduiront. Cela ne signifie pas que les systèmes "spécifiques" existant à l'heure actuelle manquent de pertinence. Ils sont, au contraire, très performants et ont permis l'identification précoce de nombreuses pathologies, le plus souvent infectieuses et ont abouti à des programmes concertés de prise en charge pour en limiter l'impact sanitaire. A la suite de la canicule de 2003, un plan d'action sanitaire a été mis en place dans l'éventualité d'une nouvelle vague de chaleur. Mais il a été aussi souligné l'intérêt d'un système de veille sanitaire à partir de données de santé non spécifiques, comme les flux de patients consultant des systèmes médicaux d'urgences. Un système a été développé par l'InVS fondé sur un réseau hospitalier, la médecine de ville et l'enregistrement de la mortalité. Il a comme objectifs d'identifier des situations sanitaires nécessitant une réponse de santé publique adaptée, mais également d'assurer la mesure d'impact d'épidémies ou d'événements attendus. Cet article décrit l'organisation expérimentale de ce système de surveillance en France. (Inspiré de l'introduction).

## DÉPENSES DE SANTÉ

### Coût maladie

30978

ARTICLE

MARISSAL (J.P.), SAILLY (J.C.), CRAINICH (D.), LEBRUN (T.)

**Évaluation de l'impact budgétaire de l'application des recommandations de bonne pratique dans le diabète de type II en France.**

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2005/09 ; vol. 53 : n° 1 : 1S67-1S78, tabl., graph. Cote Irdes : C, P11

Le diabète de type II constitue un important problème de santé publique qui se caractérise par une augmentation continue de la prévalence et de l'incidence, ainsi que par un poids économique fort par le biais du développement des complications micro - et macroangiopathiques. Une priorité des autorités sanitaires est de réduire ou de retarder l'émergence des complications du diabète, afin de compenser l'accroissement escompté des dépenses de santé liées au diabète de type II. L'objectif de l'étude est d'évaluer les coûts et les bénéfices associés à une meilleure application des recommandations édictées en France. Les résultats montrent que l'intensification de l'application des recommandations de bonne pratique se justifie sur le plan économique.

### Déterminants

30619

ARTICLE

MISSEGUE (N.), PEREIRA (C.)

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 déterminants de l'évolution des dépenses de santé.**

Etudes sur les dépenses de santé.

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE

2005/01-03 ; vol. : n° 1 : 61-83, 2 tabl., 11 graph., 1 ann.

Cote Irdes : S19

<http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200501.pdf>

En quarante ans, la part de la consommation de

soins et de biens médicaux (en valeur) dans le PIB a été multiplié par 2,3 pour atteindre 9,3 % en 2003. Quels sont les déterminants qui permettent de comprendre l'évolution des dépenses de santé ? Plusieurs facteurs sont susceptibles de fournir des explications : la démographie de la population, l'évolution macro-économique, le nombre de médecins ou encore le degré de couverture de la population par les dispositifs publics ou privés d'assurance maladie. Cependant, il n'est pas toujours possible d'améliorer l'ensemble de ces indicateurs dans une perspective de modélisation, identifiant l'impact spécifique de tel ou tel déterminant des dépenses.

## Financement des soins

30129  
FASCICULE  
CORNILLEAU (G.), LOMBRIL (P.), PASCAL (J.), MOPIN (J.), BIOSSE-DUPLAN (A.), BRAS (P.J.), KERVASDOUE (J. de), COIGNARD (S.)  
**Argent et santé.**  
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE  
2005/10 ; vol. : n° 8 : 23-84, tabl., graph., fig.  
Cote Irdes : P168  
Avec plus de 10 % du PIB, près de 2 millions d'actifs, le secteur de la santé voit transiter une fraction considérable de l'argent de notre société. Ce d'autant qu'il connaît une croissance supérieure à celle de la richesse nationale et des autres grands domaines d'activité. Cet article s'interroge donc sur les usages et mésusages de cet argent : Quels financements pour les dépenses de santé ? Quels obstacles financiers menacent l'accès aux soins ? Comment évoluent les revenus ? Comment se déterminent les prix ? Où se trouvent les richesses ? Quelles turpitudes peuvent s'en nourrir ? Ce numéro de Sève invite donc à une réflexion sur l'ambiguïté des relations entre le système de santé et l'argent.

## Médicaments

30382  
FASCICULE  
AMAR (E.)  
M.S.S.P.S., D.R.E.S.S.  
**Les dépenses de médicaments remboursables en 2004.**  
ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2005/06 ; vol. : n° 404 : 10p.  
Cote Irdes : C, P83  
Selon les données du GERS (Groupement pour

l'élaboration et la réalisation de statistiques), les ventes de médicaments remboursables s'élevaient en 2004 à 16,8 milliards d'euros, soit une croissance de 6% par rapport à l'année précédente.▲

30407  
ARTICLE  
BERTIN (P.), LAMARQUE (H.)  
Laboratoires Internationaux de Recherche. (L.I.R.). Observatoire du LIR. Paris. FRA  
**Evolution de la dépense publique de médicaments : constats et perspectives - Etude BIPE - LIR.**  
*Evolution des dépenses de médicaments remboursables. Période 2004 - mai 2005.*  
OBSERVATOIRE DU LIR  
2005/11 ; vol. : n° : 11-26  
Cote Irdes : B5161  
[http://www.lir.asso.fr/PDFs/observatoireLIR\\_nov05.pdf](http://www.lir.asso.fr/PDFs/observatoireLIR_nov05.pdf)  
Cet article analyse les raisons du taux de croissance observé pour les remboursements de médicaments par l'assurance maladie ces dernières années. Il dresse les perspectives de cette évolution compte tenu du plan de réforme de l'assurance maladie.▲

30409  
ARTICLE  
CHAHWAKILIAN (P.), LE CARDIET (Y.)  
Laboratoires Internationaux de Recherche. (L.I.R.). Observatoire du LIR. Paris. FRA  
**Analyse de la croissance des ventes de médicaments remboursables en ville (2004-2005) : Etude LIR.**  
*Evolution des dépenses de médicaments remboursables. Période 2004 - mai 2005.*  
OBSERVATOIRE DU LIR  
2005/11 ; vol. : n° : 27-44  
Cote Irdes : B5161  
[http://www.lir.asso.fr/PDFs/observatoireLIR\\_nov05.pdf](http://www.lir.asso.fr/PDFs/observatoireLIR_nov05.pdf)  
L'objectif de cette étude est de tenter une analyse différente de la hausse des ventes de médicaments, qui permet d'évaluer le poids des divers déterminants de cette croissance, en particulier celui des effets prix, quantité et qualité. L'étude est divisée en deux parties, la première détaille la méthode retenue, et ses justifications, en précisant notre définition des trois effets prix, quantité et qualité. La seconde commente les résultats les plus significatifs de l'analyse qui en découle. L'analyse porte essentiellement sur 2004. Une analyse intermédiaire des trois effets sur les cinq premiers mois de l'année 2005 a

aussi été réalisée, dont certains éléments pourront être utilisés pour compléter l'analyse 2004.

## Personnes retraitées

31084

ARTICLE

**Frais de santé des retraités.**

MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)

2006/01 ; vol. : n° 277 : 10-11

Cote Irdes : P145/2

Cet article présente une évolution des dépenses de santé en fonction de l'âge, ainsi que la structure comparée de la consommation des actifs et des anciens salariés.

## INDICATEURS DE SANTÉ

## Alcoolisme

29247

FASCICULE

CANOUI-POITRINE (F.), MOUQUET (M.C.),  
COM-RUELLE (L.) / coll.

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

**Le risque d'alcoolisation excessive : des écarts entre les déclarations des patients et l'avis des médecins.**

ETUDES ET RESULTATS

2005/06 ; vol. : n° 405 : 12p.

Cote Irdes : P83, R1599

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er405/er405.pdf>

La consommation excessive et régulière d'alcool provoque un accroissement majeur des risques de pathologies organiques (tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures ou de l'oesophage, cirrhose du foie) et retentit sur la vie sociale et familiale. Certaines consommations ponctuelles peuvent, elles aussi, entraîner des dommages physiques (intoxication aiguë, accidents domestiques ou de la route), psychologiques et sociaux (actes de violence...). Un repérage des personnes considérées à risque peut permettre des prises en charge plus précoces et adaptées d'autant que, lorsqu'elles recourent au système de soins, elles ne mettent pas

toujours en avant leurs problèmes liés à l'alcool. Deux outils standardisés, l'Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) et le DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool), permettent de repérer les " usages à risque " de l'alcool. Trois questions de l'AUDIT (AUDIT-c) interrogent les personnes sur la fréquence et les quantités d'alcool qu'elles consomment. Le DETA, à travers un questionnement de la personne, repère qualitativement des signes d'abus et de dépendance à l'alcool. Ces deux questionnaires faisaient partie de l'enquête réalisée en 2000 auprès des personnes ayant recours au système de soins " un jour donné ". L'avis du médecin sur l'existence ou non d'un problème d'alcool était également requis.▲

29811

FASCICULE

COM-RUELLE (L.), DOURGNON (P.), JUSOT (F.), LATIL (E.), LENGAGNE (P.)

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

**Identification et mesure des problèmes d'alcool en France : une comparaison de deux enquêtes en population générale.**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

2005/08 ; vol. : n° 97 : 8p.

Cote Irdes : QES 97

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum97.pdf>

Dans le but de mieux mesurer et comprendre les comportements de consommation excessive d'alcool, l'Enquête santé et protection sociale 2002 de l'IRDES et l'Enquête santé 2002-2003 de l'INSEE, menées en population générale, ont intégré le test AUDIT-C. Ce document décrit la méthodologie de construction des profils d'alcoolisation et étudie l'influence de la méthode de recueil sur les résultats. Il s'agit d'une première étape s'inscrivant dans une problématique générale sur les relations entre caractéristiques socio-économiques, état de santé et consommation d'alcool. Ce travail a bénéficié d'un financement de la Direction générale de la santé du ministère de la Santé et des Solidarités.

## Comportement alimentaire

29813

FASCICULE

GAGNIER (C.), HEBEL (P.)

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



**La santé de plus en plus prégnante dans l'alimentation des français : des "adeptes de la nutrition" aux "obsédés de la balance".**

CONSOMMATION ET MODES DE VIE

2005/09 ; vol. : n° 186 : 4p.

Cote Irdes : P81/1

La qualité de l'alimentation est devenue un sujet permanent de préoccupation tant pour le grand public que pour les pouvoirs publics. Cette enquête (Comportements et consommations alimentaires des Français - CCAF 2004) indique qu'un Français sur quatre affiche un comportement alimentaire tourné essentiellement vers la santé. Le Crédoc définit 9 catégories de consommateurs : les seniors traditionnels, les bons vivants, les familiaux classiques, les inquiets pressés, les solitaires désimpliqués, les décontractés, les adeptes de nutrition, les obsédés de la balance et les innovants.



## Espérance de vie

29293

FASCICULE

MONTEIL (C.), ROBERT-BOBEE (I.)

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

**Les différences sociales de mortalité : en augmentation chez les hommes, stables chez les femmes.**

INSEE PREMIERE

2005/06 ; vol. : n° 1025 : 4p., 1 tabl., 3 graph.

Cote Irdes : P172

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/IP1025.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1025.pdf)

Entre le début des années quatre-vingt et le milieu des années quatre-vingt-dix, l'espérance de vie à 35 ans a augmenté pour toutes les catégories sociales. Ce sont toujours les ouvriers qui vivent le moins longtemps et les cadres et professions intellectuelles supérieures qui ont l'espérance de vie la plus longue. Les différences de mortalité demeurent beaucoup plus modérées chez les femmes que chez les hommes : d'après la mortalité par sexe et âge observée au milieu des années quatre-vingt-dix, l'espérance de vie à 35 ans des femmes cadres dépasse de 3 ans celle des ouvrières, contre un écart de 7 ans entre les hommes cadres et les ouvriers. Les écarts d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles se sont accrus chez les hommes alors qu'ils restaient stables chez les femmes. Les hommes inactifs non retraités, dont la situation est souvent liée à des problèmes de santé, n'ont que peu profité de l'allongement de la durée de vie (résumé d'auteur).



## Mesure de la santé

29072

FASCICULE

BARNAY (T.), JUSOT (F.), ROCHEREAU (T.), SERMET (C.)

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

**Les mesures de la santé et de l'activité sont-elles comparables dans les enquêtes européennes ?**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

2005/06 ; vol. : n° 96 : 8p.

Cote Irdes : QES 96

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum96.pdf>

L'International Longevity Center (ILC) a lancé en 2003-2004 le projet "Indicators of Active Ageing". L'objectif final est de développer de nouvelles mesures du vieillissement en santé et de l'engagement productif afin de comparer différents pays entre eux et dans le temps (Europe, Etats-Unis et Canada). Cette recherche, initiée par le Pr Françoise Forette et le Dr Marie-Anne Brieu pour le compte d'ILC-France, s'inscrit dans ce cadre. Elle répond à un objectif intermédiaire qui vise à analyser la comparabilité de vingt-quatre enquêtes comportant des indicateurs de santé et d'activité dans dix pays d'Europe : Allemagne, Espagne, France, Grèce, Italie, Royaume-Uni, Suède, Pologne, République tchèque et Fédération de Russie.



## Météoropathologie

30770

ARTICLE

**Vague de chaleur : bilan définitif en France.**

REVUE PRESCRIRE

2006/01 ; vol. 25 : n° 268 : 65-67

Cote Irdes : c, P80

Cet article présente le bilan définitif de la vague de chaleur d'août 2003 en France.



## Tabagisme

30458

FASCICULE

LANOE (J.L.), DUMONTIER (F.)

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

**Tabagisme, abus d'alcool et excès de poids.**

INSEE PREMIERE

2005/11 ; vol. : n° 1048 : 4p., 5 tabl., 2 graph.

Cote Irdes : P172

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/IP1048.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1048.pdf)

Tabac, alcool ou surpoids : plus de la moitié de la population est concernée par au moins un de ces " risques ". Les trois combinés touchent moins de 1 % des Français mais dans 90 % des cas, ce sont des hommes. Au-delà de 75 ans, ces risques diminuent fortement : peut-être un effet de la sagesse mais surtout de la surmortalité. Contrairement à une idée reçue, plus que le niveau de revenus, c'est le niveau d'études qui a le plus d'influence dans ces domaines : à autres caractéristiques comparables, les diplômés sont plutôt minces, fument moins mais sont de plus grands consommateurs d'alcool que les non-diplômés. Sous l'effet conjugué d'une plus grande sédentarité et de déséquilibres alimentaires, le surpoids augmente constamment jusqu'à 75 ans et se déclare de plus en plus jeune. Tabagisme, abus d'alcool ou surpoids se traduisent non seulement par un état de santé objectivement moins bon mais affectent également la perception que l'on en a, indépendamment des problèmes déclarés (Résumé d'auteur).



## Troubles du sommeil

30868

ARTICLE

*BOUNHORE (J.-P.), GALINIER (M.), DIDIER (A.), LEOPHONTE (P.)*

**Syndromes d'apnées du sommeil et pathologie cardiovasculaire : discussion.**

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2005 ; vol. 189 : n° 3 : 445-464

Cote Irdes : C, P76

Au cours des dernières années, plusieurs études ont démontré que les troubles respiratoires survenant pendant le sommeil étaient courants et associés à des risques accrus d'atteintes cardiovasculaires. Deux types d'apnées du sommeil ont été décrits, les apnées obstructives et les apnées centrales. L'objectif de cette revue est de rapporter les données physiopathologiques et cliniques concernant ces syndromes et la pathogénie de leur retentissement cardiovasculaire délétère. Aujourd'hui le diagnostic et la caractérisation du type d'apnée du sommeil sont fondés sur la polysomnographie, l'évaluation de la gravité du syndrome est fondée sur le calcul de l'index apnéique prenant en compte le nombre d'apnées par heure de sommeil. Des études épidémiologiques récentes ont rapporté que les apnées affectent 16% des hommes et 5% des femmes entre 30 et 65 ans. Les apnées obstructives

sont caractérisées par un collapsus du pharynx, une obstruction anormale des voies aériennes supérieures pendant le sommeil, des efforts inspiratoires de lutte contre l'obstacle causant des réveils multiples et une somnolence diurne invalidante. Les apnées centrales avec respiration de Cheyne-Stokes sont une forme de respiration périodique avec périodes d'hyperventilation alternant avec des apnées. Elles sont fréquentes et sont un index de mauvais pronostic dans l'insuffisance cardiaque. Quoique les mécanismes reliant les apnées obstructives aux affections cardiovasculaires soient encore méconnus il est admis qu'elles favorisent l'expression de facteurs pro-inflammatoires et thrombogènes importants dans l'athérogénèse. L'hypoxie-hypercapnie induit une intense stimulation sympathique nocturne et diurne se traduisant par une accélération de la fréquence cardiaque au repos, une diminution de la variabilité du rythme cardiaque, une disparition de l'hypotension nocturne, et de grandes poussées tensionnelles. Ces apnées sont associées à une dysfonction endothéliale, une augmentation de la C-Réactive protéine, une expression augmentée des cytokines, une élévation du taux de fibrinogène et une réduction de l'activité fibrinolytique. On a rapporté une activation plaquettaire et une augmentation de leur agrégabilité. Les effets de la stimulation sympathique sur la pression artérielle, la tension pariétale ventriculaire et la post-charge altèrent la fonction ventriculaire. Ces apnées sont un facteur de risque indépendant d'hypertension, favorisent des événements coronariens aigus, des arythmies, des accidents vasculaires cérébraux ischémiques, de l'hypertension pulmonaire et de l'insuffisance cardiaque. Les apnées centrales, fréquentes chez les insuffisants cardiaques sont la conséquence de la congestion pulmonaire. Celle-ci stimule les chémorécepteurs centraux et périphériques, ainsi que l'hyperventilation. Quand la PaCO<sub>2</sub> chute au-dessous du seuil requis pour déclencher la respiration, une apnée prolongée survient. Les effets délétères de la stimulation sympathique, l'élévation de la post-charge, aggravent l'insuffisance cardiaque. Des essais à moyen terme ont montré que la mise en place d'une ventilation en pression positive nocturne dans les deux types d'apnée réduit la stimulation sympathique, a des effets hémodynamiques et fonctionnels favorables, améliore la qualité de la vie et réduit la morbi-mortalité.

## PERSONNES ÂGÉES

### Aide technique

30898

FASCICULE

CORNET (G.) / éd.

**Technologies au service du soin.**

GERONTOLOGIE ET SOCIÉTÉ

2005 ; vol. : n° 113 : 160p.

Cote Irdes : C, P8

Les technologies au service du soin et de l'autonomie des personnes âgées, et leur potentiel de développement, offrent à une population vieillissante des perspectives pour une meilleure qualité de vie au quotidien. Ce fascicule fait le point sur certaines technologies disponibles et émergentes et éclaire le débat sur ses différents aspects. Conçu à partir de la journée universitaire organisée, en mai 2004, à la Pitié Salpêtrière, sous l'égide de l'Institut Universitaire de Gériatrie Yves Mémin, de la Société Française de Gériatrie et de Gériologie et de l'Université Paris-VI, il reprend et complète l'essentiel des contributions.

### Dépendance

29950

ARTICLE

PERROT (P.), BAUDIER (F.), SCHMITT (B.)

**Le dossier de liaison du patient dépendant à domicile : complément ou alternative au dossier électronique ?**

SANTÉ PUBLIQUE

2005/06 ; vol. 17 : n° 2 : 227-232

Cote Irdes : C, P143

Le maintien à domicile des personnes dépendantes entraîne l'intervention de professionnels du domaine sanitaire, médico-social et social. Pour assurer une prise en charge de qualité, l'information doit circuler entre les différents acteurs. Le dossier médical partagé et/ou personnel électronique du patient est un dispositif qui sera mis en place au cours des prochaines années. Le dossier de liaison sur support papier, appartenant à la personne dépendante, offre une solution alternative et complémentaire. Il permet, à partir de l'existant et sans autres dispositifs organisationnel nouveaux, de coordonner l'activité sanitaire et sociale. Sa mise en

oeuvre en Franche-Comté a montré tout l'intérêt d'un outil développé à partir d'une logique centrée sur l'individu et le partage des pratiques entre professionnels des secteurs médicaux et sociaux. ▲

31131

FASCICULE

BOURGUEIL (Y.), FRY (C.), JARS (I.), LEROUX (V.), PERRIER (L.), PHILIP (T.), ABDALLAH (M.), RAPIAU (M.T.) et al., DURU (G.) / dir.

**La dépendance : de l'hôpital à la ville.**

SANTÉ ET SYSTEMIQUE

2005 ; vol. 8 : n° 3 : 259p.

Cote Irdes : A3408

Ce fascicule rassemble les réflexions de la journée de conférence de consensus du 9 décembre 2004 sur les modes de prise de la dépendance, organisée par la Société française d'économie de la santé (SFES), de la Société française de médecine physique et de réadaptation (SOFMER) et de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Il aborde les problématiques suivantes : les caractéristiques des systèmes d'information existants et de ceux qu'il conviendrait de mettre en place, l'ampleur du champ et les interactions à considérer pour organiser efficacement la prise en charge sur le plan économique, l'évaluation des innovations techniques dans le cadre de la prise en charge du retour et/ou du maintien à domicile, la validité et la crédibilité du critère de satisfaction des patients et des aidants dans l'évaluation du retour et/ou du maintien à domicile, les recommandations à proposer pour le financement retour et/ou du maintien à domicile.

### Emploi des séniors

30123

ARTICLE

BARNAY (T.)

Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse. (C.N.A.V.). Direction des Recherches sur le Vieillessement. (D.R.V.). Paris. FRA

**Pénibilité du travail, santé et droits d'accès à la retraite.**

*Le soutien aux personnes âgées en Europe.*

RETRAITE ET SOCIÉTÉ

2005/10 ; vol. : n° 46 : 170-197, 4 tabl., 3 graph.

Cote Irdes : C, P63, R1608

Le système de retraite est complexe puisqu'il se caractérise à la fois par une égalité à terme des durées de retraite pour les salariés du privé et du public, mais aussi par une grande diversité des



règles d'accès à la retraite. Par ailleurs, l'état de santé en fin de vie active est particulièrement dégradé pour certaines catégories sociales comme les ouvriers. L'une des causes de ces inégalités sociales de santé relève de la pénibilité du travail subie durant l'activité professionnelle. Cet article s'intéresse à la légitimité de la mise en place d'une "discrimination positive" par la santé, plus précisément par la pénibilité dans le travail, dans l'accès aux droits à la retraite. Cette légitimité est examinée sous trois angles : philosophique, juridique et économique.▲

30506

ARTICLE

*DELGOULET (C.), MILANVOYE (M.),  
VOLKOFF (S.)*

**Les capacités des travailleurs vieillissants.**

FUTURIBLES

2005/12 ; vol. : n° 314 : 5-23, tabl.

Cote Irdes : P166

Face au vieillissement de la population et au problème du déséquilibre dans le financement des retraites, l'une des solutions avancées consisterait à retarder l'âge de la retraite ou, mieux encore, à allonger la durée d'activité sur la durée de vie. Or, dans les faits, la tendance est plutôt à une sortie précoce (avant même l'âge légal de départ) du marché du travail. Une des raisons de cette sortie précoce tient au fait que le système de travail ne favorise pas l'emploi des travailleurs vieillissants jugés moins performants que les jeunes actifs. S'appuyant sur les multiples recherches menées en France et à l'étranger, sur diverses catégories de travailleurs, les auteurs de cet article s'interrogent sur les capacités des travailleurs vieillissants et remettent en cause certaines idées reçues.▲

30507

ARTICLE

*LOBJEOIS (G.)*

**Pour une gestion prévisionnelle des âges.**

FUTURIBLES

2005/12 ; vol. : n° 314 : 25-35, graph.

Cote Irdes : P166

Complétant l'article publié dans ce même numéro sur les aptitudes professionnelles des travailleurs vieillissants, ce texte présente la situation particulière d'un secteur - celui de l'assurance - face au vieillissement de ses effectifs.▲

31043

FASCICULE

*AUTUME (A. d'), BETBEZE (J.P.), HAIRAULT (J.O.)*

Conseil d'Analyse Economique. (C.A.E.). Paris. FRA

**Les séniors et l'emploi en France.**

RAPPORT DU CONSEIL D'ANALYSE ECONOMIQUE

2005/12 ; vol. : n° 58 : 243p., tabl., graph.

Cote Irdes : P117

<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/064000045/0000.pdf>

La France connaît un taux d'emploi des seniors faible. Les auteurs de ce rapport présentent plusieurs solutions pour redresser ce taux et préconisent la mise en place simultanée de trois réformes : approfondir la réforme des retraites de 2003, reconstruire le marché du travail des seniors et améliorer la gestion des ressources humaines à l'intérieur des entreprises.



## Institutions

30919

ARTICLE

*MOULIAS (R.)*

**Pour une meilleure protection de la personne lors d'une décision d'entrer ou de ne pas entrer en institution.**

GERONTOLOGIE

2005 ; vol. : n° 136 : 13-32

Cote Irdes : C, P7

La décision d'admission en institution pour personnes âgées qui devrait être consentie n'est souvent pas entourée du minimum de garanties et de compétences que devrait exiger une décision d'une telle importance. Chaque jour de telles décisions sont prises avec des objectifs qui ne concernent pas la personne mais la structure qui la prend en charge, véritable abus de pouvoir. La décision d'entrer en institution pour y finir ses jours est une des décisions les plus importantes qu'une personne ait à prendre durant son existence. Elle survient en des circonstances où la vieille personne est particulièrement vulnérable, parfois incapable de recevoir l'information, donc d'un consentement ou d'un refus "éclairé" (Tiré du texte).



## Relations intergénérationnelles

30907

ARTICLE

TOMASSINI (C.), GRUNDY (E.), KALOGIROU (S.), MARTIKAINEN (P.), BINET (A.), KARISTO (A.)

**Rencontres entre parents âgés et enfants : quelles différences en Europe ? Les exemples de la Finlande - de la France et de l'Italie.**

RETRAITE ET SOCIETE

2005/09 ; vol. : n° 46 : 10-27

Cote Irdes : C, P63

Cet article examine les différences, entre et au sein de 3 pays européens (Finlande, France, Italie), de proportion de parents âgés qui voient leurs enfants au moins une fois par semaine. Les données sont issues d'enquêtes nationales représentatives qui comportent des informations sur l'existence d'enfants et la fréquence des rencontres, ainsi que sur certaines caractéristiques des parents. Il dégage également les scénarios envisageables dans l'avenir. ▲

30908

ARTICLE

OGG (J.), RENAUT (S.)

**Le soutien familial intergénérationnel dans l'Europe élargie.**

RETRAITE ET SOCIETE

2005/09 ; vol. : n° 46 : 29-57

Cote Irdes : C, P63

Quelle est la nature du soutien familial apporté aux plus âgés dans une Europe qui vieillit ? Sur la base d'une enquête internationale, trois dimensions du soutien familial sont étudiées : fréquence des contacts, soutien potentiel et normes familiales. Les résultats sont présentés simultanément pour treize pays. L'objectif est de confronter les échanges et les relations familiales selon cinq groupes de pays, réunis d'après leur modèle de protection sociale et selon deux configurations générationnelles : les pivots, en situation intermédiaire entre leurs enfants adultes et les parents âgés, et les aînés, têtes de famille, en situation d'ascendants vis-à-vis du reste de la famille ayant au moins un enfant adulte.



## Relations sociales

30911

ARTICLE

ANDREW (M.)

**Le capital social et la santé des personnes âgées.**

RETRAITE ET SOCIETE

2005/09 ; vol. : n° 46 : 131-145, tabl., graph.

Cote Irdes : C, P63

La notion de capital social et les concepts afférents s'appliquent à de nombreuses disciplines, dont la santé. En abordant les aspects théoriques du capital social, cet article entend désamorcer partiellement le débat sur le niveau de pertinence de cette notion. Il suffirait d'opérer une distinction entre les discussions cherchant à savoir où se situe le capital social et celles qui se demandent comment il est mesuré et comment on y accède. Il suggère que le mieux serait de conceptualiser le capital social et les notions connexes de réseaux sociaux, de soutien social et de cohésion sociale comme un continuum allant de l'individuel au collectif pour la définition et la pertinence. Cette contribution étudie ensuite ce qui permet d'établir des associations avec l'état de santé, et traite des considérations de politiques publiques en se référant en particulier au cas des personnes âgées. ▲

30912

ARTICLE

MORRONE (I.)

**Entre ancien et nouveau : les modèles de participation sociale et culturelle des seniors en Italie.**

RETRAITE ET SOCIETE

2005/09 ; vol. : n° 46 : 147-167, tabl., graph.

Cote Irdes : C, P63

Cet article s'intéresse à la vie culturelle et sociale des personnes âgées en Italie selon le sexe et l'éducation.



## Soutien domicile

30966

ARTICLE

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

**Facteurs démographiques et socio-économiques associés aux besoins d'aide des personnes âgées vivant à domicile : une étude à partir de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance.**

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2005/11 ; vol. 53 : n° 5 : 509-524, tabl.

Cote Irdes : C, P11

Les gains d'espérance de vie ont été accompagnés d'une augmentation des maladies chroniques et incapacités dans la réalisation d'activités de la vie quotidienne. Bien que ces incapacités favorisent l'institutionnalisation, les personnes âgées continuent majoritairement de vivre à domicile en France. Cette étude vise à identifier les besoins d'aides de ces personnes et leur asso-

ciation avec certains facteurs démographiques et socio-économiques.

## Vieillesse

31015

ARTICLE

*POLTON (D.), SERMET (C.)*

Institut de Veille Sanitaire. (InVS). Saint Maurice.  
FRA

### **Le vieillissement de la population va-t-il submerger le système de santé ?**

La santé des personnes âgées : Numéro thématique.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2006/02/07 ; vol. : n° 5-6 : 49-52, 2 fig., 1 tabl.

Cote Irdes : C, R1620, P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2006/05\\_06/beh\\_05\\_06\\_2006.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2006/05_06/beh_05_06_2006.pdf)

La question de l'impact du vieillissement de la population sur le coût des soins fait l'objet d'opinions contrastées. Selon certains, les évolutions démographiques des prochaines décennies seront insupportables pour les finances publiques et mettront inévitablement à mal le système d'assurance maladie. Pour d'autres au contraire, le vieillissement n'aura finalement qu'un impact limité et très supportable sur les dépenses de santé. Ce second point de vue est défendu par une bonne part de la communauté scientifique, tandis que les acteurs du système de santé et les media ont des anticipations plus sombres. Pour éclairer ce décalage des points de vue, cette revue de la littérature synthétise l'état actuel des connaissances et dégage les incertitudes, les points de débat et les questions encore en suspens que la recherche devra explorer (Introduction).

## GROUPES DE POPULATION

## Adolescents

30958

ARTICLE

*GUITTON (E.), ARNAUD (C.), GODEAU (E.), NAVARRO (F.), GRANDJEAN (H.)*

### **Statut socio-économique, comportements de santé et santé des adolescents français : l'enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC).**

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2005/09 ; vol. 53 : n° 4 : 383-392, tabl.

Cote Irdes : C, P11

Les inégalités de santé observées chez les adultes semblent en partie déterminées par les comportements et la santé à un âge précoce, et plus particulièrement pendant l'adolescence. L'objectif est ici d'étudier, en fonction du statut socio-économique familial, la santé et les comportements de santé des adolescents. Ceux issus de familles d'ouvriers étaient plus nombreux à déclarer être en "assez bonne santé" ou "pas très bonne santé", en surpoids ou obèse, que ceux des familles de cadres. Ils étaient également plus nombreux à adopter des comportements néfastes : hygiène alimentaire, pratique sportive, par rapport à ceux issus de famille de cadres.

## Exclu

30599

ARTICLE

*HOBDEN (K.), KATEB (K.), PECHOUX (S.), SHINN (M.), VAN DOORN (L.), DECLERCK (P.)*

*FIRDION (J.M.) / coord.*

### **Différentes approches du phénomène des personnes sans domicile : bibliographie critique.**

POPULATION

2005/07-08 ; vol. 60 : n° 4 : 569-586

Cote Irdes : P27/1

La perception des " hommes sans aveu ", des vagabonds et des sans-domicile a varié au cours des siècles. Qu'en est-il aujourd'hui ? Il est intéressant de se pencher sur la façon dont nos contemporains perçoivent les populations qui vivent en dehors des normes sociales du logement et les actions sociales mises en œuvre, en analy-

sant quelques ouvrages parus récemment. Aussi, Jean-Marie Firdion a coordonné un travail de bibliographie critique sur neuf ouvrages : Les naufragés : avec les clochards de Paris ; La question SDF : critique d'une action publique ; Les SDF et la ville : géographie du savoir-survivre ; Le monde d'Albert la panthère : cybernauta et sans domicile à Honolulu ; Encyclopedia of Homelessness ; Et si les SDF n'étaient pas des exclus ? Essai ethnologique pour une définition positive ; Le jeune SDF : socioanalyse de la précarité ; Santé et recours aux soins des populations vulnérables ; Reckoning with Homelessness. On peut constater à la lecture de ces ouvrages, combien les approches actuelles du phénomène des sans-domicile demeurent diverses. La figure traditionnelle du vagabond (à travers celle du clochard et son altérité radicale) est devenue minoritaire, dans les travaux publiés (à l'image de sa place réelle dans cette population), tandis que progressent les analyses prenant en compte la société dans son ensemble, offrant à lire et à voir une réalité complexe (Inspiré de l'introduction de l'auteur). ▲

30757

FASCICULE

CHAMBOREDON (H.), PORTAS (C.)

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

**Franciliens sans domicile : un sur trois est sans logement depuis plus d'un an.**

INSEE ILE DE FRANCE A LA PAGE

2005/12 ; vol. : n° 259 : 4p., 1 carte, 2 enc, 3 graph., 2 tabl.

Cote Irdes : Bulletin français

[http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/idf/rfc/docs/alapage259.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/rfc/docs/alapage259.pdf)

Ce document exploite l'enquête de janvier 2001 dans les services d'hébergement et les espaces de distribution de repas chaud, pour analyser les modes d'hébergement provisoire des sans domicile fixe, les motifs de la perte de leur ancien logement, l'ancienneté de cette situation, leur recherche de logement, et leur mobilité, selon qu'ils soient en province ou en région parisienne, et selon leurs caractéristiques individuelles. Ainsi, un tiers des Franciliens sans domicile est sans logement depuis au moins un an. Leurs conditions d'hébergement sont plus précaires en Ile-de-France qu'en province : la moitié des personnes sans domicile déclare avoir déjà dormi dans la rue. La séparation familiale est la première cause de perte de logement. Et, effectuer des démarches pour en retrouver un est plus difficile pour ceux qui n'ont ni hébergement stable, ni emploi, ni relations sociales.

## Inégalités devant soins

30133

ARTICLE

LOMBRAIL (P.), PASCAL (J.)

**Inégalités sociales de santé et accès aux soins.**

**Argent et santé.**

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2005/10 ; vol. : n° 8 : 31-39, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P168

En France, le potentiel de rattrapage par le système de santé des inégalités sociales de santé est probablement sous-estimé. C'est ce que suggèrent l'ampleur des inégalités sociales d'accès aux soins et leurs conséquences sur la santé. La part attribuable aux inégalités de recours ou d'accès secondaire aux soins est souvent méconnue. Ces inégalités traduisent l'incapacité du système de soins à appréhender la dimension sociale des problèmes de santé et revêtent deux dimensions : les inégalités par omission, produites par le fonctionnement en routine du système de santé, ne sont pas intentionnelles et résultent de la non-reconnaissance d'un besoin de soins ou de sa non-satisfaction au moment de l'identification ; les inégalités par construction résultant de l'absence en compte des inégalités dans l'élaboration de certains programmes ou recommandations de pratiques médicales, aboutissent à les perpétuer, voire les accentuer. L'identification de ces inégalités peut permettre celle d'actions correctives.

## Parité

31206

FASCICULE

DJIDER (Z.)

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

**Des chiffres pour les hommes... des lettres pour les femmes.**

INSEE PREMIERE

2006/03 ; vol. : n° 1071 : 4p., 4 tabl., 2 graph.

Cote Irdes : P172

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ip1071.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip1071.pdf)

Ce document a pour source l'enquête Information et Vie Quotidienne (IVQ) qui a permis d'étudier les écarts de compétences entre hommes et femmes adultes. Sont analysées : les compétences à l'écrit, en calcul et en compréhension oral. Dans chacun de ces domaines, les personnes ont été classées en fonction de leur niveau de performances.

## Migrants

29756

FASCICULE

*COSTA-LASCOUX (J.), MC ANDREW (M.), PICHE (V.), LE BRAS (H.), LEBON (A.), PINSONNEAULT G.), ROBERT (J.), VILCHIEN (D.), KRIEGEL (B.), MAROIS (P.), VIPREY (M.), RENAUD (J.), CLARKSON (M.), COMITI (V.P.), PATUREAU (J.), ARMAND (F.), LAZARIDIS (M.), SEKSIG (A.), HERAN (F.), JOIN-LAMBERT (O.), LEFRESNE (F.), RAMOS (M.P.) GOTTELY (P.) / ED.*

**Immigration et intégration.**

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS 2005/07 ; vol. : n° 1 : 219, tabl., graph.

Cote Irdes : P174

Ce fascicule dresse un état des lieux comparé de la situation de l'immigration et de l'intégration en France et au Québec sous ses divers aspects, chacun des deux pays ayant une approche, tant culturelle que politique, spécifique de la question. ▲

29758

ARTICLE

*COMITI (V.P.), PATUREAU (J.)*

**La santé des migrants en France : spécificités, dispositifs et politiques sanitaires.**

**Immigration et intégration.**

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS 2005/07 ; vol. : n° 1 : 129-137

Cote Irdes : P174

Afin de présenter l'état de santé des migrants en France, les spécificités et les dispositifs qui y sont consacrés, l'auteur étudie tour à tour la précarité comme déterminant principal des problèmes de santé et comme obstacle réel à l'accès aux soins, les pathologies prédominantes et la politique sanitaire mise en oeuvre. ▲

29854

FASCICULE

*TAVAN (C.)*

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

**Les immigrés en France : une situation qui évolue.**

INSEE PREMIERE

2005/09 ; vol. : n° 1042 : 4p., tabl., graph.

Cote Irdes : P172

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/IP1042.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1042.pdf)

Depuis 1975, la part des immigrés dans la population est restée stable, mais l'immigration a beaucoup changé : les entrées pour motif familial ont augmenté, la population immigrée s'est féminisée et les immigrés proviennent de pays de plus en plus lointains. Les immigrés vivent plus souvent que le reste de la population en couple, notamment avec enfants. Plus de la moitié des couples composés d'au moins un immigré sont des couples mixtes. Du fait de la taille de leur famille, de la faiblesse de leurs revenus et de leur concentration dans les grandes villes, les immigrés sont plus souvent locataires du secteur social. Les immigrés sont davantage affectés par le chômage. Ils occupent plus souvent des postes d'ouvriers ou d'employés, notamment non qualifiés. Leur sur-représentation dans l'industrie et la construction s'atténue. Les personnes nées en France ayant deux parents immigrés représentent 5 % des moins de 66 ans. Les enfants d'immigrés sont souvent en difficulté scolaire, mais pas plus que les autres enfants ayant les mêmes caractéristiques sociales. À origine sociale donnée, les descendants de migrants ont le même destin social que les autres. ▲

30910

ARTICLE

*ATTIAS-DONFUT (C.), TESSIER (P.)*

**Santé et vieillissement des immigrés.**

RETRAITE ET SOCIETE

2005/09 ; vol. : n° 46 : 89-129, tabl., graph.

Cote Irdes : C, P63

L'étude sur la santé des immigrés âgés, présentée ici, est fondée sur les données de l'enquête "Passage à la retraite des immigrés", réalisée par la CNAV, avec la collaboration de l'INSEE en 2002-2003. L'objectif de l'article est double. Les déterminants de la santé des enquêtés sont analysés afin de mettre en évidence le rôle éventuel de facteurs spécifiques au phénomène migratoire, à savoir la durée de résidence en France et la région d'émigration. Dans un second temps, les besoins évalués à partir de déficiences de santé sont confrontés aux aides reçues de la part de l'entourage ou de l'aide professionnel.

## Pauvreté

30627

ARTICLE

*HERPIN (N.), DELL (F.)*

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



**Pauvres et modes de vie pauvre dans des pays européens.**

*Les approches de la pauvreté à l'épreuve des comparaisons internationales.*

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2005/12 ; vol. : n° 383-384-385 : 47-74, 6 tabl.

Cote Irdes : S18

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/es383-384-385c.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/es383-384-385c.pdf)

En Europe, les pauvres ont une nationalité. Les études que rassemble ce dossier portent sur sept pays européens auxquels s'ajoutent un travail analogue sur une grande métropole africaine, Antananarivo, et des éléments de comparaison avec Sao Paulo. Il y a sept ans, un numéro spécial d'Économie et Statistique, qui décrivait la multidimensionnalité de la pauvreté en France, ébauchait une comparaison avec la Slovaquie (Fall, Horeck et Roháčová, 1997). La même approche est ici mise en oeuvre pour la Pologne, la Russie, la Roumanie, l'Espagne et le Portugal. L'étude sur la France (Lollivier et Verger, 1997) a été mise à jour avec des données de la dernière enquête Budget des Familles, qui a été réalisée en 2001.▲

30629

ARTICLE

FALL (M.), VERGER (D.)

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

**Pauvreté relative et conditions de vie en France.**

*Les approches de la pauvreté à l'épreuve des comparaisons internationales.*

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2005/12 ; vol. : n° 383-384-385 : 91-107, 21 tabl., 6 graph.

Cote Irdes : S18

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/es383-384-385e.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/es383-384-385e.pdf)

La population française n'a pas cessé de croître durant la période récente. Depuis le début des années 1990, à l'exception d'une embellie de 1997 à 2001, le chômage est resté à un niveau proche de 10 %. L'urbanisation du territoire ne cesse de croître. Le niveau de vie moyen est l'un des plus élevés au monde ; il continue à croître. La structure de la consommation en découle. Plus inégalitaire que les pays de l'Europe du Nord, la France l'est moins que la Grande Bretagne ou les pays de la péninsule ibérique. Si la pauvreté monétaire, stable, touche un peu plus d'un ménage sur dix, c'est près d'un tiers d'entre eux qui expriment un net sentiment de difficulté d'existence. En France comme dans les autres pays européens, la pauvreté est multiforme : la

faiblesse des ressources monétaires, la difficulté à équilibrer son budget et la mauvaise qualité des conditions de vie concernent des populations pauvres qui, même si elles présentent des traits communs, sont différentes. Les ménages cumulant les trois formes de pauvreté sont surtout constitués de personnes ayant un faible niveau de diplômes, davantage touchées par le chômage ; les familles monoparentales et les personnes seules, surtout les hommes seuls, sont les plus exposés, ainsi que les ménages touchés par des problèmes de santé.



## Prisonniers

28968

FASCICULE

MOUQUET (M.-C.)

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 santé des personnes entrées en prison en 2003.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2005/03 ; vol. : n° 386 : 12p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er386.pdf>

La grande majorité des personnes entrées en prison au cours de l'année 2003 sont des hommes âgés de 18 à 44 ans. En 2003, huit entrants sur dix ont été jugés, lors de la visite médicale d'entrée, en bon état de santé général à leur arrivée en prison. Mais ils déclarent beaucoup plus de consommations de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues illicites, médicaments psychotropes) que l'ensemble de la population et pour le quart d'entre eux des consommations qui se cumulent. En outre, à l'issue de l'examen médical d'entrée, une personne entrant en prison sur dix se voit prescrire une consultation spécialisée en psychiatrie. Par rapport à 1997, la prévalence des consommations à risque de substances psychoactives a eu tendance à diminuer, de même que la proportion des personnes déclarant une sérologie positive pour le VIH, le VHB et/ou le VHC.▲

29318

ARTICLE

DESESQUELLES (A.)

**Le handicap en milieu carcéral en France : quelles différences avec la situation générale ?**

## POPULATION

2005/01-04 ; vol. 60 : n° 1-2 : 71-98, 4 graph., 8 tabl.

Cote Irdes : P27/1

L'extension à la population carcérale de l'enquête Handicaps-incapacités-dépendance (HID) a permis de disposer pour la première fois de données relatives à la santé des personnes détenues que l'on peut confronter aux résultats obtenus dans la population générale. L'auteur présente ici les résultats de cette enquête effectuée en 2001 dans une trentaine d'établissements pénitentiaires, auprès d'environ 1 300 personnes. Tous les types de déficience ou d'incapacité repérés par l'enquête, générant ou non une limitation d'activité, sont beaucoup plus fréquents chez les détenus que dans la population générale. Au-delà d'un effet de sélection incontestable de la population qui entre en prison, l'auteur montre l'effet spécifique de la durée de la détention sur l'apparition ou l'aggravation d'incapacités. Un dernier apport de l'étude, et non le moindre, est de distinguer différentes catégories de détenus selon la nature des incapacités dont ils souffrent et le type d'aide ou d'aménagement susceptibles de les soulager, informations indispensables à la prise en charge de ces problèmes en milieu carcéral (Résumé d'auteur).



## Travailleurs pauvres

29073

FASCICULE

*BARDONE (L.), GUIO (A.C.)*

Eurostat. Luxembourg. LUX

***Pauvreté des travailleurs : nouveaux indicateurs définis conjointement au niveau européen.***

STATISTIQUES EN BREF : POPULATION ET CONDITIONS SOCIALES

2005 ; vol. : n° 5 : 12p., tabl., graph.

Cote Irdes : S30/3

[http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-NK-05-005/FR/KS-NK-05-005-FR.PDF](http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-05-005/FR/KS-NK-05-005-FR.PDF)

Ce numéro de Statistiques en bref décrit les indicateurs et les variables qui ont été développés pour mesurer la pauvreté des travailleurs au niveau de l'Union et passe en revue certains des éléments disponibles, concernant principalement les États membres de l'Europe des Quinze, mais également les nouveaux États membres, pour lesquels des données partielles sont disponibles sans être totalement comparables.

## GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ



## Bourgogne

30114

RAPPORT

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

***Activité & communication 2004.***

NOTES ET DOCUMENTS

2005 ; vol. : n° 35 : 95p.

Cote Irdes : P127

Ce document, réalisé par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de Bourgogne, présente dans première partie l'activité de l'Urcam de Bourgogne en 2004 : les instances politiques, executives et techniques ; le PRAM 2004 ; les crédits d'interventions ; les ressources humaines et la gestion de l'Urcam. Une seconde partie propose les actions de communication conduites par l'Urcam en 2004 envers les professionnels de santé, les institutionnels, la presse, le monde universitaire, les personnels médicaux et administratifs internes à l'Assurance maladie. ▲

31029

FASCICULE

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

***Dotation régionale de développement des réseaux de santé en Bourgogne : activité 2004.***

NOTES ET DOCUMENTS

2005/02 ; vol. : n° Suppl. spécial : 35p., tabl.

Cote Irdes : P127

[http://www.bourgogne.assurance-maladie.fr/finance-admin/BOURGOGNE/htm/reseaux\\_filiere/RA\\_DRDR.PDF](http://www.bourgogne.assurance-maladie.fr/finance-admin/BOURGOGNE/htm/reseaux_filiere/RA_DRDR.PDF)

Ce document est consacré à la dotation régionale de développement des réseaux de santé en Bourgogne. Il est composé de cinq parties : la première est un rappel du dispositif législatif et réglementaire du réseau de santé. La seconde partie se propose de détailler l'organisation générale du réseau santé (mise en place des instances régionales ; déroulement de l'instruction ; outils et communication). Ensuite, la troisième partie expose les orientations de financement d'un réseau en 2004 (les orientations nationales et les orientations régionales votées pour 2004) ; La quatrième partie détaille l'activité pour 2004 (activité globale ; orientations de financement re-

tenues et le positionnement de la dotation régionale sur la prise en charge du handicap et des personnes âgées ; les caractéristiques des projets financés). Une dernière partie donne quelques perspectives et évolutions prévisibles en matière d'utilisation de la dotation régionale de développement des réseaux de santé.

## Centre

31007

ARTICLE

RUSCH (E.), BARON (S.), CAMPAGNE (A.), DUPONCHEL (J.L.)

**Morbidité et mortalité hospitalière liée à la canicule en 2003, au CHRU de Tours : intérêt du PMSI.**

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2005/05-07 ; vol. 23 : n° 3-4 : 195-199, tabl., fig.

Cote Irdes : C, P85

Au cours de la vague de chaleur de l'été 2003, la région Centre a été la région la plus touchée après l'Ile-de-France, avec une surmortalité du 1<sup>er</sup> au 20 août de 103% par rapport aux années 2000-2002 et des températures minimales  $\geq 20^\circ$  et maximales  $\geq 29^\circ$  du 4 au 14 août. La base PMSI a été utilisée pour décrire ce phénomène en termes de morbidité et mortalité hospitalière au CHRU de Tours.

## Champagne Ardenne

30745

FASCICULE

MONNOT (S.), LEFEVRE (C.), OLIVIERO (E.), MOLITOR (P.-L.)

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques Champagne-Ardenne.

(I.N.S.E.E.). Reims. FRA

**Enquête santé en Champagne-Ardenne : obésité et hygiène de vie.**

INSEE FLASH CHAMPAGNE ARDENNE

2005/12 ; vol. : n° 58 : 4p., 6 graph., 1 tabl.

Cote Irdes : Bulletin français

[http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/champagne-ardenne/publi/fla055860.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/champagne-ardenne/publi/fla055860.pdf)

L'enquête santé 2002-2003 a bénéficié d'une extension régionale en Champagne Ardenne. Ce document présente les données recueillies sur l'obésité et l'hygiène de vie des habitants de la région, en comparaison avec la France entière. Ainsi, les Champardennais souffrent plus souvent d'obésité que l'ensemble des habitants de métropole. Les femmes sont plus particulière-

ment touchées dans la région. Passé la cinquantaine, l'obésité concerne plus d'une personne sur cinq. Elle est aussi beaucoup plus fréquente chez les non-diplômés. De manière générale, les catégories sociales défavorisées sont plus touchées. Les pratiques limitant les risques (sport, alimentation équilibrée, régime) y sont moins développées. La plus grande prévalence de l'obésité en Champagne-Ardenne en découle.▲

30746

FASCICULE

LEFEVRE (C.), OLIVIERO (E.), MOLITOR (P.-L.), MONNOT (S.)

Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques Champagne-Ardenne.

(I.N.S.E.E.). Reims. FRA

**Enquête santé en Champagne-Ardenne : un recours au généraliste plus fréquent.**

INSEE FLASH CHAMPAGNE ARDENNE

2005/10 ; vol. : n° 56 : 4p., 6 graph., 1 tabl.

Cote Irdes : Bulletin français

[http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/champagne-ardenne/publi/fla055660.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/champagne-ardenne/publi/fla055660.pdf)

L'enquête santé 2002-2003 a bénéficié d'une extension régionale en Champagne Ardenne. Ce document présente les données recueillies sur l'état de santé ressenti, sur quelques troubles de santé déclarés (audition, caries, vue et port de lunettes ou de lentilles), sur le recours aux professions de santé, puis sur quelques pratiques de dépistage (cancer du sein, de l'utérus, du colon, Sida, hépatite C, vaccinations) des habitants de la région, en comparaison avec la France entière. Ainsi, Les Champardennais se considèrent en bonne santé. Cependant, le sentiment d'être moins bien portant s'accroît fortement avec l'avancement en âge et l'absence de diplôme. Les femmes déclarent davantage un état de santé moyen. Les Champardennais n'en connaissent pas moins des problèmes de santé. Ils ont plus souvent des caries dentaires et des problèmes d'audition. Le recours au généraliste, sensiblement plus fréquent dans la région, compense en partie une offre de soins de spécialistes plus limitée qu'ailleurs. Le dépistage des principaux cancers, du sida et de l'hépatite C sont aussi fréquents que dans l'ensemble du pays. L'automédication est moins pratiquée qu'au plan national.

## Île-de-France

29863

FASCICULE



COM-RUELLE (L.), LUCAS-GABRIELLI (V.),  
RENAUD (T.)  
Institut de Recherche et Documentation en Eco-  
nomie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA  
**Le coût du cancer du côlon en Ile-de-France.**  
QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE  
2005/09 ; vol. : n° 98 : 8p.  
Cote Irdes : QES 98  
<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum98.pdf>  
En France, le cancer colorectal est au deuxième  
rang des tumeurs malignes en termes d'incidence  
et de mortalité pour l'ensemble de la population,  
hommes et femmes confondus. En Ile-de-France,  
pour le seul cancer du côlon, le nombre de nou-  
veaux cas annuels est de l'ordre de 4 000. Pour  
mieux appréhender ce problème majeur de santé  
publique, et s'inscrivant dans la dynamique du  
Plan Cancer, l'Union régionale des caisses d'as-  
surance maladie d'Ile-de-France (URCAMIF) a  
coordonné en 2003 une enquête rétrospective  
portant sur les patients admis en Affection de lon-  
gue durée (ALD) pour cancer du côlon en 2002.  
Le premier volet de l'enquête a donné lieu à une  
étude médicale publiée en 2004 par l'URCAMIF.  
Le second volet de l'enquête, présenté ici, a per-  
mis à l'IRDES d'analyser le coût du cancer du cô-  
lon en Ile-de-France.▲

30328  
ARTICLE  
FAROZI (A.M.)  
Union Française pour la Santé Bucco-dentaire.  
(U.F.S.B.D.). Paris. FRA  
**Expérimentation francilienne en faveur de  
l'accès à la prophylaxie et aux soins bucco-  
dentaires, Ile-de-France 2002-2004.**  
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMA-  
DAIRE  
2005/07/19 ; vol. : n° 32 : 163-164, 1 tabl., 2 fig.  
Cote Irdes : C, P140  
Dans le cadre de la mission qui lui a été confiée  
par l'Organisation mondiale de la santé (OMS),  
l'Union française pour la santé buccodentaire  
(UFSBD) a souhaité que la région Ile-de-France  
initie une expérimentation en milieu scolaire en  
Zone d'éducation prioritaire (Zep) à partir de l'an-  
née 2002/2003 et pour une durée de trois ans.  
Une école classée Zep possède des objectifs et  
des méthodes pour lutter contre la fracture sco-  
laire et doit élaborer des contrats de réussite  
scolaire. La population rencontrée est souvent  
en difficulté sociale et économique. La finalité du  
programme est de favoriser l'accès à la prophylaxie  
et aux soins des enfants de classes de CE1  
et CM1. Dans cet article ne seront développés  
que les résultats des CM1 (Introduction).

30963  
ARTICLE  
CHINAUD (F.), SLOTA (L.), SOUQUES (M.),  
ASSELAIN (B.), BLANCHON (B.), DUBOIS (G.),  
MARTIN (E.), REZVANI (A.)  
**Survie à cinq ans des patients ayant eu un  
diagnostic de cancer en 1994 en Ile-de-  
France.**  
REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PU-  
BLIQUE  
2005/11 ; vol. 53 : n° 5 : 477-490, tabl., graph.  
Cote Irdes : C, P11  
L'objectif est d'estimer la survie à 5 ans par loca-  
lisation, sexe et stade des malades d'Ile-de-  
France ayant présenté un nouveau cancer en  
1994. Les résultats montrent que la survie dé-  
pend de la précocité du diagnostic mais aussi de  
la qualité de la prise en charge thérapeutique, de  
l'importance de l'offre, l'accès aux soins pour  
être un facteur favorisant. En dehors des don-  
nées de mortalité et de l'estimation des inciden-  
ces, les données de l'assurance maladie  
permettent d'apporter un éclairage complémen-  
taire sur l'épidémiologie des cancers et contri-  
buer à la connaissance de ces maladies.

## MÉDECINE LIBÉRALE

### Dossier médical

30994  
ARTICLE  
COUDREAU (D.)  
**Dossier médical personnel : "la France ne  
part pas de zéro".**  
CONCOURS MEDICAL  
2005/09/14 ; vol. 127 : n° 26 : 1431-1433  
Cote Irdes : C, P19  
Il s'agit d'un entretien avec Dominique Coudreau  
sur un dossier sensible de la réforme de l'assu-  
rance-maladie. Nommé président du conseil  
d'administration du groupement d'intérêt public  
du dossier médical personnel (GIP DMP), Domi-  
nique Coudreau va piloter le lancement et le sui-  
vi des expérimentations qui doivent démarrer en  
novembre 2005.

## Faqs

30606

FASCICULE

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

**Fonds d'aide à la qualité des soins de ville. Rapport d'activité 2004.**

NOTES ET DOCUMENTS

2005 ; vol. : n° 33 : 172p., ann.

Cote Irdes : P127

Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) a vocation à financer des actions visant à améliorer la qualité et la coordination des soins dispensés en ville. Ce fascicule fait le bilan de l'année 2004 sur le fonctionnement et l'activité du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville.

## Médecins traitants

30711

ARTICLE

BRAS (P.L.)

**Le médecin traitant : raisons et déraison d'une politique publique.**

DROIT SOCIAL

2006/01 ; vol. : n° 1 : 59-72

Cote Irdes : P109

Cet article présente tout d'abord le nouveau dispositif de médecin traitant tel qu'il est défini dans la loi de réforme de l'assurance maladie d'août 2004. Il essaie ensuite d'évaluer ses effets potentiels ainsi que les enseignements que l'on peut tirer des expériences étrangères. Ces analyses conduisent à douter de la rationalité de cette réforme au regard de ses objectifs affichés, et cet article tente d'en décrypter la logique et d'en extraire des enseignements sur la construction des politiques publiques relatives aux soins de ville.

## Modes d'exercices

30394

ARTICLE

CHABROL (A.), KENNEL (J.J.), FABAS (P.)

Conseil National de l'Ordre des Médecins (C.N.O.M.). Paris. FRA

**L'exercice en lieux multiples : une nouvelle possibilité pour les médecins.**

BULLETIN DE L'ORDRE DES MEDECINS

2005/09 ; vol. : n° 7 : 8-12

Cote Irdes : C, P69

Depuis mai 2005, les médecins libéraux peuvent exercer sur plusieurs sites. Une possibilité néanmoins soumise à conditions. Principaux objectifs de cet assouplissement de l'article 85 du code de déontologie : ramener les praticiens vers les zones déficitaires sur le plan médical et leur permettre de partager des plateaux techniques coûteux..▲

31083

ARTICLE

NGUYEN (C.)

**Le nouveau contrat de collaboration libérale.**

MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)

2006/01 ; vol. : n° 277 : 8-9

Cote Irdes : P145/2

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a validé fin septembre les statuts et contrats types entérinant l'existence du collaborateur libéral instauré par la loi 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des PME. Ce dispositif a été instauré pour permettre de combler les déséquilibres de la démographie médicale et le déficit de l'offre de soins. Cet article donne une définition du collaborateur libéral, en décrit le contenu et le statut.

## HÔPITAL

## Cancérologie

30007

ARTICLE

JUIN (P.H.), BONNET (M.), CHINOT (O.), TARDIEU (S.), SANCHEZ (F.), RIMATTEI (F.)

**Plan Cancer. Premier bilan du dispositif d'annonce du cancer à l'AP-HM.**

GESTIONS HOSPITALIÈRES

2005/05 ; vol. : n° 446 : 341-348

Cote Irdes : C, P67

Après seulement quelques mois d'existence, un premier bilan du dispositif d'annonce du cancer mis en place par l'Assistance publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM) et impulsé par le plan Cancer se révèle plutôt positif pour le patient. Ce dispositif est appelé à connaître une extension nationale, et ce pour un grand nombre de pathologies.

## Chirurgie

31010

ARTICLE

*BONTEMPS (G.)*

**Vers une disparition programmée de la chirurgie publique ?**

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2005/05-07 ; vol. 23 : n° 3-4 : 215-221

Cote Irdes : C, P85

La CNAMTS a mis en place un observatoire national permettant le suivi dans le temps du développement de la chirurgie ambulatoire. Les premiers travaux réalisés dans le cadre de la mise en place de cet observatoire ont amené la CNAMTS à s'intéresser plus particulièrement à l'impact du développement de la chirurgie ambulatoire au niveau de l'évolution des parts de marché chirurgicales. 18 types d'intervention chirurgicales, dénommés gestes marqueurs, ont été choisis, constituant autant d'indicateurs de cette chirurgie "classique". Une enquête exhaustive, sur l'ensemble des établissements publics et privés de 20 régions métropolitaines, a été menée à partir des bases PMSI des années 1999 et 2001. L'étude sur les parts de marché chirurgicales montre l'apparition d'une ligne de fracture entre le secteur public et le secteur privé, avec une position dominante du secteur privé sur les interventions les plus fréquentes.

## Cliniques privées

30562

ARTICLE

**Cliniques : le palmarès 2005.**

LE POINT

2005/12/08 ; vol. : n° 1734 : 85-99

Cote Irdes : B5217

[http://www.lepoint.fr/societe/doc\\_cliniques2005.html](http://www.lepoint.fr/societe/doc_cliniques2005.html)

Cette enquête s'appuie sur les résultats d'une enquête réalisée, en septembre 2004, auprès de 770 établissements privés, ainsi que sur les données du Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) émanant du Ministère de la santé. Le classement des cliniques est réalisé pour vingt disciplines. Belle performance des cliniques de l'ouest de la France, qui arrivent en tête du classement.

## Hospitalisation à domicile

29895

ARTICLE

*HELENON (J.)*

**Multipliation des S.S.I.A.D. : dossier.**

AVENIR ET SANTE

2005/08-09 ; vol. : n° 336 : 12-25

Cote Irdes : c, P187

La FNI (Fédération nationale des infirmiers) dénonce depuis de nombreuses années la multiplication inconsidérée des SSIAD (Service de soins infirmiers à domicile). Après une introduction sur la politique de santé et l'évolution des places dans les SSIAD, ce dossier présente le cadre législatif concernant les points suivants : procédure d'autorisation de création, population et missions, le personnel, et le financement. Quelques statistiques accompagnent ce dossier.

## Infections nosocomiales

29751

ARTICLE

*COISNE (S.), KLINGER (C.)*

**L'hôpital est-il dangereux ?**

RECHERCHE (LA)

2005/09 ; vol. : n° 389 : 31-46

Cote Irdes : P128

Beaucoup de données inexactes circulent sur les infections nosocomiales contractées à l'hôpital, dressant parfois un tableau sévère. Les enquêtes épidémiologiques montrent pourtant une diminution de taux, et une bonne place pour la France dans le paysage européen. Cet article fait le point sur le sujet.▲

30329

ARTICLE

*DENOEUDE (L.), LEPOUTRE (A.), BOUVET (A.), COIGNARD (B.)*

Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint Maurice. FRA, Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Département des maladies infectieuses. Saint Maurice. FRA, Centre national de référence des streptocoques. Paris. FRA

**Signalements d'infections nosocomiales invasives à *Streptococcus pyogenes* en post-opératoire ou post-partum en France du 1er août 2001 au 31 décembre 2003.**

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2005/07/26 ; vol. : n° 33 : 165-166, 2 tabl.

Cote Irdes : C, P140

Streptococcus pyogenes ou streptocoque du groupe A (SGA) est une cause rare d'infection nosocomiale. En France en 2002, il était isolé dans 0,3 % des bactériémies nosocomiales. La létalité des infections invasives à SGA varie de 10 à 70 % des cas selon l'existence ou non d'un syndrome de choc toxique. L'impact de ces infections pourrait être limité par des mesures visant à prévenir la transmission des streptocoques en milieu hospitalier. Les infections invasives à SGA rentrent dans le cadre du signalement obligatoire des infections nosocomiales, en raison du caractère rare et particulier du germe en cause et éventuellement en cas de décès de la personne (décret n° 2001-671 du 26/07/2001). Les auteurs décrivent les cas signalés d'infections nosocomiales invasives à streptocoque A survenus en post-opératoire ou en postpartum entre le 1er août 2001 et le 31 décembre 2003 en France et leurs modalités d'investigation et de prévention. (Inspiré introduction auteurs).▲

30333

ARTICLE

LEJEUNE (B.), ROTHAN TONDEUR (M.),  
LEPOUTRE (A.)

Chu Morvan. Brest. FRA, Observatoire du risque infectieux en gériatrie. Ivry sur Seine. FRA, Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint Maurice. FRA

**Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales, résultats sur la population des sujets âgés de 65 ans et plus, France, 2001.**

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2005/09/06 ; vol. : n° 35 : 173-174, 3 tabl.

Cote Irdes : C, P140

Les six objectifs de l'enquête de prévalence des infections nosocomiales sur les plus de 65 ans sont ceux de l'enquête nationale, visant à sensibiliser l'ensemble des personnels hospitaliers à la réalité des infections nosocomiales, à former les établissements et les structures de soins à la réalisation d'une enquête épidémiologique, à mobiliser l'ensemble de l'établissement autour d'un projet de surveillance, à informer les membres du Clin et l'ensemble du personnel des résultats (taux de prévalence), à estimer la fréquence des infections nosocomiales parmi les patients hospitalisés et à connaître les grandes caractéristiques des infections nosocomiales et des prescriptions d'anti-infectieux. (Extrait de l'introduction).

## Performance

29727

FASCICULE

**Hôpitaux : le palmarès 2005.**

LE POINT

2005/08/25 ; vol. : n° 1719 : 28-74

Cote Irdes : B5037

[http://www.lepoint.fr/special\\_hopitaux/doc\\_1719.html](http://www.lepoint.fr/special_hopitaux/doc_1719.html)

Cette neuvième édition du palmarès Le Point des hôpitaux publics évalue pas moins de 750 établissements, classés dans 32 spécialités (7 de plus que l'an passé). Pour réaliser ces classements, il a fallu faire parler le PMSI. Ces données ont été enrichies par les résultats de multiples investigations : ajouts de critères classants au vu de l'évolution des techniques médicales, qualification des praticiens, questionnaires, multiples vérifications auprès des professionnels des différentes disciplines, ...). Au tableau d'honneur des 50 meilleurs hôpitaux de France (qui doivent fournir un service médical et chirurgical complet), on retrouve en tête, comme en 2003, le CHU de Bordeaux, suivi des CHU de Toulouse (1er l'an passé), de Lille (en hausse), de Montpellier (place inchangée), de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (en baisse). Le magazine épingle aussi les abus de l'exercice libéral à l'hôpital public (consultations privées, examens d'imagerie, actes chirurgicaux...). Selon la Sécurité sociale, en 2004, 4.152 médecins des hôpitaux (14,3 % des effectifs) avaient choisi d'exercer une activité libérale qui ajoute, en moyenne, 38.779 euros d'honoraires à leur traitement. En tête les chirurgiens avec 50,6 %. Mais certains praticiens consacrent plus de 50 % de leur activité à leur clientèle privée, transforment des pans entiers d'hôpitaux en clinique privée, ne versent pas leur redevance à l'hôpital et donnent des rendez-vous beaucoup plus rapidement dans le privé que dans le public. "Pour les uns, cette pratique permet de retenir les meilleurs médecins. Pour les autres, c'est le cancer de l'hôpital public. Il y a si peu de contrôle que certains vont effectivement trop loin", note Le Point. Le record pour les revenus en activité libérale est atteint à Paris où un médecin a encaissé 1 million d'euros en 2004. "Au vu de tels excès, on comprend mieux ce que bon nombre d'hôpitaux - et surtout les plus prestigieux - peuvent avoir à cacher...", conclut l'hebdomadaire. Des résultats partiels sont en ligne à l'adresse : [http://www.lepoint.fr/special\\_hopitaux/doc\\_1719.html](http://www.lepoint.fr/special_hopitaux/doc_1719.html)

## Réforme

30014

ARTICLE

**8es rencontres financières des décideurs hospitaliers. : Institut Pasteur, Paris, 2005/03/22**

GESTIONS HOSPITALIERES

2005/05 ; vol. : n° 446 : 394-424

Cote Irdes : c, P67

Ces rencontres sont organisées en partenariat avec Gestions hospitalières, et avec la participation de la Fédération hospitalière de France. Le contexte d'actualité est très riche : la mi-parcours du plan Hôpital 2007 ; la montée en puissance de la T2A ; la nouvelle gouvernance à l'hôpital ; la sortie de la circulaire budgétaire 2005 ; les inquiétudes sur les perspectives financières des hôpitaux, avec des objectifs d'évolution de dépenses difficiles à tenir, dans un contexte conjoncturel tendu. Tout cela donne matière à débat, autour des trois temps forts de la journée : la réalisation du plan Hôpital 2007 ; les conséquences de la mise en place de la T2A sur l'investissement ; la coopération entre le public et le privé. Avant cela, et avant d'évoquer le secteur hospitalier lui-même, Anton Brender, chef économiste de Dexia Asset Management, fait le point sur la conjoncture économique mondiale et prédit ce que seront les mois à venir.

## Réseau de soins

30972

ARTICLE

*GRIMAUD (O.), CLAPPIER (P.), DENIS (M.), RIOU (F.)*

**Étude qualitative pour l'identification des facteurs influençant la qualité des l'orientation et du transfert de patients atteints d'accident vasculaire cérébral.**

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2005/09 ; vol. 53 : n° 1 : 1S12-1S21, tabl.

Cote Irdes : C, P11

Au sein d'un réseau d'établissements, l'orientation et le transfert des patients sont des étapes clés pour la qualité de la prise en charge. L'enjeu est d'optimiser la trajectoire de soins, compte tenu des besoins du patient et des capacités du réseau, tout en assurant la continuité des soins. A l'issue de l'enquête Delphi, le consensus a été atteint pour les critères concernant : l'importance de la connaissance mutuelle des équipes, l'intérêt d'un recours à un médecin rééducateur pour

aider les équipes de court-séjour à définir les objectifs, l'importance de la prise en compte des attentes des patients/entourage, la fiabilité des informations transmises.

## Satisfaction des usagers

30974

ARTICLE

*BREDART (A.), MIGNOT (V.), ROUSSEAU (A.), DOLBEAULT (S.), BEAULOYE (N.), ADAM (V.), ELIE (C.), LEONARD (I.), ASSELAIN (B.), CONROY (T.)*

**Satisfaction par rapport aux soins en oncologie évaluée par le QLQ-SAT32 de l'EORTC : comparaison entre auto-passation et entretien téléphonique.**

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2005/09 ; vol. 53 : n° 1 : 1S31-1S38, tabl.

Cote Irdes : C, P11

La systématisation de l'évaluation de la satisfaction par rapport aux soins requiert des recommandations de modalités de collecte des données. Dans cette étude, la comparaison du taux de réponse et de valeurs manquantes isolées au questionnaire de satisfaction par rapport aux soins de l'Organisation Européenne de Recherche et Traitement du cancer a été faite selon son administration en auto-passation ou en entretien. Ces deux méthodes ont fourni des réponses similaires, néanmoins un taux de réponse différent selon les interviewers et un taux de valeurs manquantes plus élevé en entretien suggère l'introduction de biais de cette modalité de collecte de données.

## Tarifification

29768

ARTICLE

*KERLEAU (M.), LE VAILLANT (M.), OR (Z.)*

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

**Caractéristiques régionales et structure de l'activité de court séjour : impact sur les coûts hospitaliers par modélisation multi-niveaux.**

Etudes diverses.

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTÉ

2005/04-06 ; vol. : n° 2 : 35-47, 4 tabl.

Cote Irdes : R1603, S19



<http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200502.pdf>

L'objectif de cette étude est d'examiner le rôle de la structure des activités médicales dans la variabilité des coûts des hôpitaux et cliniques lorsque l'on prend en compte non seulement les caractéristiques des établissements, mais aussi les effets régionaux.▲

30700

ARTICLE

LELEU (H.), DERVAUX (B.), BOUSQUET (F.) / coll.

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 enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière dans le cadre de l'évaluation de la tarification à l'activité.**

Etudes diverses.

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE

2005/06-09 ; vol. : n° 3 : 49-66

Cote Irdes : S19

<http://www.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/pdf/dossier200503.pdf>

La mesure d'un indicateur de productivité hospitalière renvoie à plusieurs problématiques qui ont trait à sa définition, à sa mesure, à son champ d'application et à son utilisation. Cet article tente de mettre en lumière les enjeux d'une mesure de la productivité hospitalière afin d'en dégager une méthodologie de mesure adaptée qui pourrait être utile à l'évaluation de l'impact économique de la tarification à l'activité. Une fois passés en revue les différents concepts de performance économique, les auteurs analysent de manière critique la mesure de la productivité propre au secteur hospitalier qui fait l'objet d'une discussion au travers de l'expérience américaine.▲

31004

ARTICLE

MENDELSON (M.)

**Quel avenir pour les GHM dans le cadre de la T2A ? A propos des travaux effectués pour une version 10 des GHM.**

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2005/05-07 ; vol. 23 : n° 3-4 : 177-181

Cote Irdes : C, P85

Pour la classification des GHM, il y a un "avant" et un "après" T2A. Avant la T2A, l'évolution s'est faite pour répondre à la montée en charge du PMSI et à l'amélioration des outils de codage. Depuis la T2A, les commandes se font précises avec un objectif prioritaire : limiter les disparités

interétablissements ou intersecteurs pour les GHM qui décrivent les activités les plus fréquentes afin d'obtenir, à terme, des tarifs applicables à tous les établissements. L'auteur décrit les deux grandes étapes de l'adaptation à la T2A (1ère étape dans la version 9 des GHM, et 2ème étape dans la future version 10).▲

31005

ARTICLE

BOURRACHOT (V.)

**Bilan de l'expérimentation du PMSI en psychiatrie. Entre continuité et rupture.**

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2005/05-07 ; vol. 23 : n° 3-4 : 183-190, tabl.

Cote Irdes : C, P85

Depuis 2002, une expérimentation du PMSI en psychiatrie est en cours dans quatre régions pilotes (Aquitaine, Lorraine, Rhône-Alpes, réunion) et dans des établissements volontaires. L'auteur présente la classification réalisée, la mise en place du recueil d'information, ainsi que les premiers résultats (issus de la base de données 2003). Ces résultats sont discutés en vue d'une évolution de l'outil.▲

31008

ARTICLE

LECLERCQ (B.), SELLERET (F.X.)

**La T2A, un outil pour une possible révolution culturelle et managériale. Sa mise en oeuvre aux Hospices Civils de Lyon.**

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2005/05-07 ; vol. 23 : n° 3-4 : 201-207

Cote Irdes : C, P85

Après 20 ans de budget global ou de rémunération à l'acte, les hôpitaux et cliniques connaissent désormais une rémunération à l'activité avec la T2A. Mais la T2A est souvent perçue essentiellement dans sa dimension financière et mise en oeuvre en tant que telle. Au contraire, pour les Hospices Civils de Lyon, la T2A constitue en premier lieu une réforme stratégique et managériale avant d'être une réforme budgétaire et comptable. La vision aux Hospices Civils de Lyon est présentée (partie I) avant d'évoquer les conditions de mise en oeuvre (partie II) et les premiers résultats qui ont été obtenus (partie III).

## PROFESSIONS DE SANTÉ

### Infirmiers

29927

ARTICLE

POLTON (D.)

**Démographies professionnelles dans le secteur médico-social : l'exemple des infirmières.**

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2005/03-04 ; vol. : n° 503 : 71-74

Cote Irdes : C, P22, R1609

Malgré des conditions de travail difficiles, la profession d'infirmière reste attractive. Les effectifs n'ont cessé d'augmenter, passant de 246000 en 1980 à 446000 en 2004, et si les durées de vie professionnelle sont plus courtes que dans d'autres métiers, on ne peut parler de fuite massive et précoce. Cet état des lieux peut paraître contradictoire avec le sentiment de pénurie largement répandu dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux. Mais cette contradiction n'est qu'apparente. Le déséquilibre du marché du travail, alors même que les effectifs n'ont cessé d'augmenter, suggère en fait un accroissement important des besoins en main d'oeuvre, qui s'explique par une conjonction de facteurs : réduction du temps de travail, augmentation de certains besoins comme les soins aux personnes âgées, augmentation de la mobilité et du turn-over. Pour couvrir les besoins, une augmentation des quotas de formation a été mise en oeuvre : le nombre d'infirmières admises en formation a presque doublé en quatre ans. Avec les quotas actuels, les effectifs devraient continuer à augmenter, même si de nombreux départs en retraite sont prévus dans les années qui viennent. On peut avancer l'hypothèse que les difficultés devraient s'atténuer progressivement sauf peut-être dans le secteur médico-social qui reste moins attractif que les services de soins aigus, l'aide au maintien à domicile ou les établissements et services pour personnes âgées souffrant d'un fort déficit d'image.▲

30559

ARTICLE

HELENON (J.)

**Frais et temps de déplacement des infirmières libérales : une prise en charge financière très insuffisante.**

AVENIR ET SANTE

2005/10 ; vol. : n° 337 : 4-10, 5 graph., 4 tabl.

Cote Irdes : P187

Dans un contexte de hausses incessantes du prix du carburant, la F.N.I. (Fédération Nationale des Infirmiers) a calculé l'évolution des frais et temps de déplacement des infirmières libérales en rapport avec leur rémunération, sur 25 ans.

### Mobilité professionnelle

30991

ARTICLE

KINGMA (M.)

**Les migrations des professionnels de la santé.**

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES

2005/04-09 ; vol. 45 : n° 2-3 : 287-306

Cote Irdes : C, P14

Durant les trois dernières décennies, le nombre de personnes qui quittent leur pays a doublé pour atteindre le chiffre astronomique de 175 millions en l'an 2003. Les systèmes nationaux de santé sont souvent les sources d'emploi les plus importantes. De fait, au niveau du monde, 35 millions de travailleurs travaillent dans le domaine de la santé. A l'heure actuelle, dans les pays comme l'Australie, le Canada, le Royaume Uni et les États-Unis, les professionnels diplômés à l'étranger constituent plus du quart de l'effectif des médecins et des infirmières. Les pays d'accueil n'appartiennent pas toujours au monde industriel. Les migrations internationales sont souvent inductrices de migrations internes. L'exode rural et la course vers les secteurs économiques où les rémunérations sont élevées contribuent à menacer le principe de l'universalité des soins à dispenser aux populations. Par ailleurs, les migrations internationales sont souvent montrées du doigt comme la cause de pénurie en personnels de santé que connaissent les pays en voie de développement.

### Pharmaciens

28737

FASCICULE

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

**Panorama au 1er janvier 2005.**

PHARMACIENS (LES)

2006 ; vol. : n° : 19p., carte, graph., tabl.

Cote Irdes : S46/2

<http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/bleu/>

index2\_4.htm - [http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/bleu/index2\\_4.htm](http://www.ordre.pharmacien.fr/fr/bleu/index2_4.htm)

Ce petit document présente, sous forme de graphiques, cartes et commentaires concis, les principaux chiffres de la démographie pharmaceutique : caractéristiques des membres de l'Ordre National des Pharmaciens, secteurs dans lesquels ils travaillent, et répartition géographique.▲

31187

FASCICULE

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

**Statistiques au 1er janvier 2006.**

PHARMACIENS (LES)

2006 ; vol. : n° : 241p., tabl.

Cote Irdes : S46/1

Ce document publié annuellement par l'Ordre des Pharmaciens, propose un état des statistiques professionnelles au 1er janvier 2006.▲

31188

FASCICULE

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

**Etude prospective sur 20 ans.**

DEMOGRAPHIE PHARMACEUTIQUE FRANCAISE.

2006 ; vol. : n° : 23p., carte, graph., tabl.

Cote Irdes : S46/2

L'objet de cette étude est d'éclairer la ou les décisions ministérielles qui fixeront le nombre des étudiants admis en deuxième année des études de pharmacie pour les dix années à venir (jusqu'en 2013) correspondant à des entrées en activité de pharmaciens durant la période 2010 à 2020. Après une présentation de la méthodologie et un bilan sur la situation actuelle, elle propose différents modèles : pour le maintien des effectifs, pour combler les déficits constatés, détermination des besoins.



## Revenu

30135

ARTICLE

KERVASDOUE (J. de)

**Une remarquable stratégie : l'évolution discrète et très favorable du revenu des professions de santé.**

*Argent et santé.*

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2005/10 ; vol. : n° 8 : 59-68, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P168

Le revenu des professions de santé est à la fois un tabou et un mythe. Les médecins sont globalement moins favorisés que certains le pensent et plus riches qu'ils ne voudraient le faire croire. Quel que soit leur mode d'exercice, les médecins ont vu leur revenu augmenter plus vite que celui de la population française alors que leur nombre doublait durant le dernier quart de siècle. Cet article essaie de faire le point sur cette évolution de revenu et sur les inégalités entre spécialités médicales.▲

30997

ARTICLE

POINDRON (P.Y.)

**Revenus des médecins : d'importants écarts d'une spécialité à l'autre, d'une région à l'autre.**

CONCOURS MEDICAL

2005/09/28 ; vol. 127 : n° 28 : 1580-1582

Cote Irdes : C, P19

L'année 2004 n'aura pas été la plus faste pour les généralistes, question revenus. Sur le long terme, cependant, ils maintiennent bon an mal an leur pouvoir d'achat. Cet article présente les courbes d'évolution des revenus (entre 1999 et 2004) des médecins généralistes et spécialistes (pédiatres, gynécologues-obstétriciens, chirurgiens, gastro-entérologues, anesthésistes-réanimateurs, chirurgiens-dentistes) comparées à celles d'autres professions (avocat, architecte). Pour certaines professions, des écarts importants de revenus sont constatés entre les régions françaises.



## Sage-femme

30508

FASCICULE

MIDY (F.), LEGAL (R.), TISSERAND (F.)

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

**La profession de sage-femme : bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins.**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

2005/12 ; vol. : n° 101 : 4p., tab., graph.

Cote Irdes : QES 101

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum101.pdf>

Dans le cadre de la mission qui lui a été confiée par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, l'IRDES a analysé la situation démographique de la profession de sage-



femme à partir des données du fichier ADELI de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) et du fichier du Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF). Un travail exploratoire est proposé : les besoins de sages-femmes pour la région Bourgogne en 2003 sont calculés selon deux méthodes et sont utilisés pour estimer la date d'un retour à l'équilibre démographique à quota constant. Après avoir dressé un état des lieux de la situation démographique de la profession de sage-femme en 2003, ce travail a pour objectif de questionner la méthode d'estimation des besoins sur laquelle repose la projection des effectifs. ▲

30509

FASCICULE

MIDY (F.), CONDINGUY (S.), DELAMAIRE (M.L.)

Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA  
**La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail.**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE  
2005/12 ; vol. : n° 102 : 4p., tab., graph.

Cote Irdes : QES 102

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum102.pdf>

Dans le cadre d'une mission confiée par l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS), l'IRDES a réalisé en 2004, avec le soutien du Conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF), une enquête dont l'objectif est de mieux cerner les trajectoires des sages-femmes, leurs activités et leurs conditions de travail. Par rapport à d'autres professions de santé (infirmières, médecins), la profession de sage-femme est assez peu étudiée. Ce travail propose donc une description de la profession, à partir d'une enquête sur les trajectoires, les pratiques et les conditions de travail des sages-femmes, afin d'apporter un éclairage qualitatif aux travaux menés par l'IRDES sur la démographie de la profession (Question d'économie de la santé n°101). Les résultats complets de l'enquête sont publiés dans le rapport 2004 de l'ONDPS (tome 3).



## Transferts de compétences

29071

FASCICULE

BOURGUEIL (Y.), MAREK (A.), MOUSQUES (J.)

Institut de Recherche et Documentation en Eco-

nomie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA  
**La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens en Ontario et au Québec.**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE  
2005/06 ; vol. : n° 95 : 12p.

Cote Irdes : QES 95

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum95.pdf>

Cette étude a été commanditée et financée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Elle s'inscrit dans les travaux de l'IRDES sur l'organisation des systèmes de santé, notamment dans le champ des soins primaires, et fait suite à une revue de la littérature sur l'efficacité et l'efficience de la délégation d'actes des médecins généralistes aux infirmières, qui avait mis en évidence sa faisabilité et son efficacité (QES n° 65). Cette comparaison internationale de la coopération entre médecins généralistes et infirmières nous permet d'appréhender plus spécifiquement le contexte de développement, les formes et le contenu de cette coopération. Nous en livrons ici les principaux résultats descriptifs. Une prochaine publication proposera une analyse de ces évolutions au regard de l'organisation générale des soins primaires d'une part et des professions d'autre part, notamment dans leurs aspects juridiques et réglementaires. ▲

31127

ARTICLE

BOURGUEIL (Y.)

**Pluridisciplinarité en soins primaires en Europe et au Canada : quels enseignements pour l'exercice infirmier libéral ?**

AVENIR ET SANTE

2006/01 ; vol. : n° 340 : 16-22

Cote Irdes : C, R1622

L'objet de cet article est de présenter une étude menée par l'Irdes à la demande de la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé dont le questionnement était : quelles sont les substitutions d'actes de médecins à infirmières qui existent à l'étranger ?

## MÉDICAMENTS

### Amm

30499  
ARTICLE  
*CHRISTOFARI (J.J.), MAZIERE (M.)*  
**Etudes post-AMM.**  
PHARMACEUTIQUES  
2005/12 ; vol. : n° 132 : 74-79, graph., fig.  
Cote Irdes : c, P28

Les études post-inscription connaissent une réelle envolée, jusqu'à donner lieu à la création d'un comité de liaison, dont la Haute Autorité de santé vient de faire un premier bilan. Cet article fait une évaluation de ces études d'impact des médicaments après leur commercialisation. ▲

30769  
ARTICLE  
**AMM et santé publique : les recommandations minimalistes de la Commission européenne.**  
REVUE PRESCRIRE  
2006/01 ; vol. 25 : n° 268 : 63-64  
Cote Irdes : c, P80

Cet article présente les trois procédures d'AMM acceptées dans l'Union européenne pour la commercialisation des médicaments en Europe.

### Automédication

30126  
ARTICLE  
**Self care et automédication : l'analyse du professeur Jean-Pierre Bader.**  
INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE  
2005 ; vol. : n° 514 : 6-10  
Cote Irdes : P72

Alors que le marché de l'automédication ne cesse de se dégrader en France, ces dernières années, cette fiche publie la synthèse d'une réflexion du Professeur Jean-Pierre Bader sur le marché de ce secteur. Il fait une analyse des freins à l'automédication.

### Chiffres-clés

30498  
FASCICULE  
Le Moniteur des Pharmacies et des Laboratoires. (M.P.L.). Paris. FRA  
**L'annuel 2005 de la pharmacie.**  
MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)  
25/11/26 ; vol. : n° 2605 - Cahier III : 82p., graph., tabl., carte  
Cote Irdes : c, P44  
Comme chaque année, le Moniteur vous propose son Annuel destiné à faire un bilan prospectif des grands enjeux de la pharmacie. A l'ordre du jour : une interview de Jean-Michel Laxalt sur la prise en charge par pathologie, une enquête sur l'automédication, un article sur le métier de pharmacien ... et les chiffres-clés habituels sur l'industrie du médicament et la recherche pharmaceutique.

### Commerce parallèle

30574  
ARTICLE  
COSTA-FONT (J.), KANAVOS (P.)  
**Pharmaceutical parallel trade in Europe : stakeholder and competition effects.**  
*Le commerce parallèle des médicaments en Europe : acteurs et impacts de la concurrence.*  
ECONOMIC POLICY  
2005/10 ; vol. : n° 44 : 751-798  
Cote Irdes : B5222  
Pharmaceutical parallel trade in the European Union is a large and growing phenomenon, and hope has been expressed that it has the potential to reduce prices paid by health insurance and consumers and substantially to raise overall welfare. In this paper we examine the phenomenon empirically, using data on prices and volumes of individual imported products. We have found that the gains from parallel trade accrue mostly to the distribution chain rather than to health insurance and consumers. This is because in destination countries parallel traded drugs are priced just below originally sourced drugs. We also test to see whether parallel trade has a competition impact on prices in destination countries and find that it does not. Such competition effects as there are in pharmaceuticals come mainly from the presence of generics. Accordingly, instead of a convergence to the bottom in EU pharmaceutical prices, the evidence points at 'convergence to the top'. This is explained by the fact that drug

prices are subjected to regulation in individual countries, and by the limited incentives of purchasers to respond to price differentials.

## Gérontopsychiatrie

30918

ARTICLE

ROQUET (E.)

**Nouveaux traitements pharmacologiques en géronto-psychiatrie : une révolution ?**

GERONTOLOGIE

2005 ; vol. : n° 136 : 42-45

Cote Irdes : C, P7

Cet article s'intéresse aux liens existants entre l'évolution des pratiques en géronto-psychiatrie et les nouveaux traitements pharmacologiques. L'objectif n'est pas de discuter les qualités de ces thérapeutiques mais plutôt de soulever les modifications que ces nouvelles chimiothérapies ont parfois impliquées au sein de l'ensemble de la démarche clinique (Tiré de l'introduction).

## Homéopathie

30538

FASCICULE

BOLLOTTE (D.), KAZAZ (S.)

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

**Homéopathie : les dépenses de soins ambulatoires des bénéficiaires de l'assurance maladie en Bourgogne traités par spécialités homéopathiques remboursables - Données du régime général du 1er janvier 2004 au 30 juin 2004.**

NOTES ET DOCUMENTS

2005/11 ; vol. : n° 36 : 16p., tabl., graph.

Cote Irdes : P127

Cette étude, réalisée par l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bourgogne (URCAM), dresse un état des lieux régional sur les dépenses de soins ambulatoires des bénéficiaires de l'assurance maladie en Bourgogne traités par spécialités homéopathiques remboursables : prévalence et caractéristiques socio-démographiques des personnes traitées ou non par homéopathie ; remboursement des soins.

## Industrie pharmaceutique

29881

ARTICLE

**Firmes pharmaceutiques : des livres pour comprendre la crise, et en sortir.**

REVUE PRESCRIRE

2005/10 ; vol. : n° 265 : 710

Cote Irdes : c, P80

Cet article fait une analyse de la littérature publiée entre 2002-2005 sur la crise de l'industrie pharmaceutique.▲

30540

FASCICULE

VEKEMAN (G.)

Eurostat. Luxembourg. LUX

**L'industrie pharmaceutique dans l'Union européenne.**

STATISTIQUES EN BREF : INDUSTRIE - COMMERCE ET SERVICES

2005/11/24 ; vol. : n° 44 : 8p., 1 enc, 7 graph., 4 tabl.

Cote Irdes : S30/3

[http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-NP-05-044/FR/KS-NP-05-044-FR.PDF](http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY_OFFPUB/KS-NP-05-044/FR/KS-NP-05-044-FR.PDF)

La présente publication décrit la structure de l'industrie pharmaceutique de l'UE et la compare à ses principaux concurrents, aux États-Unis et au Japon. Selon les statistiques structurelles sur les entreprises les plus récentes, l'industrie pharmaceutique dans l'UE employait plus d'un demi-million de personnes, soit environ 0,5% de l'emploi total dans l'économie marchande. La part équivalente de la valeur ajoutée était sensiblement supérieure, indiquant un fort niveau de productivité, néanmoins inférieur à celui des États-Unis et du Japon. Toutefois, le commerce des produits pharmaceutiques a dégagé un excédent de près de 23 milliards d'euros. L'industrie a consacré une part considérable de sa valeur ajoutée à la R&D, effort qui se traduit par le nombre de brevets délivrés (Résumé du site Eurostat).▲

30747

FASCICULE

GRESEQUE (F.)

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

**L'industrie pharmaceutique : un secteur dynamique, de plus en plus concentré.**

INSEE ILE DE FRANCE A LA PAGE

2005/11 ; vol. : n° 258 : 4p., 1 carte, 5 enc, 3 gra-

ph., 1 tabl.

Cote Irdes : Bulletin français

[http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/idf/rfc/docs/alapage258.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/rfc/docs/alapage258.pdf)

La direction régionale de l'INSEE Ile-de-France s'est penchée sur le secteur de l'industrie pharmaceutique. L'étude repose sur l'analyse des données du répertoire des entreprises et des établissements de 2004. Les statistiques sont complétées par quelques encadrés sur la classification de l'industrie pharmaceutique dans ce répertoire, sur les pôles de compétitivités liés à l'industrie pharmaceutique, sur le volet médicament de la réforme de l'assurance maladie en France, et sur la part de la recherche et du développement dans l'industrie pharmaceutique. Ainsi, l'Ile-de-France est la première région d'implantation de l'industrie pharmaceutique devant la région Rhône-Alpes et le Centre. En 10 ans, la concentration s'est accrue : fusions et acquisitions ont modifié le tissu productif. L'industrie pharmaceutique francilienne est aujourd'hui constituée de grands établissements. Neuf emplois sur dix appartiennent à des groupes, principalement étrangers. Les centres de décision sont souvent localisés en Ile-de-France, alors que les établissements de production sont situés en province.▲

31192

ARTICLE

*CERUTTI (G.)*

Ministère de l'Economie - des Finances et de l'Industrie. (M.I.N.E.F.I). Direction Générale de la Consommation et de la Répression des Fraudes. (D.G.C.C.R.F.). Paris. FRA

***L'industrie pharmaceutique face au droit de la concurrence.***

NOTES BLEUES DE BERCY (LES)

2006/02 ; vol. : n° 303 : 1-6

Cote Irdes : B5332

Cet article est un extrait de l'intervention prononcée le 19 janvier 2006 par Guillaume Cerutti, Directeur général de la concurrence, de la consommation et de de la répression des fraudes au colloque "droit de la santé et du médicament" devant les "Entreprises du médicament". Il aborde les affaires de concurrence dans le secteur de la pharmacie et principalement les affaires dues à des abus de position dominante.▲



## Innovation médicale

29793

ARTICLE

***Progrès thérapeutique : les appréciations de l'Agence suédoise du médicament comparées à celles de la revue Prescrire.***

REVUE PRESCRIRE

2005/09 ; vol. 25 : n° 264 : 622-623

Cote Irdes : P80

<http://www.prescrire.org>

L'appréciation globale du progrès thérapeutique apporté par un nouveau médicament a été comparée pour 54 médicaments analysés parallèlement par la revue Prescrire et par l'Agence suédoise du médicament. Les appréciations étaient similaires dans 40 cas sur 54 (74 %). Les motifs de divergences sont variés et instructifs, et liés notamment à des différences dans les comparateurs utilisés.▲

29794

ARTICLE

***La promotion, facteur essentiel de prescription des médicaments récents.***

REVUE PRESCRIRE

2005/09 ; vol. 25 : n° 264 : 623-624

Cote Irdes : P80

<http://www.prescrire.org>

En se basant sur les résultats de deux études, cet article démontre que la promotion est un facteur essentiel de prescription des médicaments récents. Les études citées sont celle de l'Irdes : " La diffusion de l'innovation pharmaceutique en médecine libérale " - 2003 et la thèse de Charbit : " Influence de la publicité pharmaceutique sur la prescription " - 2003.▲

30767

ARTICLE

***Enrichir sa panoplie thérapeutique : bilan de l'année 2005.***

REVUE PRESCRIRE

2006/01 ; vol. 25 : n° 268 : 28-62

Cote Irdes : c, P80

Cet article fait le point des innovations thérapeutiques de l'année 2005 par spécialité médicale.▲

30771

ARTICLE

***24 ans de palmarès des médicaments de la revue prescrire : 1981-2005.***

REVUE PRESCRIRE

2005/02 ; vol. : n° 269 : 84-87  
Cote Irdes : P80  
Cet article fait le point sur 25 ans de palmarès des médicaments de la revue Prescrire : palmarès des médicaments, palmarès du conditionnement, palmarès de l'information.▲

31233  
FASCICULE  
**Les 17 nouvelles molécules de 2005.**  
MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)  
2006/02/04 ; vol. : n° 2614 - Cahier 12 : 23p., tabl.  
Cote Irdes : c, P44▲

31278  
FASCICULE  
**Comment faire émerger des progrès thérapeutiques malgré un système d'innovation en faillite.**  
REVUE PRESCRIRE  
2006/03 ; vol. 26 : n° 270 : 225-228  
Cote Irdes : c, P80  
En 2005, la faillite du système d'incitation à l'innovation thérapeutique médicamenteuse est flagrante. Beaucoup de leçons de l'affaire du rofécoxib (ex-Vioxx) n'ont pas encore été tirées, et les patients sont de plus en plus exposés à des risques médicamenteux injustifiés. Il est pourtant possible de redresser le cap, à partir d'un constat lucide. Tel était le thème de la conférence de presse de la cérémonie des Palmarès de la revue Prescrire, qui s'est tenue le 19 janvier 2006. Cet article rend compte des principales conclusions. Le texte complet est en accès libre sur le site internet de Prescrire : [www.prescrire.org](http://www.prescrire.org).

## ■ Médicaments pédiatriques

30247  
ARTICLE  
**Médicaments pédiatriques : règlement européen en partie amélioré, mais des manques importants.**  
REVUE PRESCRIRE  
2005/03 ; vol. 25 : n° 259 : 781-782  
Cote Irdes : P80  
La proposition de règlement européen sur les médicaments pédiatriques avancée par la Commission européenne en 2004 était centrée sur les intérêts des industriels, avant ceux des enfants. Malgré la forte pression exercée par les firmes pharmaceutiques et leurs alliés, le texte a

été amélioré en première lecture au Parlement européen, grâce notamment au Collectif Europe et médicament. Cet article fait le point sur les améliorations.

## ■ Pharmacovigilance

29627  
FASCICULE  
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.). Paris. FRA  
**Mise au point sur le bon usage : prévenir la iatrogénèse médicamenteuse chez le sujet âgé. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, juin 2005.**  
QUOTIDIEN DU MEDECIN (LE)  
2005/07/20 ; vol. : n° Cahier n°2 : 15p.  
Cote Irdes : B4994  
<http://afssaps.sante.fr/htm/10/iatro/iatro.pdf>  
Les personnes âgées sont particulièrement exposées au risque d'effets indésirables liés à la prise de médicaments. Dans le cadre de la promotion du bon usage des médicaments, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé publie une mise au point destinée aux professionnels de santé pour diminuer la iatrogénèse médicamenteuse chez les personnes âgées. Les effets indésirables qui pourraient être évités sont le plus souvent la conséquence d'une erreur thérapeutique (mauvaise indication, non-respect des contre-indications, posologie excessive ou traitement trop prolongé), d'une mauvaise observance du traitement ou d'une automédication inappropriée chez ces patients, âgés et fragiles, traités pour plusieurs pathologies. L'objectif de cette mise au point est d'alerter les professionnels de santé sur les règles générales s'appliquant à toute prescription chez le sujet âgé. Des recommandations spécifiques sont définies pour les classes médicamenteuses considérées comme les plus à risque. Elles concernent les médicaments du système cardio-vasculaire, les anticoagulants, les anti-psychotiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) y compris les salicylés et les coxibs, les anti-diabétiques, les anti-infectieux (antibiotiques), les statines et les médicaments utilisés dans la démence.▲

30139  
ARTICLE  
MERIMBERT (J.)  
**Sécurité sanitaire : les défis de l'Afssaps.**  
SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE  
2005/10 ; vol. : n° 8 : 87-100, tabl., graph., fig.  
Cote Irdes : P168.▲



30864

ARTICLE

MONTASTRUC (J.-L.), BAGHERI (H.),  
LACROIX (I.), OLIVIER (P.), DURRIEU (G.),  
DAMASE-MICHEL (C.), LAPEYRE-MESTRE  
(M.)

Laboratoire de Pharmacologie Médicale et Clinique. Unité de Pharmacopépidémiologie. Toulouse. FRA, Hôpitaux Universitaires de Toulouse. Centre Midi-Pyrénées de Pharmacovigilance de Pharmacopépidémiologie et d'Informations sur le Médicament. Service de Pharmacologie Clinique. Toulouse. FRA

**Nouvelles méthodes d'étude du risque médicamenteux : l'expérience du Centre Midi-Pyrénées de Pharmacovigilance.**

**Discussion.**

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2005 ; vol. 189 : n° 3 : 493-505

Cote Irdes : C, P76

Les auteurs présentent les différentes méthodes d'étude du risque médicamenteux. A côté de la notification spontanée (la méthode universelle de base utilisée pour l'alerte en Pharmacovigilance), les méthodes classiques correspondent au recueil intensif, à l'application des études cas-témoin, de suivi de cohortes ou des essais cliniques à l'évaluation du risque médicamenteux. A partir d'exemples personnels, ce travail décrit et illustre aussi des méthodes plus récemment utilisées pour l'évaluation et la quantification des effets indésirables : études cas/non-cas, utilisation des signaux des laboratoires de biologie, croisement de fichiers indépendants avec utilisation du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) et études de perception du risque médicamenteux.



## Politique médicament

30122

FASCICULE

NGUYEN-KIM (L.), OR (Z.), PARIS (V.),  
SERMET (C.)

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

**Les politiques de prise en charge des médicaments en Allemagne, Angleterre et France.**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

2005/10 ; vol. : n° 99 : 6p.

Cote Irdes : QES 99

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum99.pdf>

Dans le cadre des recherches menées à l'IRDES

sur le médicament, cette étude compare les modes de régulation et le contenu du panier de médicaments pris en charge dans trois pays européens, la France, l'Allemagne et l'Angleterre. Elle s'inscrit dans le débat actuel autour de la prise en charge des spécialités pharmaceutiques à Service médical rendu insuffisant dont la Haute Autorité en Santé vient de suggérer le déremboursement. Les comparaisons des paniers de médicaments pris en charge reposent sur la liste des spécialités remboursables par l'Assurance maladie (liste positive) pour la France et sur des listes de médicaments non pris en charge par la collectivité (listes négatives) pour l'Allemagne et l'Angleterre. Les modalités de la régulation pharmaceutique dans ces trois pays sont décrites à partir d'une revue de la littérature enrichie de contacts institutionnels. Trois catégories de médicaments pour lesquels les pays ont adopté des stratégies différentes ont été étudiées : les benzodiazépines, les vasodilatateurs et les médicaments visant à améliorer la qualité de la vie (obésité, tabagisme...). ▲

30206

ARTICLE

PARIS (V.)

**Pharmaceutical regulation in France 1980-2003.**

*La régulation de l'industrie pharmaceutique en France 1980-2003.*

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT

2005 ; vol. 20 : n° : 307-328

Cote Irdes : R1616

This paper provides an overview of French pharmaceutical policy between 1980 and 2003, which was dominated by price control and management of the positive list during the 1980s, with new policy instruments being introduced in the 1990s. The development and diffusion of prescription guidelines has been used to promote more appropriate use of medicines, and some measures aimed at developing the generic market have been implemented. In parallel, attempts have been made to set expenditure caps for physicians prescriptions and for pharmaceutical companies turnover. This second option seems to be more durable and effective, although its effectiveness in controlling increases in pharmaceutical expenditure remains limited. Pharmaceutical regulation is now more transparent than it used to be, and the monitoring of prescriptions is steadily improving. However, some areas remain problematic, for example over-prescription of certain classes of medicines such as antibiotics and probably psycholeptics. ▲

30432

ARTICLE

AULOIS-GRIOT (M.), MAURAIN (C.)

**La politique conventionnelle, outil privilégié de la régulation des dépenses de biens de santé.**

DROIT SOCIAL

2005/11 ; vol. : n° 11 : 1027-1033

Cote Irdes : P109

Cet article fait une analyse de la politique de régulation des dépenses pharmaceutiques mise en place en France depuis les années 1986 : fixation des prix, évaluation du service médical rendu, accord-cadre... ▲

30713

ARTICLE

MOSSIALOS (E.), OLIVER (A.)

**An overview of pharmaceutical policy in four countries : France, Germany, the Netherlands and the United Kingdom.**

*Un aperçu de la politique des médicaments dans quatre pays : France, Allemagne, Pays-Bas et Royaume-Uni.*

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT

2005 ; vol. 20 : n° 4 : 291-306

Cote Irdes : A3397

The regulation of pharmaceutical markets is an important policy concern in many countries, and is generally undertaken with cost containment, efficiency, quality and equity objectives in mind. This article presents an overview of the demand-side and supply-side regulatory measures that have been introduced in four European countries, namely France, Germany, the Netherlands and the United Kingdom. More specifically, after considering some of the trends in pharmaceutical expenditure in these four countries over recent decades, the article considers the policies that have been introduced to influence patient demand, health care provider behaviour and the pharmaceutical industry. Since many of the policies are concurrently applied, it is difficult to assess the isolated impact of each, particularly because the effect of particular policies may often be country specific. However, it is clear that there is no overriding perfect solution to balancing the cost containment, efficiency, quality and equity objectives in pharmaceutical policy. No one policy or policy combination is right for all countries, and different countries will need to meet their own objectives through policy approaches that reflect their own particular environment. ▲

30774

ARTICLE

**L'année 2005 du médicament : la dérégulation s'accroît.**

REVUE PRESCRIRE

2006/02 ; vol. : n° 269 : 140-150

Cote Irdes : P80

Cet article fait un bilan d'un an de politique des médicaments en France, et souligne les imperfections du système. Les autorisations de mise sur le marché sont octroyées en dépit d'une évaluation souvent inadéquate ou insuffisante. La politique de pharmacovigilance reste frileuse et prend surtout en compte les intérêts des firmes pharmaceutiques influentes. Des dérives promotionnelles restent incontrôlées, voire cautionnées sous couvert d'information du public. Les nouvelles règles en matière de transparence des agences du médicament n'ont pas été appliquées en 2005. Les prix accordés aux nouveaux médicaments n'ont toujours pas de rapport avec les coûts de recherche et de développement, ni avec l'apport thérapeutique. ▲

31071

ARTICLE

**Politique du médicament : actualités.**

PHARMACEUTIQUES

2006/02 ; vol. : n° 134 : 7-35

Cote Irdes : c, P28



## Prescriptions

29882

ARTICLE

**Priorité à la DCI entre soignants et soignés.**

REVUE PRESCRIRE

2005/10 ; vol. : n° 265 : 706-708

Cote Irdes : P80

La dénomination commune internationale (DCI) est promue depuis longtemps par la revue Prescrire comme un outil au service du bon usage du médicament. Employée comme langage commun par les patients et les soignants, elle libère des pressions commerciales et redonne à chacun son rôle : le prescripteur peut se concentrer sur la prise en charge des patients le pharmacien sur l'adaptation et le suivi des traitements médicamenteux, et le patient sur l'utilisation bien comprise des médicaments qu'il connaît mieux. A partir du mois d'octobre 2005, le Collectif Europe et médicament organise une campagne sur la DCI auprès du public, pour juguler les effets de la publicité directe qui se développe en France, en dépit de son interdiction légale. ▲

30500

FASCICULE

***Eviter l'évitable : tirer parti des erreurs pour mieux soigner.***

REVUE PRESCRIRE

2005/12 ; vol. : n° 267 : 681-944

Cote Irdes : P80

Ce supplément est entièrement consacré à la prévention active des erreurs liées aux soins. Il n'est ni une approche juridique de la responsabilité médicale, ni un précis de médecine défensive. Il comporte quatre parties. La première partie " en parler sans peur " a pour objet de présenter le vocabulaire et les notions de base pour un débat libre. La deuxième partie " l'étendue des dégâts " dresse l'état des conséquences des erreurs en recensant les éléments disponibles sur les effets indésirables évitables des soins. La troisième partie " la valeur pédagogique de l'erreur " présente différents types d'erreurs liées aux soins. La quatrième partie " pistes pour éviter l'inévitable ", rassemble des orientations en matière de gestion des risques d'erreurs, ainsi que de propositions d'action en vue de leur prévention. La plupart des textes sont tirés de la revue Prescrire. Quelques-uns sont inédits.



## Essais cliniques

30501

ARTICLE

*GRIBEAUVAL (J.P.)*

***Essais cliniques : de nouvelles règles pour la protection des personnes.***

REVUE PRESCRIRE

2005/12 ; vol. : n° 267 : 858-863

Cote Irdes : P80

L'intérêt pour la collectivité des recherches biomédicales, notamment des essais cliniques sur les médicaments, peut se trouver en concurrence avec l'intérêt des individus qui se présentent à ces recherches aux résultats incertains. Depuis 1988, la loi Huriet-Sérusclat définissait en France les règles de protection des personnes en se prêtant à des recherches biomédicales. En 2004, cette loi a été modifiée pour prendre en compte une directive européenne sur les essais cliniques sur les médicaments datant de 2001. La loi ne fait plus de distinction entre recherches avec ou sans bénéfice individuel direct. Les recherches biomédicales sont subordonnées à une autorisation préalable des autorités publiques. La notion de consentement éclairé demeure le socle de la protection des personnes. Elle a cependant été aménagée pour permettre ou fa-

ciliter les recherches en cas d'urgence, chez les mineurs et chez les incapables. Une base de données des essais doit être créée, et accessible aux associations de malades et d'usagers de la santé, sauf exception.



## Réglementation

30444

ARTICLE

*CHALTIEL (F.)*

***La libre circulation des médicaments : développements récents : droit de la santé.***

PETITES AFFICHES : LE QUOTIDIEN JURIDIQUE

2005/10/27 ; vol. 394 : n° 214 : 11-18

Cote Irdes : B5157

Le médicament n'est pas une marchandise comme les autres. Aussi, s'il s'inscrit dans le cadre de la libre circulation des marchandises, il est régi par des exigences spécifiques. La conciliation de plusieurs impératifs demeure encore largement perfectible. Cet article fait le point sur le sujet en abordant droit communautaire et droit français.



## Stratégies des firmes

30503

ARTICLE

***Faut-il avoir peur des médicaments ? Liens nocifs entre experts et laboratoires.***

SCIENCES ET AVENIR

2005/12 ; vol. : n° 298 : 50-60

Cote Irdes : B5187

La saga du Vioxx, un anti-inflammatoire, qui aurait entraîné la mort de milliers de personnes, a remis en question le rôle des experts chargés d'évaluer les médicaments. Au centre des débats : leur indépendance. Qui sont-ils ? Quel est leur rôle auprès des laboratoires ? Leurs évaluations sont-elles fiables ? Cet article tente une contre-expertise.



## TECHNOLOGIES MÉDICALES

### Informatique médicale

30311

ARTICLE

DE VOS BOLAY (P.)

**Le réseau communautaire d'informatique médicale "e-toile".**

Recherche, technologies de l'information et de la communication.

34e congrès de la Fédération internationale des hôpitaux : IHF. : Nice. FRA, 2005/09/20-22

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2005/07-08 ; vol. : n° 505 : 71-73

Cote Irdes : C, P22

Dès l'apparition des grands ordinateurs, trônant fièrement dans les "maisons de verre" et permettant à chacun de se convaincre, à leur simple vue, de leur puissance, les responsables d'informatique médicale et industriels de l'informatique ont défendu la nécessité du développement d'un dossier médical informatisé. Si les grands sites hospitaliers ont pu, grâce à des moyens plus importants à leur disposition, investir dans la construction de systèmes complexes, les hôpitaux de moindre envergure, tout comme les regroupements médicaux et autres structures de taille plus modeste, doivent attendre que le marché propose des solutions à des coûts abordables, ou acquis des produits répondant à des besoins isolés ou spécifiques. La société de l'information est une réalité récente. ▲

30763

FASCICULE

FAVEREAU (E.), ABENHAIM (L.),  
LAMOUREUX (P.), LAUDE (A.), MERCIER (S.),  
THONNET (M.), SILBER (D.), VIAL (A.)

**Information et santé : dossier.**

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2006/01 ; vol. : n° 9 : 21-91

Cote Irdes : P168

La société de l'information submerge le système de santé. Les digues édifiées sur le secret médical et le colloque singulier menacent de céder sous le déferlement de l'information sanitaire. L'e-santé est un des moteurs du développement d'internet, la presse santé envahit les kiosques, l'informatisation des dossiers médicaux se généralise dans de nombreux pays. L'évolution se fait non sans mal : la carte vitale a mis douze ans à s'imposer, l'accès direct au dossier médical date de 2002. Séve souhaite, dans ce numéro, ap-

porter sa contribution à l'indispensable analyse critique des enjeux et des effets de la transformation qui s'accomplit depuis plusieurs années. La société d'Hippocrate pourra-t-elle cohabiter avec la société de l'information.

## SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

### Allemagne

29883

ARTICLE

**Réforme allemande du système de santé : les premiers résultats.**

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO : FICHE

2005 ; vol. : n° 511 : 9p.

Cote Irdes : P72

Cette fiche publie la synthèse de travaux publiés par la Commission des comptes de la Sécurité sociale sur la réforme du système de santé allemand dans ses rapports de janvier 2004 et septembre 2005. ▲

30402

ARTICLE

GREINER (W.)

**Health economics evaluation of disease management programs : the German example.**

*L'évaluation économique des programmes de disease management : l'exemple de l'Allemagne.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2005/09 ; vol. 6 : n° 3 : 191-195

Cote Irdes : P151

Disease management has become an important element in the improvement of care for persons with chronic illnesses and has become embedded in the health political discussion over recent years. Quite different approaches have been introduced in different countries throughout the world. Accredited disease management programs have been part of the risk structure compensation scheme of the German statutory health insurance since 1 January 2003. This is seen as the first step towards morbidity orientation in the risk structure compensation. DMP's

must be evaluated according to German social law, especially as to whether the objectives of the programs and the criteria for inclusion of the patients have been met and the quality of care for the patients has been insured. The present study focuses on the perspective of the health insurance funds as information about indirect costs is not covered. It discusses the methods of evaluation. ▲

30420

ARTICLE

BUSSE (R.), STARGARDT (T.), SCHREYOGG (J.)

**Determining the Health benefit basket of the Statutory Health Insurance Scheme in Germany : methodologies and criteria.**

*Comment déterminer le panier de biens et services remboursés du Régime général d'assurance maladie allemand : méthodes et critères.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2005/12 ; vol. 6 : n° : S30-S36

Cote Irdes : P151

The issue of defining health benefit catalogues has recently gained new importance in Germany as a result of the creation of the new Institute for Quality and Efficiency. The Institute was designed to support the Federal Joint Committee conducting effectiveness studies for benefit coverage decisions. The Committee and the contractual partners (sickness funds and providers) define the benefit catalogues for the Statutory Health Insurance in the framework of Social Code Book V, Germany's most relevant health care scheme. Unlike other countries, the German federal government limits its regulatory role to defining procedures that determine the scope of Statutory Health Insurance services. The explicitness of the benefit catalogues varies greatly between different sectors. While benefits in outpatient care are rather explicitly defined, benefit definitions for inpatient care are vague. It is argued that the establishment of the new Institute and the development of the DRG system are initial steps towards a more effective and explicit benefit catalogue. ▲

30714

ARTICLE

BUSSE (R.), SCHREYOGG (J.), HEINKE (K.D.)

**Regulation of pharmaceutical markets in Germany : improving efficiency and controlling expenditures ?**

*Régulation du marché des médicaments en*

*Allemagne : vers une amélioration de l'efficience et du contrôle des dépenses ?*

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT

2005 ; vol. 20 : n° 4 : 329-349

Cote Irdes : A3397

Rising pharmaceutical expenditure has become a major concern for policy makers in Germany over recent years. Therefore, the pharmaceutical market has been increasingly targeted by different kinds of regulation, focussing on both the supply and the demand side, using price, volume and spending controls. Specific regulations include price reductions, reference pricing, pharmacy rebates for sickness funds, increasing co-payments, an aut-idem substitution, parallel imports, a negative list, directives, and finally, spending caps for pharmaceutical expenditure per physicians' association. Although it is difficult to attribute certain effects to single measures, some measures like reference pricing and physician spending caps are more effective and long-lasting than others. In spite of being opposed by physicians, the spending caps applied between 1993 and 2001 have limited pharmaceutical expenditure for an entire decade. However, while some measures do effectively control expenditures, their effect on allocative efficiency may be detrimental.



## Belgique

30780

ARTICLE

ENGLERT (M.), FESTJENS (M.J.), LOPEZ-NOVELLA (M.)

**L'évolution à long terme des dépenses de soins de santé.**

REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE

2005 ; vol. 47 : n° 2 : 177-201

Cote Irdes : P196

La présente analyse porte sur l'évolution à long terme des dépenses de soins en Belgique envisagée dans un cadre méthodologique précis. Ce cadre est celui dans lequel sont effectuées en Belgique et à l'étranger les évaluations relatives aux conséquences budgétaires du vieillissement. Plus précisément, l'exercice prospectif présenté ci-après a été réalisé par le BfP début 2005 à l'intention du Comité d'étude sur le vieillissement et publié dans l'édition du rapport du Comité.

## Canada

30990

ARTICLE

BASU (K.), GUPTA (A.)

**Un modèle prévisionnel de l'offre et de la demande de médecins dans la province canadienne de la Nouvelle-Écosse.**

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES

2005/04-09 ; vol. 45 : n° 2-3 : 255-286, graph., ann.

Cote Irdes : C, P14

Cet article présente un modèle prévisionnel qui projette la demande et l'offre de médecins équivalents temps plein en Nouvelle-Écosse jusqu'en 2020 dans trois spécialités : omnipraticiens, médecins spécialistes et chirurgiens. Le modèle permet de procéder à une analyse d'écart et à une évaluation des diverses options stratégiques conçues pour combler ces écarts. Ce modèle permet de simuler des modifications aux politiques relatives à l'offre (par exemple plus de DIM, report des départs à la retraite) et peut également refléter les modifications à la demande (par exemple un traitement curatif de la leucémie, diverses intensités de travail de la part des médecins).

## Danemark

30417

ARTICLE

BILDE (L.), ANKJAER-JENSEN (A.),  
DANNESKIOLD-SAMSAE (B.)

**The Health benefit basket in Denmark.**

*Le panier de biens et services remboursés au Danemark.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2005/12 ; vol. 6 : n° : S11-S17

Cote Irdes : P151

Until 2007, when the new legislation on health care becomes effective, the right to receive free health care services in Denmark, or health benefits, are described in a comprehensive set of legislation, including laws, executive orders and legal guidelines. This contribution provides an overview of the current main legislation regulating the Danish "health benefit basket" and describes the regulatory mechanisms for the provision of curative care at Danish hospitals and primary health care offices. Although the services are both financed and planned by the counties, they differ substantially in the way that benefits are regulated.

## Espagne

30427

ARTICLE

PLANAS-MIRET (I.), TUR-PRATS (A.), PUIG-JUNOY (J.)

**Spanish health benefits for services of curative care.**

*Le panier de soins et biens remboursés pour les soins curatifs en Espagne.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2005/12 ; vol. 6 : n° : S66-S72

Cote Irdes : P151

This contribution presents entitlements and benefits, decision criteria, and involved actors for services of curative care in Spain. It describes basic benefits included in the category of curative care defined by the central government and any additional benefits that some autonomous communities (ACs) have included to enlarge their own basket. It is concluded that there is no specific and explicit benefit catalogue. As no user charges exist for this category, waiting times serve as the main cost containment tool. There is a need for further legislation, as inequalities may increase across the territory as a matter of fact. Inequalities in access to health care resources between ACs are not due to differences in health baskets but mainly to the availability of technologies.

## Etats-Unis

31072

ARTICLE

BADEY (F.)

**Medicaid : New-York accusé de gabegie.**

PHARMACEUTIQUES

2006/02 ; vol. : n° 134 : 43-45

Cote Irdes : c, P28

## Europe

30510

FASCICULE

BLANCHET (D.), DEBRAND (T.)

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

**Aspirations à la retraite, santé et satisfaction au travail : une comparaison européenne.**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

2005/12 ; vol. : n° 103 : 4p.

Cote Irdes : QES 103

<http://www.irdes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum103.pdf>

L'enquête SHARE (Survey on Health Ageing and Retirement in Europe) est une opération internationale et multidisciplinaire lancée en 2002, conduite par un réseau européen coordonné par l'Institut de recherches en économie du vieillissement (MEA) de l'Université de Mannheim. Il s'agit de la première vague de ce qui devrait devenir un Panel européen axé sur les questions sanitaires et socio-économiques liées au vieillissement. L'enquête de 2004 a porté sur 10 pays européens : l'Allemagne, l'Autriche, le Danemark, l'Espagne, la France, la Grèce, l'Italie, les Pays-Bas, la Suède et la Suisse. Les questions posées, identiques dans tous les pays, portent sur l'état de santé, les consommations médicales, le statut socio-économique, les conditions de vie. L'enquête française de 2004 a été assurée par l'INSEE et coordonnée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). Cette étude fait l'objet d'une publication simultanée par l'INSEE dans Insee Première, n°1052.



## Europe de l'Est

30992

ARTICLE

REAMY (J.), LOVKYTE (L.), PADAIGA (Z.)

**Physician workforce planning and the transition to primary health care in former socialist countries.**

*La planification de la profession médicale et la transition vers les soins de santé primaire dans les pays ex-socialistes.*

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES

2005/04-09 ; vol. 45 : n° 2-3 : 307-326, tabl., stat.

Cote Irdes : C, P14

Durant la période soviétique, la plupart des pays de l'Europe de l'Est avaient un corps médical numériquement trop important, surspécialisé et centré sur le travail hospitalier. De ce fait, les soins de santé primaires étaient négligés, les praticiens étant peu ou pas formés dans cette discipline. Avec l'indépendance, des efforts ont été déployés pour créer des programmes de formation en médecine de famille et aussi pour réorienter les spécialistes pléthoriques vers cette discipline. Une décennie après la proclamation de l'indépendance, on ne peut pas dire que ces pays aient atteint le niveau adéquat de médicalisation avec une composition adéquate du corps des praticiens et une répartition appropriée de ceux-ci.



## Hongrie

30422

ARTICLE

GAAL (P.)

**Benefits and entitlements in the Hungarian health care system.**

*Allocation et droit aux prestations dans le système de santé hongrois.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2005/12 ; vol. 6 : n° : S37-S45

Cote Irdes : P151

This contribution considers entitlements and benefits in the Hungarian health care system. After a brief introduction to the organizational structure of the system the decision-making processes are discussed in detail, including the most important actors, types and pieces of legislation, formal structures, decision-making criteria, and outputs in terms of benefit catalogues. Within the two main public financing systems (social insurance and tax-funded services) there are four types of regulatory regimes: (a) traditional political decision making, (b) price negotiations, (c) updating of classification systems for payment purposes, and (d) the procedure for the inclusion of registered medicines in the scope of the social health insurance system. As an example we discuss the benefit regulations and benefit catalogues in the category of services of curative care (HC.1) of the OECD classification of health services.



## Irlande

30410

ARTICLE

TILSON (L.), BENNETT (K.), BARRY (M.)

**The potential impact of implementing a system of generic substitution on the community drug schemes in Ireland.**

*L'impact potentiel de la mise en place d'un système de substitution par un produit générique dans le régime communautaire des médicaments en Irlande.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2005/09 ; vol. 6 : n° 3 : 267-273

Cote Irdes : P151

This study estimated the potential savings in Ireland in 2003 if a system of generic substitution were introduced, under the two main Community Drug Schemes (General Medical Services, GMS, and Drugs Payment, DP). The GMS and

DP schemes accounted for 82% of state expenditure on the Community Drug Schemes in 2003. Twenty one per cent of prescription items on the GMS scheme and 23% of items on the DP scheme were dispensed as a proprietary preparation when a generic equivalent was available. Substitution of the cheapest generic equivalent preparations of the top 30 drugs by expenditure in each scheme would result in estimated annual savings of <euro>12.7 million on the GMS and <euro>9.1 million on the DP scheme. Potential savings if the most expensive generic drugs were dispensed would be in the region of <euro>9.0 million on the GMS and <euro>6.4 million on the DP scheme. Comparison of these results with a similar analysis of 2001 data illustrates the potential for an increase in savings over time.

## Italie

30424

ARTICLE

TORBICA (A.), FATTORE (G.)

**The essential levels of care in Italy : when being explicit serves the devolution of powers.**

*Les niveaux essentiels de soins en Italie : quand rendre les choses explicites sert la dévolution des pouvoirs.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2005/12 ; vol. 6 : n° : S46-S52

Cote Irdes : P151

The definition of an explicit health benefit package in Italy has gained importance because of devolution of powers from the national level to the regions. The set of services to be guaranteed by the public sector are defined at national level, while regions are accountable for their provision. This contribution discusses the entitlements and the decision criteria adopted by Italian policy-making bodies. Entitlements to services are clearly defined for few sectors (mainly outpatient specialist care) ; for hospital care the benefit catalogue is vague. The definition of the health benefit package in Italy is an essential element of the relationship between the central government and the regions. It is argued that adequate monitoring systems and accountability procedures are still needed to make the essential levels of care an effective pivotal element of the Italian National Health Service.

## Monde

30888

ARTICLE

PETERSEN (P.-E.), BOURGEOIS (D.), OGAWA (H.), ESTUPINAN-DAY (S.) :

USA. Who Regional Office for the Americas. Oral Health Programme. Washington. DC.,  
NDIAYE (C.) :

**COG. Who Regional Office for Africa. Oral Health Programme. Brazzaville.**

*Who Global Oral Health Programme. Department for Chronic Disease and Health Promotion. Geneva. CHE*

The global burden of oral diseases and risks to oral health.

Charge mondiale de morbidité et risques dans le domaine bucco-dentaire.

BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION

2005 ; vol. 83 : n° 9 : 661-669

Cote Irdes : C, P93

Le présent article décrit la charge d'affections bucco-dentaires dans le monde et l'influence des principaux facteurs de risque socio-comportementaux sur la santé bucco-dentaire. Malgré des améliorations considérables de la santé bucco-dentaire des populations de plusieurs pays, des problèmes persistent encore au niveau mondial. La charge d'affections bucco-dentaires pèse particulièrement sur les groupes de population pauvres et défavorisés dans les pays en développement, comme dans les pays développés. Des pathologies bucco-dentaires telles que les caries, la parodontolyse, la perte dentaire, les lésions oromucosiques et les cancers oro-pharyngés, les affections bucco-dentaires liées au VIH/SIDA et les traumatismes bucco-dentaires représentent des problèmes de santé publique majeurs dans le monde entier et une mauvaise santé bucco-dentaire a des répercussions profondes sur la santé et la qualité de vie en général. La diversité des schémas pathologiques bucco-dentaires et des tendances évolutives selon les pays et les régions reflète des profils de risques distincts et la mise en place de programmes de santé buccodentaire préventifs. Un grand nombre d'enquêtes socio-épidémiologiques ont mis en évidence l'influence conséquente des facteurs socio-comportementaux et environnementaux sur la santé. En dehors des conditions de vie défavorables, les principaux facteurs de risque sont la pratique d'un mode de vie nuisible à la santé (à savoir mauvaise alimentation ou hygiène buccale déficiente et consommation de tabac ou d'alcool) et une disponibilité et une accessibilité insuffisantes des services de

soins bucco-dentaires. Il existe des liens entre plusieurs affections bucco-dentaires et des pathologies chroniques non transmissibles en raison principalement de facteurs de risque communs. En outre, les pathologies générales (comme les diabètes ou le VIH/SIDA par exemple) présentent souvent des manifestations orales. Il est urgent de renforcer les programmes de santé publique dans l'ensemble du monde à travers la mise en oeuvre de mesures efficaces de prévention des pathologies et de promotion de la santé dans le domaine bucco-dentaire. L'amélioration de la santé bucco-dentaire constituera une mission particulièrement ardue dans les pays en développement.▲

30889

ARTICLE

KWAN (S. YI) :

GBR. Dental Public Health. Leeds Dental Institute. Clarendon Way. Leeds England.,

PETERSEN (P.-E.) :

CHE. Oral Health Programme. World Health Organization. Geneva.,

PINE (C.-M.) :

GBR. Department of Clinical Dental Sciences. School of Dentistry. University of Liverpool. England.,

BORUTTA (A.) :

DEU. Department of Preventive Dentistry. Dental School of Erfurt. Friedrich-Schiller University of Jena.

**Health-promoting schools : an opportunity for oral health promotion.**

*Promotion de la santé dans les écoles : une opportunité de promouvoir la santé bucco-dentaire.*

BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION

2005 ; vol. 83 : n° 9 : 677-685

Cote Irdes : C, P93

Les écoles offrent un cadre important pour la promotion de la santé, dans la mesure où elles permettent de toucher plus d'un milliard d'enfants dans le monde et, à travers eux, le personnel enseignant, les familles et la communauté dans son ensemble. Il est possible de renforcer les messages de promotion de la santé à mesure que les enfants traversent les stades les plus influençables de la vie, ce qui les conduit à développer des attitudes et des compétences qu'ils conserveront durant toute leur existence. Une mauvaise santé bucco-dentaire peut être préjudiciable pour la qualité de vie, les performances scolaires et la réussite ultérieure des enfants. Le présent article examine les besoins mondiaux en matière de promotion de la santé bucco-dentaire

à travers les établissements scolaires. Il présente l'Initiative mondiale pour la santé à l'école de l'OMS et les possibilités de mettre sur pied des programmes de santé bucco-dentaire dans les établissements scolaires à l'aide du cadre de promotion de la santé à l'école. Il met en lumière les difficultés rencontrées par la promotion de la santé bucco-dentaire à l'école dans les pays développés, comme dans ceux en développement. Il souligne l'importance d'utiliser un cadre validé et des méthodes appropriées pour évaluer les projets de promotion de la santé bucco-dentaire en milieu scolaire.▲

30890

ARTICLE

PETERSEN (P.-E.), BOURGEOIS (D.),

BRATTHALL (D.) :

SWE. Who Collaborating Centre for Education. Training and Research. Malmö.,

OGAWA (H.)

World Health Organization. Department of Chronic Disease and Health Promotion. Global Oral Health Programme. Geneva. CHE

**Oral health information systems : towards measuring progress in oral health promotion and disease prevention.**

*Mesures des progrès réalisés dans la promotion de la santé et la prévention des affections dans le domaine bucco-dentaire grâce aux systèmes d'information sur la santé bucco-dentaire.*

BULLETIN OF THE WORLD HEALTH ORGANIZATION

2005 ; vol. 83 : n° 9 : 686-693

Cote Irdes : C, P93

Le présent article décrit les composantes essentielles des systèmes d'information sur la santé bucco-dentaire destinés à analyser les tendances suivies par les affections bucco-dentaires et à évaluer les programmes de santé bucco-dentaire aux niveaux national, régional et mondial. La méthodologie standard pour la collecte des données épidémiologiques sur la santé bucco-dentaire a été conçue par l'OMS. Elle est utilisée par divers pays à travers le monde pour la surveillance des affections et de la santé bucco-dentaires. Des banques de données mondiales, régionales et nationales sur la santé bucco-dentaire ont mis en lumière la diversité d'expression des affections de la bouche et de la denture, qui reflète principalement la variabilité des profils de risque et la mise en oeuvre de programmes de santé bucco-dentaire orientés vers la prévention des affections et la promotion de la santé dans le domaine bucco-dentaire. Le programme OMS sur le profil de la santé bucco-dentaire par pays/région fournit des données sur la santé bucco-



dentaire en provenance de ces pays, ainsi que des retours d'expérience du programme et des idées à l'intention des professionnels du domaine bucco-dentaire, des décideurs politiques, des planificateurs en matière de santé, des chercheurs et de la population générale. L'OMS a mis sur pied des banques de données à l'échelle mondiale et régionale, destinées à la surveillance de la santé bucco-dentaire, et des projets internationaux ont donné lieu à la définition d'indicateurs de ce paramètre sanitaire, utilisables par les systèmes d'information sur la santé bucco-dentaire pour évaluer la qualité des soins et des systèmes de surveillance dans ce domaine. Des systèmes modernes d'information sur la santé bucco-dentaire sont en cours de mise au point dans le cadre de l'approche par étapes (STEPS) de l'OMS de la surveillance des maladies chroniques non transmissibles et les informations stockées dans l'Infobase mondiale OMS pourraient permettre d'étudier des systèmes sanitaires avancés. Des connaissances solides sur les progrès réalisés dans la prévention des affections bucco-dentaires et chroniques et dans la promotion de la santé pourraient aider les pays à mettre en oeuvre des programmes efficaces de santé publique, bénéficiant aux groupes de population pauvre et défavorisés du monde entier.

## Pays-Bas

30425  
ARTICLE  
*STOLK (E.A.), RUTTEN (F.F.H.)*  
**The Health benefit basket in the Netherlands.**  
*Le panier de biens et services remboursés aux Pays-Bas.*  
EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)  
2005/12 ; vol. 6 : n° : S53-S57  
Cote Irdes : P151  
This contribution presents entitlements and benefits, decision criteria, and involved actors for services of curative care in The Netherlands. It describes basic benefits included in the category of curative care defined by the central government and any additional benefits that some autonomous communities (ACs) have included to enlarge their own basket. It is concluded that there is no specific and explicit benefit catalogue. As no user charges exist for this category, waiting times serve as the main cost containment tool. There is a need for further legislation, as inequalities may increase across the territory as a matter of fact. Inequalities in access to health care

resources between ACs are not due to differences in health baskets but mainly to the availability of technologies.▲

30715  
ARTICLE  
*DE WOLF (P.), BROUWER (W.B.F.), RUTTEN (F.F.H.)*  
**Regulating the Dutch pharmaceutical market : improving efficiency or controlling costs ?**  
*Régulation du marché des médicaments aux Pays-Bas : comment améliorer l'efficacité ou contrôler les dépenses ?*  
INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT  
2005 ; vol. 20 : n° 4 : 351-374  
Cote Irdes : A3397

In this paper, we describe the Dutch pharmaceutical market, which is heavily regulated by the government. Through the regulation of prices and promoting prudent use, the Dutch government tries to bring down the cost of pharmaceuticals, which increases every year at a higher rate than total health care expenditure. The complex system of regulation, especially aimed at cost containment, is not very effective, particularly with respect to controlling outpatient pharmaceutical expenditure. Moreover, the system has few incentives towards efficiency. Though the market share of generic pharmaceuticals is rapidly growing, pharmaceutical expenditure has not decreased accordingly. The discounts offered by wholesalers of generic products to pharmacists produce private rather than societal gains from generic prescriptions. Dismantling the current regulatory system, boosting competition and efficiency with insurers in a leading role, seems to be the way forward.

## Pays industrialisés

30101  
FASCICULE  
Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA  
**L'OCDE en chiffres. Statistiques sur les pays membres. Edition 2005.**  
OBSERVATEUR DE L'OCDE (L')  
2005/07 ; vol. : n° : 92p., tabl., graph.  
Cote Irdes : P39  
<http://213.253.134.29/oecd/pdfs/browseit/0105062E.PDF>  
L'édition 2005 de l'OCDE en chiffres contient les chiffres-clés des pays de l'OCDE avec un éven-



tail de données essentielles sur la croissance économique, l'emploi, l'éducation ou encore les migrations internationales. Ce document comporte des tableaux qui fournissent des données comparables sur l'environnement, la science ou la fiscalité, ainsi qu'une sélection de graphiques concernant le PIB, l'éducation, les systèmes de santé, l'aide au développement ou l'énergie renouvelable.▲

30405

ARTICLE

*BHAT (V.N.)*

***Institutional arrangements and efficiency of health care delivery systems.***

*Les arrangements institutionnels et l'efficacité des systèmes de soins.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2005/09 ; vol. 6 : n° 3 : 215-221

Cote Irdes : P151

This study examined the efficiency of health care delivery systems in 24 OECD countries. Practicing physicians, practicing nurses, inpatient beds, and pharmaceuticals were considered as inputs to treat populations of various age groups. Data envelopment analysis (DEA) was utilized to calculate efficiency. We also calculated input efficiency that should be helpful in determining excess number of physicians, nurses, inpatient beds, and pharmaceuticals consumed. Institutional arrangements affect efficiency: public-contract and public-integrated countries are more efficient than public-reimbursement countries. Countries in which physicians are paid in wages and salaries and countries with capitation have higher efficiency than fee-for-service countries. Countries in which a primary care physician acts as a gatekeeper are also more efficient than countries without gatekeepers.▲

30406

ARTICLE

*POLDER (J.J.), MEERDING (W.), BONNEUX (L.), VAN DER MAAS (P.)*

***A cross-national perspective on cost of illness : a comparison of studies from the Netherlands, Australia, Canada, Germany, United Kingdom and Sweden.***

*Une perspective multi-nationale sur le coût des maladies : une comparaison des études en provenance des pays-Bas, de l'Allemagne, du Royaume-Uni et de la Suède.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2005/09 ; vol. 6 : n° 3 : 223-232

Cote Irdes : P151

All Western health systems are in search of efficiency. Cost of illness (COI) studies can contribute to the efficiency debate by elucidating the relation between health expenditure and health status and population demography. Since the purpose of COI data being summarized in the OECD Health Data publications is to facilitate cross-national comparisons, it is important to assess the comparability. We compared COI data from six countries at macrolevel of total health expenditure and disaggregated the data from four countries to sectors such as hospitals, drugs, health professionals, and residential care. Although the distribution of health expenditure over major diseases showed similar patterns in all countries, overall comparability was bad. We conclude that the current scope of COI studies is bound to national levels because health care systems dominate the magnitude and distribution of health expenditure. Cross-national comparisons may be possible if data and methods are standardized, and COI estimates are made for a common comparable package.▲

30968

ARTICLE

*LE FAOU (A.L.), SCEMAMA (O.)*

***Comparaison des systèmes de couverture assurantielle des traitements pharmacologiques d'aide au sevrage tabagique dans cinq pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques.***

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2005/11 ; vol. 53 : n° 5 : 535-548, tabl.

Cote Irdes : C, P11

Les programmes d'aide à l'arrêt du tabac ont été jugés scientifiquement coût-efficaces par rapport aux autres interventions préventives, tant pour les pharmacothérapies que pour les thérapies comportementales. La couverture assurantielle de ces traitements d'aide au sevrage tabagique pourrait abaisser les barrières financières limitant l'accès à ces thérapies. L'objectif de cet article est de comparer les systèmes de couverture assurantielle des traitements pharmacologiques d'aide au sevrage tabagique dans cinq pays : Australie, Québec, États-Unis, Nouvelle-Zélande et Royaume-Uni.

## Pologne

30426

ARTICLE

KOZIERKIEWICZ (A.), TRABKA (W.),  
ROMASZEWSKI (A.)

### **Definition of the Health benefit basket in Poland.**

*Définition du panier de biens et services remboursés en Pologne.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2005/12 ; vol. 6 : n° : S58-S65

Cote Irdes : P151

The subject of health benefit basket has been hotly debated for years among the Polish public, but until recently the debate has tended to be largely theoretical and abstract and therefore has lacked an effect on public policy. The situation changed in 2004, for two reasons: first the verdict of the Constitutional Tribunal invalidating the existing health insurance law and, second, Poland's accession to the European Union. The first problem was solved in part by defining a list of specific exclusions in the law and a promise to establish an institution for health technology assessment. The second issue remains open, although to some extent it is being dealt with legally by regulations issued from the Ministry of Health on acceptable waiting times for health services.

## Québec

29757

ARTICLE

CLARKSON (M.)

### **La santé des immigrants récents au Québec : une intégration à adapter et à parfaire.**

#### **Immigration et intégration.**

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS  
2005/07 ; vol. : n° 1 : 121-128, 1 tabl.

Cote Irdes : P174

L'auteur de cet article analyse les données de l'enquête, réalisée en 1998-1999 auprès de quatre groupes d'immigrants récents au Québec, qui visait à décrire leur état de santé et leur pratique de recours aux services de santé.

## Royaume-Uni

29643

ARTICLE

CHEVREUL (K.)

### **Priorités de santé publique et gouvernance par programmes au Royaume-Uni.**

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2005/03 ; vol. : n° 50 : 52-55

Cote Irdes : C, R1602, P49

Actuellement, un nombre défini de programmes nationaux oriente la réforme des services de soins anglais. Cet article détaille les priorités et les objectifs, la mise en oeuvre, les résultats et les évolutions de ces programmes.▲

30418

ARTICLE

MASSON (A.)

### **Does the English NHS have a Health benefit basket ?**

*Le NHS anglais a-t-il un panier de biens et services remboursés ?*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2005/12 ; vol. 6 : n° : S20-S23

Cote Irdes : P151

A health benefit basket is a range of publicly entitled health-related goods and services. Primary legislation ensures the provision of broad categories of healthcare, but this provision is subject to political discretion. Case law has established that healthcare organisations may not operate a blanket ban for particular services. This means that the English health basket currently has very few specific services explicitly included or excluded. Regulation may, however, be important in determining citizens' rights. With reference to services of curative care, this paper explores whether the NHS is moving towards a more explicit definition of a health basket.▲

30566

ARTICLE

JOIN-LAMBERT (O.)

### **L'expérience britannique de lutte contre la pauvreté.**

CHRONIQUE INTERNATIONALE DE L'IRES

2005/07 ; vol. : n° 95 : 42-50

Cote Irdes : P177

Le récent rapport sur la pauvreté des familles rendu le 21 avril 2005 par Martin Hirsch, président d'Emmaüs, met en exergue l'expérience britannique mis en oeuvre par Tony Blair depuis

1998 pour lutter contre la pauvreté des enfants. Après une présentation des caractéristiques des enfants pauvres au Royaume-Uni, cet article fait une analyse du plan de lutte anglais contre la pauvreté : augmentation des allocations, construction d'indicateurs, évaluation des résultats obtenus.▲

30716

ARTICLE

WALLEY (T.), MRAZEK (M.), MOSSIALOS (E.)

**Regulating pharmaceutical markets : improving efficiency or controlling costs in the UK ?**

*Régulation du marché des médicaments : vers une amélioration de l'efficacité ou du contrôle des coûts au Royaume-Uni ?*

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT

2005; vol. 20; n° 3 : 375-398

Cote Irdes : A3397

UK government policy on pharmaceuticals is broadly integrated across the whole of health care policy. In the early 1990s, cost containment was emphasized, through budget holding by doctors to ensure clinical acceptability. From 2000 onwards, increased government funding for the NHS has allowed expansion of services and prescribing in areas of public health importance, but has been coupled with increased accountability and ambitious targets for the process of care and health outcomes. Standards for care are set in national guidelines including those from the National Institute for Clinical Excellence (NICE). NICE recommends or rejects new technologies to the NHS for their clinical value and cost effectiveness. Although following its advice is mandatory, evidence so far suggests that it has been only partly successful at improving services and eliminating variations. GP prescribing is monitored by Primary Care Organisations (PCO) which also hold the medicines budget. They may provide incentives to GPs for meeting targets in quality or expenditure. The UK government regulates the prices of generics but not of branded medicines; instead it regulates the profitability of the pharmaceutical industry. This arrangement seems to have been successful both at maintaining a major employer and export earner, and in limiting high drug expenditure.▲

30995

ARTICLE

CASTEL (D.)

**Dossier médical du patient : l'expérience britannique. Modalités et coûts de mise en oeuvre.**

CONCOURS MEDICAL

2005/09/14 ; vol. 127 : n° 26 : 1437-1440

Cote Irdes : C, P19

Malgré des moyens financiers considérables, le dossier médical personnel n'est pas encore totalement généralisé au Royaume-Uni. Mais il est utilisé "en routine" depuis 2002. Son contenu a pris forme peu à peu.



## Suède

30411

ARTICLE

ANELL (A.), PERSSON (U.)

**Reimbursement and clinical guidance for pharmaceuticals in Sweden : do health-economic evaluations support decision-making ?**

*Remboursement et recommandations cliniques relatifs aux médicaments en Suède : les évaluations économiques sont-elles un outil d'aide à la décision ?*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2005/09 ; vol. 6 : n° 3 : 274-280

Cote Irdes : P151

Introduction of the new Pharmaceutical Benefits Board (LFN; 1 October 2002) has markedly changed the principles of pricing and reimbursement of drugs in Sweden. The Board is required to make decisions based on information on cost-effectiveness, and pharmaceutical companies must submit economic evaluations when relevant as part of their applications for reimbursement. This study examined experience to date regarding the use of health-economic evaluations and cost-effectiveness information by the LFN. We also describe activities and the use of cost-effectiveness analysis by Swedish local formulary committees organized by the 21 county councils. It is concluded that economic evaluations have supported decision making by LFN, although cost-effectiveness seems to be of varying importance in different situations. While the use of health-economic evaluations and the outcome of decision making by LFN are similar to comparable committees in other countries, there is presently a gap in this sense between the LFN and Swedish local formulary committees. Coordinated decision making is much needed but may be difficult to implement as the perspective, expertise, and objectives of the two public authorities differ.

## MÉTHODOLOGIE-STATISTIQUE

### Enquête

30251

ARTICLE

VAN METER (K.M.)

**Studying survey interviewers : a call for research and an overview.**

*Etude des interviewers d'enquête : un appel aux contributions et une vue générale.*

BULLETIN DE METHODOLOGIE SOCIOLOGIQUE (BMS)

2005/10 ; vol. : n° 88 : 51-71

Cote Irdes : P97

Pour encourager un projet de recherche en cours sur les interviewers d'enquête, le BMS publie ici une vue générale des nombreuses recherches sur le sujet qui sont parues dans le BMS depuis vingt ans. Tout en appelant aux contributions - particulièrement de la part de la vaste expérience en méthodologie d'enquêtes des collègues du Pays-Bas, en Allemagne ou aux Etats-Unis - cet article partage les résultats préliminaires d'une étude détaillée française qui a fait une analyse statistique des performances d'interviewers, puis des entretiens face-à-face avec des interviewers dont le profil statistique était loin du standard. Ces entretiens fournissent une description étonnante du milieu du business des enquêtes. ▲

31050

ARTICLE

BRION (P.)

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

**La prise en compte de la qualité dans les enquêtes auprès des entreprises.**

COURRIER DES STATISTIQUES

2005/09 ; vol. : n° 115 : 41-48

Cote Irdes : C, S15

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/cs115f.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/cs115f.pdf)

Depuis longtemps, le système français de statistique publique, lorsqu'il réalise des enquêtes auprès des entreprises, aborde les questions de qualité à diverses étapes des processus d'enquête. Mais ce n'est que depuis quelques années que ces questions ont été formalisées de manière plus importante, en particulier sous l'impulsion d'Eurostat. Aujourd'hui, il manque pourtant une dimension qui, inscrivant ces aspects dans une vision globale, permettrait de hiérarchiser les priorités en terme de qualité. Quelques pistes pour l'avenir sont alors proposées.

### Méthode épidémiologique

30441

ARTICLE

QUANTIN (C.), GOUYON (B.), ALLAERT (F.A.), COHEN (O.)

**Méthodologie pour le chaînage de données sensibles tout en respectant l'anonymat : application au suivi des informations médicales.**

COURRIER DES STATISTIQUES

2005/03-06 ; vol. : n° 113-114 : 15-26

Cote Irdes : S15

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/cs113e.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/cs113e.pdf)

Devant la multiplication des recueils informatisés d'informations médicales structurées, les statisticiens et les épidémiologistes souhaiteraient de plus en plus bénéficier, pour leurs études, du regroupement de fichiers nominatifs provenant de plusieurs sources. Toutefois, le croisement de fichiers, pour le regroupement d'informations relatives à un même patient, requiert le respect des législations française et européenne relatives au traitement des données à caractère personnel. Après avoir fait le point sur ces législations, nous décrivons la procédure d'anonymat et de chaînage des informations rendues anonymes développée par le Département d'information médicale du Centre hospitalo-universitaire de Dijon. Chaque fichier est rendu anonyme à la source, à l'aide du logiciel Anonymat, qui utilise la méthode du hachage irréversible de l'identité. Le chaînage des informations d'un même patient repose techniquement sur un modèle statistique par mélange de distributions. Nous présentons ensuite des exemples d'application du hachage de l'identité permettant la constitution de bases de données régionales ou nationales. Ces exemples montrent que l'utilisation du logiciel Anonymat permet de relever le défi de la prise en compte des exigences de la Commission nationale de l'informatique et des libertés sans nuire à la disponibilité des données médicales. ▲

30961

ARTICLE

GIORGI (R.), ARMANET (A.), GOUVERNET (J.), BONNIER (P.), FIESCHI (M.)

**Revue comparative des modèles régressifs de survie brute et de survie relative.**

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2005/09 ; vol. 53 : n° 4 : 409-417, tabl.

Cote Irdes : C, P11

L'analyse statistique des durées de vie est relativement fréquente dans le domaine biomédical.

Cette revue comparative des différents modèles régressifs en fonction du type de survie analysée - survie brute ou survie relative - permet de guider l'utilisateur dans son choix. L'analyse de la survie relative, par définition, est plus à même d'étudier un phénomène de mortalité lié à une pathologie donnée. Il vaut mieux utiliser des modèles basés sur l'estimation individuelle lorsque l'on dispose d'échantillons de faible taille ou bien lorsque le nombre d'individus dans les différentes strates de l'étude est petit.

## Sondages

31074

ARTICLE

CHE (P.)

**Absence de rigueur dans les sondages d'opinion : les leçons d'un retour d'expérience.**

BULLETIN DE METHODOLOGIE SOCIOLOGIQUE (BMS)

2006/01 ; vol. : n° 89 : 5-30, tabl., graph.

Cote Irdes : P97

L'auteur analyse statistiquement les données collectées en 2003 lors d'une enquête CAPI (computer-assisted personal interview) de 2 520 personnes. La collecte de données par les interviewers est examinée pour le nombre d'entretiens, durées des entretiens, modalités de réponse utilisées et temps entre les entretiens. Cette analyse identifie des interviewers dont la collecte de données pose des questions. Loin d'incriminer seulement les enquêteurs, l'auteur critique certaines pratiques dans le milieu des sondages qui encouragent la production des données de mauvaise qualité.

## Statistiques sociales

30446

ARTICLE

CHALEIX (M.), LOLLIVIER (S.)

**Des panels pour les statistiques sociales.**

COURRIER DES STATISTIQUES

2005/03-06 ; vol. : n° 113-114 : 53-56

Cote Irdes : S15

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/cs113h.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/cs113h.pdf)

Depuis plusieurs années, la nécessité de développer des panels dans le domaine des statistiques sociales est débattue au Conseil national de l'information statistique (CNIS). Si l'intérêt de tels outils est reconnu de tous, leur mise en œuvre demande un engagement important initial et

dans la durée. C'est dans cet esprit qu'a été menée la mission sur les " outils de suivi des trajectoires des personnes en matière sociale et d'emploi ". Les principales propositions du rapport sont reprises ici.

## Système information

30443

ARTICLE

LENORMAND (F.)

**Le Système d'information de l'assurance maladie, le SNIIR-AM et les échantillons de bénéficiaires.**

COURRIER DES STATISTIQUES

2005/03-06 ; vol. : n° 113-114 : 33-51

Cote Irdes : S15

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/cs113g.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/cs113g.pdf)

Dans le but de mieux comprendre, et si possible piloter, la dynamique des dépenses de santé, un nouveau système d'information unifié de l'assurance maladie est mis en place. Il isole chaque dépense de chaque bénéficiaire et tente de les lier car le pilotage de la dépense rend pertinente l'observation précise des parcours de soins. Cette masse d'information considérable conduit à privilégier le travail sur échantillon. À cet effet un échantillon inter régimes des bénéficiaires va très prochainement compléter les échantillons permanents d'assurés sociaux des grands régi-



## DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

### Conditions de vie

30602  
FASCICULE  
*LE JEANNIC (T.), VIDALENC (J.)*  
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA  
**Environnement, nuisances et insécurité : indicateurs sociaux 1996-2004.**  
INSEE RESULTATS : SOCIETE  
2005/12 ; vol. : n° 45 : 48p., tabl.  
Cote Irdes : S12bis  
[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/irsoc045.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/irsoc045.pdf)  
Ce document a été réalisé à partir des Enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages (EPCV) de l'Insee de 1996 à 2004. Il rassemble les données disponibles sur le thème du cadre de vie et de la sensibilité aux nuisances (bruit, pollution, vandalisme) ainsi que les indicateurs de victimisation et du sentiment d'insécurité. ▲

31204  
FASCICULE  
*ALIAGA (C.)*  
Eurostat. Luxembourg. LUX  
**Comment se répartit le temps des Européennes et des Européens.**  
STATISTIQUES EN BREF : POPULATION ET CONDITIONS SOCIALES  
2006 ; vol. : n° 4 : 12p., 9 tabl., 1 fig.  
Cote Irdes : S30/3  
[http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-NK-06-004/FR/KS-NK-06-004-FR.PDF](http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-06-004/FR/KS-NK-06-004-FR.PDF)  
En Europe, les femmes et les hommes ont des manières similaires d'utiliser leur temps, mais il existe également un certain nombre de différences marquantes entre les treize pays européens examinés. Les résultats, présentés sous forme de temps moyens journaliers calculés sur l'ensemble de l'année, permettent de décrire comment le temps est utilisé dans ces pays, et notamment comment le temps de travail et le temps absorbé par d'autres activités se répartissent pour les personnes à différents stades de la vie.

### Famille

30593  
ARTICLE  
*BRETON (D.), PRIOUX (F.)*  
**Deux ou trois enfants ? Influence de la politique familiale et de quelques facteurs sociodémographiques.**  
POPULATION  
2005/07-08 ; vol. 60 : n° 4 : 489-522, 1 ann., 4 graph., 8 tabl.  
Cote Irdes : P27/1  
La politique familiale française a toujours apporté un soutien particulier aux familles ayant au moins trois enfants, et tout particulièrement dans les années 1978-1982. Les auteurs s'interrogent sur l'efficacité de cette politique, en comparant le niveau de la fécondité de rang 3 ou plus en France et en Europe occidentale et en observant l'évolution de la proportion de mères de deux enfants ayant eu un troisième enfant (probabilité d'agrandissement A2) depuis les années 1970. Il apparaît ainsi que cette politique ciblée sur le troisième enfant a eu une influence sur la fréquence de ces naissances, mais que cet effet est faible et difficile à quantifier. L'article s'intéresse ensuite aux caractéristiques associées à la probabilité d'agrandissement A2. Ce sont l'âge à la deuxième naissance, la durée de l'intervalle entre la première et la deuxième naissance et la nationalité qui déterminent le plus fortement cette probabilité. Toutes les autres variables examinées (le sexe des deux premiers enfants, la taille de la fratrie d'origine, l'histoire conjugale, la trajectoire professionnelle des mères, le niveau du diplôme et le groupe socioprofessionnel de chacun des conjoints) sont significatives, même après contrôle des effets de structure. Les tendances récentes, et en particulier l'élévation de l'âge à la deuxième naissance, impliquent une reprise de la baisse de la probabilité d'agrandissement des familles de deux enfants (Résumé d'auteur).

### Population

30098  
FASCICULE  
*BEAUMEL (C.), RICHET-MASTAIN (L.), VATAN (M.)*  
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA  
**La situation démographique en 2003 : mouvement de la population.**  
INSEE RESULTATS : SOCIETE

2005/09 ; vol. : n° 41 : 45p., tabl., graph.  
Cote Irdes : S12bis  
[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/irsoc041.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/irsoc041.pdf)  
Le document sur la situation démographique permet de cerner précisément la situation actuelle et les évolutions de la population, des naissances, des reconnaissances d'enfants, des mariages, des divorces et des décès en France. De nombreuses informations sont détaillées par régions et départements. Il comporte également des éléments d'information sur les interruptions volontaires de grossesse, les pacs, les mouvements migratoires et la situation des autres pays européens. Cette édition porte sur les résultats de l'année 2003, ceux sur les décès étant encore provisoires. Le cédérom remplace désormais la publication traditionnelle réalisée jusqu'à l'année 1999. Il fournit les mêmes informations que celle-ci et de nombreuses données supplémentaires. Cette édition fournit les résultats détaillés jusqu'en 2003 ainsi que les estimations provisoires des principaux indicateurs démographiques pour 2004 et la population au 1er janvier 2005. De nombreuses données rétrospectives permettent d'étudier les évolutions démographiques sur l'ensemble du vingtième siècle. ▲

30460  
FASCICULE  
*TERRIER (C.), SYLVANDER (M.), KHIATI (A.)*  
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA  
**En haute saison touristique, la population présente double dans certains départements.**  
INSEE PREMIERE  
2005/11 ; vol. : n° 1050 : 4p., 2 carte, 3 graph.  
Cote Irdes : P172  
La saisonnalité de la fréquentation touristique est très variable d'un département à l'autre : si à Paris la fréquentation des touristes français ou étrangers est régulière, les départements de montagne montrent deux pics de fréquentation tandis que les départements littoraux atteignent leur maximum seulement pendant l'été. Ainsi, dans certains départements comme les Hautes-Alpes ou la Corse la population double lors de la saison d'été. La consommation en un point du territoire varie en fonction de la population réellement présente à une date donnée sur ce territoire. La prise en compte des déplacements touristiques, aussi bien des Français que des étrangers, conduit à une autre approche de l'économie territoriale, l'économie "présentielle" (résumé d'auteur). ▲

30592  
ARTICLE  
*PRIOUX (F.)*  
**L'évolution démographique récente en France.**  
POPULATION  
2005/07-08 ; vol. 60 : n° 4 : 443-488, 1 ann., 7 graph., 16 tabl.  
Cote Irdes : P27/1  
Comme tous les ans, cet article réactualise un certain nombre d'indicateurs de la population française, et discute des tendances évolutives : structure par âge de la population, immigration, fécondité, avortements, unions et ruptures d'union, mortalité. Il est structuré en deux temps : une partie "analyse" qui s'appuie sur quelques tableaux, puis une partie "données statistiques". Les données les plus récentes vont jusqu'en 2004 quand cela est possible, et sont resituées dans le temps. Les périodes analysées varient cependant d'une série à l'autre. Les données françaises sont parfois comparées aux données des autres pays de l'Union européenne. ▲

30694  
FASCICULE  
*RICHEL-MASTAIN (L.)*  
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.). Paris. FRA  
**Bilan démographique 2005 : en France, la fécondité des femmes augmente toujours.**  
INSEE PREMIERE  
2006/01 ; vol. : n° 1059 : 4p., 1 graph., 6 tabl.  
Cote Irdes : P172  
[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/IP1059.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1059.pdf)  
L'auteur de ce document analyse le bilan démographique 2005 réalisé par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) au 1er janvier 2006 pour la population de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer : évolution du nombre de naissances et de décès ; niveau du solde naturel et du solde migratoire ; évolution de l'espérance de vie par sexe ; évolution du nombre de mariages et de pacs. ▲

31022  
FASCICULE  
*LANZIERI (G.), CORSINI (V.)*  
Eurostat. Luxembourg. LUX  
**Premières estimations démographiques pour 2005.**  
STATISTIQUES EN BREF : POPULATION ET CONDITIONS SOCIALES  
2006 ; vol. : n° 1 : 8p., 1 tabl., 13 graph.  
Cote Irdes : S30/3



[http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-NK-06-001/FR/KS-NK-06-001-FR.PDF](http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-06-001/FR/KS-NK-06-001-FR.PDF)

Ce document présente les premières estimations démographiques pour 2005 dans l'Union européenne : démographie, naissances, décès, solde migratoire, flux migratoire internationaux, accroissement total de la population...▲

31134

FASCICULE  
LANZIERI (G.)

Eurostat. Luxembourg. LUX

**Projections de population à long terme au niveau national.**

STATISTIQUES EN BREF : POPULATION ET CONDITIONS SOCIALES

2006 ; vol. : n° 3 : 8p., 5 tabl., 8 graph.

Cote Irdes : S30/3

[http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-NK-06-001/FR/KS-NK-06-001-FR.PDF](http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-06-001/FR/KS-NK-06-001-FR.PDF)

Sur la base des tendances passées, d'une analyse des moteurs de l'évolution et de l'avis d'experts, Eurostat a élaboré des projections de population cohérentes au plan international (EUROPOP2004: "EUROstat Population Projections 2004-based") du 1er janvier 2005 au 1er janvier 2051, ventilées par sexe, par année et par âge pour chaque État membre ainsi que pour les pays adhérents (Bulgarie et Roumanie).



## Recensement

29611

FASCICULE  
BACCAINI (B.)

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

**Enquêtes annuelles de recensement : résultats de la collecte 2004. Des changements de région plus fréquents qui bénéficient aux régions du sud et de l'ouest.**

INSEE PREMIERE

2005/07 ; vol. : n° 1028 : 4p., 3 tabl., 2 graph., 3 carte

Cote Irdes : P172

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/IP1028.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1028.pdf)

Les résultats de l'enquête de recensement annuelle de 2004 permettent, avec la question sur le lieu de résidence au 1er janvier 1999, d'analyser avec précision les échanges migratoires entre régions. Entre 1999 et 2004, les changements de résidence ont été plus fréquents qu'entre 1990 et 1999. Les changements de région

ont augmenté. En province, la moitié de ces migrations s'effectuent entre régions limitrophes. Les régions du sud et de l'ouest restent les plus attractives, tandis que c'est l'inverse pour celles du nord, de la Basse-Normandie à la Franche-Comté, en particulier pour l'Île-de-France. La région capitale rassemble 40 % des flux migratoires. Si les départs de la région capitale restent plus nombreux que les arrivées, elle demeure cependant un pôle d'attraction pour les jeunes adultes. À l'inverse, les familles et les retraités la quittent et se dirigent vers les régions proches du bassin parisien ou vers celles de l'ouest et du sud du pays.▲

30693

FASCICULE  
JACQUOT (A.), MINODIER (C.)

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

**Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005 : 31,3 millions de logements au 1er janvier 2005.**

INSEE PREMIERE

2006/01 ; vol. : n° 1060 : 4p., 1 graph., 5 tabl., 3 carte

Cote Irdes : P172

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/IP1060.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1060.pdf)

Au 1er janvier 2005, la France métropolitaine compte 30,6 millions de logements, dont 25,6 millions sont des résidences principales, soit 1,8 million de plus qu'en 1999. C'est dans les communes périurbaines que la croissance du nombre de résidences principales est la plus élevée. Les nouveaux logements sont majoritairement des maisons dont la superficie ne cesse d'augmenter. Dans l'habitat collectif, la construction récente porte sur des appartements de taille moyenne. Près de 57 % des ménages sont propriétaires de leur logement. Le nombre de personnes par ménage continue de décroître, et le plus fortement dans la moitié nord entre 1999 et la mi-2004. Dans les départements d'outre-mer, le nombre de logements s'accroît à un rythme très soutenu, deux fois supérieur à la métropole, et s'établit à 0,7 million au 1er janvier 2005. Le niveau de confort des résidences principales y progresse de manière très sensible. Le nombre de personnes par ménage diminue plus rapidement qu'en métropole (Résumé d'auteur).▲

30695

FASCICULE  
MOREL (B.), REDOR (P.)

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

**Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005 : la croissance démographique s'étend toujours plus loin des villes.**

INSEE PREMIERE

2006/01 ; vol. : n° 1058 : 4p., 3 tabl., 1 carte

Cote Irdes : P172

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/IP061058.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP061058.pdf)

La deuxième enquête annuelle du recensement de population a été menée en janvier et février 2005. Elle confirme les évolutions régionales depuis 1999 que la première enquête de 2004 avait fait ressortir, et notamment la forte croissance démographique dans les régions du Sud et de l'Ouest. Deux communes de moins de 10 000 habitants sur cinq ont été recensées exhaustivement au cours des deux premières enquêtes de 2004 et 2005. Il est ainsi possible de dégager quelques premières tendances spécifiques à ces communes. En particulier, l'écart de croissance démographique s'est fortement réduit entre les communes de l'espace à dominante rurale et celles qui font partie d'une aire urbaine. Une carte est jointe à cet Insee Première. Elle présente, pour les communes de moins de 10 000 habitants en 1999 et recensées en 2004 ou 2005, la variation annuelle moyenne de leur population depuis 1999.

## ÉCONOMIE GÉNÉRALE



### Emploi

29745

FASCICULE

*JOUHETTE (S.), ROMANS (F.)*

Eurostat. Luxembourg. LUX

**Enquête européenne sur les forces de travail : principaux résultats 2004.**

STATISTIQUES EN BREF : POPULATION ET CONDITIONS SOCIALES

2005/09 ; vol. : n° : 12p., 8 tabl.

Cote Irdes : S30/3

<http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/>

ITY\_OFFPUB/KS-NK-05-009/FR/KS-NK-05-009-FR.PDF

Présentés sous forme de schémas et de tableaux, les résultats de l'enquête communautaire sur les forces de travail réalisée en 2004 dans l'Union Européenne permettent de connaître les chiffres clés, en matière d'emploi et de chômage,

pour chaque pays européen et de pouvoir les situer les uns par rapport aux autres.▲

30457

FASCICULE

*ARNAULT (S.)*

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

**Le sous-emploi concerne 1,2 millions de personnes.**

INSEE PREMIERE

2005/10 ; vol. : n° 1046 : 4p., 4 tabl.

Cote Irdes : P172

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/IP1046.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1046.pdf)

En 2004, près de 5 % des actifs ayant un emploi travaillent à temps partiel mais moins qu'ils ne le souhaiteraient. Cette situation de sous-emploi concerne dans huit cas sur dix des femmes. La probabilité de se trouver en sous-emploi est plus forte chez les moins de 25 ans, les non-diplômés et les étrangers. Le secteur tertiaire concentre l'essentiel du sous-emploi et le taux de sous-emploi est très fort pour les emplois de nettoyage, d'entretien ménager ou encore de gardiennage et plus généralement pour les emplois précaires (CDD, emplois aidés). Les personnes sous-employées travaillent en moyenne 20 heures par semaine : elles souhaiteraient majoritairement être à temps plein, dans leur emploi actuel. Mais 700 000 actifs voudraient au contraire diminuer leur temps de travail et 2,8 millions souhaiteraient effectuer des heures supplémentaires alors qu'ils sont à temps complet. Ainsi, au total, un actif ayant un emploi sur cinq a une durée de travail qu'il juge insatisfaisante (Résumé d'auteur).



### Marché du travail

30505

FASCICULE

*CHARDON (O.), ESTRADE (M.A.),*

*TOULEMONDE (F.)*

Ministère de l'Emploi - du Travail et de la Cohésion Sociale. (M.E.T.C.S.). Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.). Paris. FRA

**Les métiers en 2015 : l'impact du départ des générations du baby-boom.**

PREMIERES INFORMATIONS ET PREMIERES SYNTHES

2005/12 ; vol. : n° 50.1 : 8p., 3 tabl., 2 enc.

Cote Irdes : Bulletin français

[http://www.travail.gouv.fr/IMG/pdf/PIPS\\_-\\_50.1\\_les\\_Metiers\\_horizon\\_2015.pdf](http://www.travail.gouv.fr/IMG/pdf/PIPS_-_50.1_les_Metiers_horizon_2015.pdf)

D'ici 2015, le nombre de postes à pourvoir sur le marché du travail devrait augmenter fortement quand les générations nées après 1945 arriveront en fin de carrière. La tertiarisation de l'économie devrait se poursuivre avec toujours plus de cadres, mais aussi avec des emplois peu qualifiés de plus en plus nombreux dans les services et l'aide à la personne. Le dynamisme de l'emploi dans certains métiers pourrait entraîner des difficultés de recrutement. Ces problèmes s'aggraveront pour les métiers les moins attractifs et s'atténueront dans les entreprises susceptibles d'offrir des perspectives de carrière. La hausse du nombre de postes à pourvoir ne se traduirait par une baisse du chômage que si des mesures actives d'accompagnement des entreprises et des personnes sont mises en place.▲

30608

FASCICULE

ROMANS (F.), HARDARSON (O.S.)

Eurostat. Luxembourg. LUX

**Les dernières tendances du marché du travail - Données du deuxième trimestre 2005.**

STATISTIQUES EN BREF : POPULATION ET CONDITIONS SOCIALES

2005/12/20 ; vol. : n° 20 : 12p., 16 tabl.

Cote Irdes : S30/3

[http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-NK-05-020/FR/KS-NK-05-020-FR.PDF](http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-05-020/FR/KS-NK-05-020-FR.PDF)

Cette publication fait partie d'une série trimestrielle présentant les principaux résultats de l'Enquête sur les Forces de Travail de l'Union Européenne pour l'UE-25 et pour tous les Etats Membres.▲

31023

FASCICULE

GIVORD (P.)

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

**L'insertion des jeunes sur le marché du travail entre 2002 et 2004.**

INSEE PREMIERE

2006/01 ; vol. : n° 1061 : 4p., 4 tabl., 2 graph.

Cote Irdes : P172

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/IP061061.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP061061.pdf)  
Intérim, contrat à durée déterminée... ces contrats temporaires ont été les premiers touchés par le ralentissement économique entre 2002 et 2004. D'une part, dans un contexte économique difficile, les entreprises ont eu moins recours à ce type de contrat ; d'autre part, lorsqu'à l'issue de son contrat, un salarié s'est trouvé au chômage, il

a rencontré plus de difficultés dans sa recherche d'un nouvel emploi. Les débuts de carrière, traditionnellement marqués par une succession de contrats courts, se trouvent encore plus perturbés. Plus d'un quart des jeunes qui étaient actifs en 2003 ont traversé au moins une période sans emploi au cours des quatre trimestres suivants, que ce soit au chômage ou dans l'inactivité, contre 17 % pour l'ensemble des actifs. Près d'un jeune actif sur dix n'a pas occupé d'emploi au cours de l'année. Même élevé, un diplôme n'est plus garant d'un emploi à durée indéterminée : parmi les diplômés de niveau bac + 2 qui travaillaient en 2003, 14 % ont été sans emploi au moins une fois au cours de l'année suivante.▲

31207

FASCICULE

ATTAL-TOUBERT (K.), LAVERGNE (H.)

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

**Premiers résultats de l'enquête sur l'emploi 2005.**

INSEE PREMIERE

2006/03 ; vol. : n° 1070 : 4p., 4 tabl.

Cote Irdes : P172

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/IP1070.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP1070.pdf)

Ce fascicule présente les premiers résultats de l'enquête sur l'emploi de 2005. Sont analysées : l'évolution du nombre de chômeurs de 2002 à 2005 selon leur âge, leur sexe, leur diplôme et leur catégorie socioprofessionnelle ; la part des chômeurs de longue durée ; la durée du travail (temps partiel, temps plein) ; le nombre de créations d'emploi (secteur privé, secteur public)...



## Salaires

29743

FASCICULE

REGNARD (P.)

Eurostat. Luxembourg. LUX

**Salaires minima 2005 : des écarts importants entre Etats membres de l'UE.**

STATISTIQUES EN BREF : POPULATION ET CONDITIONS SOCIALES

2005/07 ; vol. : n° : 8p., 2 tabl., 4 graph.

Cote Irdes : C, S30/3

[http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-NK-05-007/FR/KS-NK-05-007-FR.PDF](http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY_OFFPUB/KS-NK-05-007/FR/KS-NK-05-007-FR.PDF)

Cette publication d'Eurostat, contient des données sur le salaire minimum mensuel dans les Etats membres de l'Union européenne, dans certains pays candidats et aux Etats-Unis. Il

existe un salaire minimum national dans 18 des 25 Etats membres (Belgique, Espagne, Estonie, Grèce, France, Hongrie, Irlande, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Slovaquie, Slovénie, République tchèque et Royaume-Uni) et dans trois des pays candidats (Bulgarie, Roumanie et Turquie). Le salaire minimum est fixé par les pouvoirs publics, généralement après consultation des partenaires sociaux et il est entériné par la loi. Ce salaire minimum s'applique habituellement à tous les salariés.

## RÉGLEMENTATION

### Arrêt de travail

30248

ARTICLE

**Arrêts de travail : nouvelles étapes dans le renforcement des contrôles.**

REVUE PRESCRIRE

2005/03 ; vol. 25 : n° 259 : 783-785

Cote Irdes : c, P80

Plusieurs décrets ont précisé la loi du 13 août 2004 renforçant les mesures de contrôle des arrêts de travail. Un rapport de l'Anaes souligne la difficulté à établir un référentiel fiable de bon usage des prescriptions d'arrêt de travail pour maladie. Les arrêts de travail ont aussi une origine sociale, notamment en réaction à la pénibilité ressentie du travail. Cet article fait une analyse de la situation.

### Assurance maladie

30772

ARTICLE

**Carte européenne d'assurance maladie.**

REVUE PRESCRIRE

2005/02 ; vol. : n° 269 : 136-137

Cote Irdes : P80.▲

31082

ARTICLE

TABUTEAU (D.)

**Politique d'assurance maladie et politique de santé publique : cohérence et incohérences des lois des 9 et 13 août 2004.**

DROIT SOCIAL

2006/02 ; vol. : n° 2 : 200-250

Cote Irdes : P109

Cet article analyse les deux lois prises en août 2004 : l'une relative à l'assurance maladie, l'autre à la santé publique. Il souligne l'ambiguïté du lien entre politique de santé et politique d'assurance maladie et révèle les rivalités qui peuvent exister entre la sphère santé et la sphère Sécurité sociale.

**Index des auteurs**



## A

ABDALLAH (M.).....	24
ABENHAIM (L.) .....	49
ADAM (V.) .....	37
Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. (A.F.S.S.A.P.S.) .....	45
Agence Régionale de l'Hospitalisation de Bourgogne. (A.R.H.) .....	31
ALIAGA (C.) .....	61
ALLAERT (F.A.) .....	59
AMAR (E.) .....	20
ANDREW (M.) .....	26
ANELL (A.) .....	58
ANKJAER-JENSEN (A.) .....	51
ARMAND (F.) .....	29
ARMANET (A.) .....	59
ARNAUD (C.) .....	27
ARNAULT (S.) .....	64
ASSELAIN (B.) .....	33, 37
ATTAL-TOUBERT (K.) .....	65
ATTIAS-DONFUT (C.) .....	29
AULOIS-GRIOT (M.) .....	47
AUTUME (A. d') .....	25

## B

BACCAINI (B.) .....	63
BADEY (F.) .....	51
BAGHERI (H.) .....	46
BARDONE (L.) .....	31
BARNAY (T.) .....	22, 24
BARON (S.) .....	32
BARRY (M.) .....	52
BASU (K.) .....	51
BAUDIER (F.) .....	24
BEAULOYE (N.).....	37
BEAUMEL (C.) .....	61
BENNETT (K.) .....	52
BERTIN (P.) .....	20

BETBEZE (J.P.) .....	25
BHAT (V.N.) .....	56
BILDE (L.) .....	51
BINET (A.) .....	26
BIOSSE-DUPLAN (A.) .....	20
BLANCHET (D.) .....	51
BLANCHON (B.) .....	33
BOLLOTTE (D.) .....	43
BONNET (M.) .....	34
BONNEUX (L.) .....	56
BONNIER (P.) .....	59
BONTEMPS (G.) .....	35
BOUNHOURE (J.-P) .....	23
BOURDILLON (F.) .....	15
BOURGEOIS (D.) .....	53
BOURGUEIL (Y.) .....	24, 41
BOURRACHOT (V.) .....	38
BOUSQUET (F.) .....	38
BOUVET (A.) .....	35
BRAS (P.J.) .....	20,
BRAS (P.L.) .....	34
BRATTHALL (D.) .....	54
BREDART (A.) .....	37
BREMOND (A.) .....	17
BRETON (D.) .....	61
BRIAND (P.) .....	18
BRION (P.) .....	59
BROUWER (W.B.F.) .....	55
BRUCKER (G.) .....	15, 18
BUSSE (R.) .....	50

## C

Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.) .....	17
Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse. (C.N.A.V.) .....	24
CAMPAGNE (A.) .....	32
CANOUI-POITRINE (F.) .....	21
CASTEL (D.) .....	58
Centre Midi-Pyrénées de Pharmacovigilance	



de Pharmacoépidémiologie et d'Informations sur le Médicament .....	46
Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie. (C.R.E.D.O.C.) .....	22
CERUTTI (G.) .....	44
CHABROL (A.) .....	34
CHADELAT (J.F.) .....	15
CHAHWAKILIAN (P.) .....	20
CHALEIX (M.) .....	60
CHALTIEL (F.) .....	48
CHAMBOREDON (H.) .....	28
CHARDON (O.) .....	64
CHE (P.) .....	60
CHEVREUL (K.) .....	57
CHINAUD (F.) .....	33
CHINOT (O.) .....	34
CHRISTOFARI (J.J.) .....	42
Chu Morvan .....	36
CLAPPIER (P.) .....	37
Clarendon Way .....	54
CLARKSON (M.) .....	29
CLARKSON (M.) .....	57
COHEN (O.) .....	59
COIGNARD (B.) .....	35
COIGNARD (S.) .....	20
COISNE (S.) .....	35
COMITI (V.P.) .....	29
COM-RUELLE (L.) .....	21, 33
CONDINGUY (S.) .....	41
CONROY (T.) .....	37
Conseil d'Analyse Economique. (C.A.E.) .....	25
Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens. (C.N.O.P.) .....	39, 40
Conseil National de l'Ordre des Médecins (C.N.O.M.) .....	34
Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France. (C.S.H.P.F.) .....	18
CORNET (G.) .....	24
CORNILLEAU (G.) .....	20
CORSINI (V.) .....	62
COSTA-FONT (J.) .....	42
COSTA-LASCOUX (J.) .....	29

COUDREAU (D.) .....	33
COURTIAL (I.) .....	17
COUTY (E.) .....	15
CRAINICH (D.) .....	19

## D

DAMASE-MICHEL (C.) .....	46
DANNESKIOLD-SAMSAE (B.) .....	51
DAVIN (B.) .....	26
DE VOS BOLAY (P.) .....	49
DE WOLF (P.) .....	55
DEBRAND (T.) .....	51
DECLERCK (P.) .....	27
DELAMAIRE (M.L.) .....	41
DELGOULET (C.) .....	25
DELL (F.) .....	29
DENIS (M.) .....	37
DENOEUD (L.) .....	35
Dental Public Health .....	54
Department of Clinical Dental Sciences .....	54
DERVAUX (B.) .....	38
DESEQUELLES (A.) .....	30
DESPRES (C.) .....	15
DIDIER (A.) .....	23
Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.) .....	64
Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.) .....	19, 20, 21, 30, 37, 38
Direction des Recherches sur le Vieillissement. (D.R.V.) .....	24
Direction Générale de la Consommation et de la Répression des Fraudes. (D.G.C.C.R.F.) .....	44
DJIDER (Z.) .....	28
DOLBEAULT (S.) .....	37
DONADIEU (J.) .....	18
DOURGNON (P.) .....	21
DUBOIS (G.) .....	33
DUMONTIER (F.) .....	22

DUNETON (P.) .....	18
DUPONCHEL (J.L.) .....	32
DUPONT (M.) .....	15
DURRIEU (G.) .....	46
DURU (G.) .....	24

## E

ELIE (C.) .....	37
ENGLERT (M.) .....	50
ESTRADE (M.A.) .....	64
ESTUPINAN-DAY (S.) .....	53
Eurostat.....	31,
<b>43, 61, 62, 63, 64, 65</b>	

## F

FABAS (P.) .....	34
FAGNANI (F.) .....	17
FALL (M.).....	30
FAROZI (A.M.).....	33
FATTORE (G.) .....	53
FAVEREAU (E.) .....	49
FESTJENS (M.J.) .....	50
FIESCHI (M.) .....	59
FIRDION (J.M.) .....	27
FRANC (C.) .....	16
FRY (C.) .....	24

## G

GAAL (P.) .....	52
GAIGNIER (C.) .....	21
GAILHARD (I.) .....	18
GALINIER (M.) .....	23
GALLOIS (P.) .....	18
GIORGI (R.) .....	59
GIVORD (P.) .....	65

GODEAU (E.) .....	27
GOT (C.) .....	18
GOTTELY (P.) .....	29
GOUVERNET (J.) .....	59
GOUYON (B.) .....	59
GRANDJEAN (H.) .....	27
GREINER (W.) .....	49
GRESEQUE (F.) .....	43
GRIBEAUVAL (J.P.) .....	48
GRIMAUD (O.) .....	37
GRUNDY (E.) .....	26
GUIO (A.C.) .....	31
GUITTON (E.) .....	27
GUPTA (A.) .....	51

## H

HAIRAULT (J.O.) .....	25
HARDARSON (O.S.) .....	65
HASSENTEUFEL (P.) .....	15
HEBEL (P.) .....	21
HEINKE (K.D.) .....	50
HEITZ (R.) .....	18
HELENON (J.) .....	35, 39
HERAN (F.) .....	29
HERPIN (N.) .....	29
HIRSCH (M.) .....	18
HOBDEN (K.) .....	27
Hôpitaux Universitaires de Toulouse.....	46
HORUSITZKY (P.) .....	16

## I

ILBER (D.) .....	49
Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.) .....	16, 21, 22, 33, 40, 41, 46, 51
Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.) .....	18, 35, 36
Institut de Veille Sanitaire. (InVS) .....	27

Institut National de la Statistique et des  
Etudes Economiques Champagne-Ardenne.  
(I.N.S.E.E.) ..... **32**

Institut National de la Statistique et des Etudes  
Economiques. (I.N.S.E.E.) .....**22,**  
**28, 29, 30, 43, 59, 61, 62, 63, 64, 65**

## J

JACQUOT (A.) ..... **63**  
JARS (I.) ..... **24**  
JOIN-LAMBERT (O.) ..... **29, 57**  
JOSSERAN (L.) ..... **18**  
JOUHETTE (S.) ..... **64**  
JUIN (P.H.), ..... **34**  
JULIENNE (K.) ..... **16**  
JUSOT (F.) ..... **15,**  
**21, 22**

## K

KALOGIROU (S.) ..... **26**  
KANAVOS (P.) ..... **42**  
KARISTO (A.) ..... **26**  
KASPARIAN (C.) ..... **17**  
KATEB (K.) ..... **27**  
KAZAZ (S.) ..... **43**  
KENNEL (J.J.) ..... **34**  
KERLEAU (M.) ..... **37**  
KERVASDOUE (J. de) ..... **15,**  
**20, 40**  
KHAYAT (D.) ..... **18**  
KHIATI (A.) ..... **62**  
KINGMA (M.) ..... **39**  
KLINGER (C.) ..... **35**  
KOZIERKIEWICZ (A.) ..... **57**  
KRIEGEL (B.) ..... **29**  
KWAN (S.YI) ..... **54**

## L

Laboratoire de Pharmacologie Médicale  
et Clinique. Unité de Pharmaco-  
épidémiologie ..... **46**  
Laboratoires Internationaux de Recherche.  
(L.I.R.) ..... **20**  
LACROIX (I.) ..... **46**  
LAMARQUE (H.) ..... **20**  
LAMOUREUX (P.) ..... **49**  
LANOE (J.L.) ..... **22**  
LANZIERI (G.) ..... **62, 63**  
LAPEYRE-MESTRE (M.) ..... **46**  
LATIL (E.) ..... **21**  
LAUDE (A.) ..... **15, 49**  
LAVERGNE (H.) ..... **65**  
LAZARIDIS (M.) ..... **29**  
LE BRAS (H.) ..... **29**  
LE CARDIET (Y.) ..... **20**  
LE FAOU (A.L.) ..... **56**  
LE JEANNIC (T.) ..... **61**  
LE NOC (Y.) ..... **18**  
LE VAILLANT (M.) ..... **37**  
LEBON (A.) ..... **29**  
LEBRUN (T.) ..... **19**  
LECLERCQ (B.) ..... **38**  
Leeds Dental Institute ..... **54**  
LEFEVRE (C.) ..... **32**  
LEFRESNE (F.) ..... **29**  
LEGAL (R.) ..... **40**  
LEJEUNE (B.) ..... **36**  
LELEU (H.) ..... **38**  
LELIEVRE (M.) ..... **16**  
LENGAGNE (P.) ..... **16, 21**  
LENORMAND (F.) ..... **60**  
LEONARD (I.) ..... **37**  
LEOPHONTE (P.) ..... **23**  
LEPOUTRE (A.) ..... **35, 36**  
LEROUX (V.) ..... **24**  
LOBJEOIS (G.) ..... **25**  
LOLLIVIER (S.) ..... **60**  
LOMBRAIL (P.) ..... **20, 28**

LOPEZ-NOVELLA (M.) .....	50
LOVKYTE (L.) .....	52
LUCAS-GABRIELLI (V.) .....	33

## M

MAREK (A.) .....	41
MARISSAL (J.P.) .....	19
MAROIS (P.) .....	29
MARTIKAINEN (P.) .....	26
MARTIN (E.) .....	33
MASSON (A.) .....	57
MAURAIN (C.) .....	47
MAZIERE (M.) .....	42
MC ANDREW (M.) .....	29
MEERDING (W.) .....	56
MENARD (J.) .....	18
MENDELSON (M.) .....	38
MERCIER (S.) .....	49
MERIMBERT (J.) .....	45
MEUNIER (A.) .....	17
MIDY (F.) .....	40, 41
MIGNOT (V.) .....	37
MILANVOYE (M.) .....	25
Ministère de l'Economie - des Finances et de l'Industrie. (M.I.N.E.F.I) .....	44
Ministère de l'Emploi - du Travail et de la Cohésion Sociale. (M.E.T.C.S.) .....	64
Ministère de la Santé, de la Solidarité , et de la Protection Sociale (M.S.S.P.S) .....	19, 20, 21, 30, 37, 38
MINODIER (C.) .....	63
MISSEGUE (N.) .....	19
MOATTI (J.-P.) .....	17
MOLITOR (P.-L.) .....	32
MONNOT (S.) .....	32
MONTASTRUC (J.-L.) .....	46
MONTEIL (C.) .....	22
MOPIN (J.) .....	20
MOREL (B.) .....	63
MORRONE (I.) .....	26

MOSSIALOS (E.) .....	47, 58
MOULIAS (R.) .....	25
MOUQUET (M.C.) .....	21, 30
MOUSQUES (J.) .....	41
MRAZEK (M.) .....	58

## N

NAVARRO (F.) .....	27
NDIAYE (C.) .....	53
NGUYEN (C.) .....	34
NGUYEN-KIM (L.) .....	46
NICOLAU (J.) .....	18

## O

Observatoire du risque infectieux en gériatrie. Ivry sur Seine .....	36
OGAWA (H.) .....	53, 54
OGG (J.) .....	26
OLIVER (A.) .....	47
OLIVIER (P.) .....	46
OLIVIERO (E.) .....	32
OR (Z.) .....	37, 46
Oral Health Programme. World Health Organization .....	54
Organisation de Coopération et de Développe- ment Economiques. (O.C.D.E.) .....	55

## P

PADAIGA (Z.) .....	52
PARANT (A.) .....	15
PARAPONARIS (A.) .....	26
PARIS (V.) .....	46
PASCAL (J.) .....	20, 28
PATUREAU (J.) .....	29
PECHOUX (S.) .....	27
PEREIRA (C.) .....	19
PERRIER (L.) .....	24

PERRONNIN (M.) .....	16
PERROT (P.) .....	24
PERSOON (U.) .....	58
PETERSEN (P.-E.) .....	53, 54
PHILIP (T.) .....	17, 24
PICHE (V.) .....	29
PINE (C.-M) .....	54
PINSONNEAULT (G.) .....	29
PLANAS-MIRET (I.) .....	51
POINDRON (P.Y.) .....	40
POLDER (J.J.) .....	56
POLTON (D.) .....	15, 27, 39
PORTAS (C.) .....	28
PRIOUX (F.) .....	61, 62
PUIG-JUNOY (J.) .....	51

## Q

QUANTIN (C.) .....	59
--------------------	----

## R

RAMOS (M.P.) .....	29
RAPIAU (M.T.) .....	24
REAMY (J.) .....	52
REDOR (P.) .....	63
REGEREAU (M.) .....	15
REGNARD (P.) .....	65
RENAUD (J.) .....	29
RENAUD (T.) .....	33
RENAUT (S.) .....	26
REZVANI (A.) .....	33
RICHET-MASTAIN (L.) .....	61, 62
RIMATTEI (F.) .....	34
RIOU (F.) .....	37
ROBERT (J.) .....	29
ROBERT-BOBEE (I.) .....	22
ROCHEREAU (T.) .....	22
ROMANS (F.) .....	64, 65

ROMASZEWSKI (A.) .....	57
ROQUET (E.) .....	43
ROTHAN TONDEUR (M.) .....	36
ROUSSEAU (A.) .....	37
RUSCH (E.) .....	32
RUTTEN (F.F.H.) .....	55

## S

SAILLY (J.C.) .....	19
SANCHEZ (F.) .....	34
SAUER (F.) .....	15
SCEMAMA (O.) .....	56
SCHMITT (B.) .....	24
School of Dentistry .....	54
SCHREYOGG (J.) .....	50
SEKSIG (A.) .....	29
SELLERET (F.X.) .....	38
SERMET (C.) .....	22, 27, 46
SHINN (M.) .....	27
SICARD (D.) .....	15
SLOTA (L.) .....	33
SOLER-MICHEL (P.) .....	17
SOUQUES (M.) .....	33
STARGARDT (T.) .....	50
STOLK (E.A.) .....	55
SYLVANDER (M.) .....	62

## T

TABUTEAU (D.) .....	15, 66
TARDIEU (S.) .....	34
TAVAN (C.) .....	29
TERRIER (C.) .....	62
TESSIER (P.) .....	29
THELOT (B.) .....	18
THIBAUDOT (F.) .....	17
THONNET (M.) .....	49
TILSON (L.) .....	52

TISSERAND (F.) .....	40
TOMASSINI (C.) .....	26
TORBICA (A.) .....	53
TOULEMONDE (F.) .....	64
TRABKA (W.) .....	57
TUR-PRATS (A.) .....	51

World Health Organization. Department of Chronic Disease and Health Promotion .....	54
---	----

## U

Union Française pour la Santé Bucco-dentaire. (U.F.S.B.D.) .....	33
Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bourgogne. (U.R.C.A.M.) .....	31, 34, 43

## V

VALLEE (J.P.).....	18
VAN DER MAAS (P.).....	56
VAN DOORN ( L.) .....	27
VAN METER (K.M.) .....	59
VATAN (M.) .....	61
VEKEMAN (G.) .....	43
VERGER (D.).....	30
VERGER (P.).....	26
VIAL (A.) .....	49
VIDALENC (J.).....	61
VILCHIEN (D.) .....	29
VINCENT (G.).....	15
VIPREY (M.) .....	29
VOLKOFF (S.) .....	25

## W

VOLKOFF (S.) .....	25
WALLEY (T.) .....	58
Who Collaborating Centre for Education. Training and Research.....	54
Who Regional Office for the Americas. Oral Health Programme .....	53





**Carnet d'adresses des éditeurs**



A

**ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE  
PUBLIQUE**

**Rédaction :** HCSP (Haut Comité Santé Publique)

8, av. de Ségur

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>

1er accès : <http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/adsp?ae=adsp&menu=11> (sommaire depuis le n° 1 de 1992, certains articles sont en ligne)

2ème accès : BDSP : <http://www.bdsp.tm.fr> =>

Texte intégral (accès à tous les articles pour les abonnés à la BDSP)

**AVENIR & SANTE : LA REVUE DES  
INFIRMIERES LIBERALES**

**Rédaction et diffusion :** FNI (Fédération Nationale des Infirmiers)

7, rue Godot de Mauroy

75009 Paris

☎ 01 47 42 94 13

Fax : 01 47 42 90 82

email : [fni@wanadoo.fr](mailto:fni@wanadoo.fr)

<http://www.fni.fr/sections.php>

B

**BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE  
DE MEDECINE**

[http://www.academie-medecine.fr/publications/bulletin\\_presentation.asp](http://www.academie-medecine.fr/publications/bulletin_presentation.asp)

Diffusion : Masson

Service Abonnements

21, rue Camille Desmoulins

92789 Issy Les Moulineaux

☎ 01 73 28 16 34

Fax : 01 73 28 16 49

email : [infos@masson.fr](mailto:infos@masson.fr)

<http://www.masson.fr>

C

**CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMO-  
GRAPHIE MEDICALE (LES)**

**Rédaction et diffusion :** CDSM (Centre de Sociologie et de Démographie Médicales)

60, boulevard de Latour-Maubourg

75340 Paris SP 07

☎ 01 45 55 73 77

Fax : 01 45 55 87 94

**BULLETIN DE L'ORDRE DES MEDECINS**

Réalisé par : CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins)

<http://www.conseil-national.medecin.fr>

Diffusion : Masson services

BP 2

41354 Vineuil

☎ 02 54 50 46 00

Fax : 02 54 50 46 11

<http://www.masson.fr/>

**BULLETIN DE METHODOLOGIE SOCIO-  
LOGIQUE**

**Rédaction :**

BMS

LASMAS-CNRS

59, rue Pouchet

75017 Paris

☎ 01 40 51 85 19

Fax : 01 40 25 12 47

email : [bms@iresco.fr](mailto:bms@iresco.fr)

<http://www.iresco.fr/revues/bms/Welcome.htm>

**Diffusion :** AIMS (Association Internationale de Méthodologie Sociologique)

45 rue Linné

75005 Paris

**BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDO-  
MADAIRE (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](mailto:abobeh@invs.sante.fr)

<http://www.invs.sante.fr/beh/> (en ligne depuis 1996)

Egalement diffusé par voie électronique sur liste email (abonnement gratuit)

## 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 : [info@ires-fr.org](mailto:info@ires-fr.org)  
<http://www.ires-fr.org/files/publications/publicationires.htm> (En ligne depuis le n° 50)

## CONCOURS MEDICAL

**Rédaction et diffusion** : Concours Médical (Ie)  
114, av. du Gal de Gaulle  
92522 Neuilly sur Seine cedex  
☎ 01 55 62 68 00  
Fax : 01 55 62 69 79  
<http://www.concours-medical.com>  
[http://www.egora.fr/3v\\_script/acheter\\_acheter.asp?revue=cm](http://www.egora.fr/3v_script/acheter_acheter.asp?revue=cm)

## 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.asso.fr>

## COURRIER DES STATISTIQUES

Rédaction : INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)  
**Diffusion** : Insee Info Service  
Tour Gamma A  
195, rue de Bercy  
75582 Paris cedex 12  
☎ 01 41 17 66 11  
Fax : 01 53 17 88 09-  
<http://www.insee.fr/fr/ppp/collections.htm>

## D

## DEMOGRAPHIE PHARMACEUTIQUE FRANCAISE

**Rédaction et diffusion** : CNOP (Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens)  
4, avenue Ruysdaël  
75008 Paris  
☎ 01 56 21 34 34  
Fax : 01 56 21 34 99

<http://www.ordre.pharmacien.fr/>  
DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE  
Rédaction : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

## DREES

**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.sante.gouv.fr/drees/dossier-solsa/solsa-liste.htm> (En ligne depuis le n° 1-2003, sommaire depuis 1998)

## DROIT SOCIAL

**Rédaction** : Jean-Jacques Dupeyroux  
Diffusion : Editions techniques et économiques  
3, rue Soufflot  
75005 Paris  
☎ 01 55 42 61 30  
Fax : 01 55 42 61 39  
email : [editecom@starnet.fr](mailto:editecom@starnet.fr)  
<http://www.editecom.com>

## E

## ECONOMIC POLICY

<http://www.economic-policy.org/>  
**Diffusion** : Blackwell Publishing Ltd.  
9600 Garsington Road  
Oxford, OX4 2DQ  
Royaume-Uni  
☎ 00 44 1865 776868  
Fax : 00 44 1865 714591  
<http://www.blackwellpublishing.com/>

## ECONOMIE ET STATISTIQUE

**Rédaction** : INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)  
Diffusion : Insee Info Service  
Tour Gamma A  
195, rue de Bercy  
75582 Paris cedex 12  
☎ 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)

## ETUDES ET RESULTATS

**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  
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/doc.htm> (tous les numéros sont en ligne)  
<http://www.insee.fr/fr/ppp/catalogue.htm> (pour retrouver les numéros sur le catalogue)

## 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](mailto: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](mailto:orders@springer.de)  
<http://link.springer.de>

## F

## FUTURIBLES

**Rédaction et diffusion** : Futuribles  
55, rue de Varenne  
75341 Paris Cedex 07  
☎ 01 53 63 37 70  
Fax : 01 42 22 65 54  
email : [revue@futuribles.com](mailto:revue@futuribles.com)  
<http://www.futuribles.com>

## 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](mailto:fondation@fng.fr)  
[http://www.fng.fr/html/publication/gerontologie\\_societe/index.htm](http://www.fng.fr/html/publication/gerontologie_societe/index.htm)

## GESTIONS HOSPITALIERES

**Rédaction et diffusion** : Gestions Hospitalières  
44, rue Jules-Ferry  
94400 Vitry sur Seine  
☎ 01 45 73 69 20  
Fax : 01 46 82 55 15  
<http://www.gestions-hospitalieres.fr/>

## I

## INDUSTRIE PHARMACEUTIQUES HEBDO

**Rédaction et diffusion** : Altédia  
5, rue de Milan  
75319 Paris cedex 09  
☎ 01 44 91 50 00  
Fax : 01 44 91 50 01  
[http://www.altedia.fr/altedia\\_fr.nsf/\(lookframes\)/accueil](http://www.altedia.fr/altedia_fr.nsf/(lookframes)/accueil)

## INSEE FLASH CHAMPAGNE ARDENNE

10, rue Edouard Mignot  
51079 Reims Cédex  
☎ 03 26 48 60 00  
[http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/champagne-ardenne/publi/flash.htm](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/champagne-ardenne/publi/flash.htm)

## INSEE ILE-DE-FRANCE A LA PAGE

**Rédaction et diffusion** : INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)  
Direction Régionale d'Ile-de-France  
7, rue Stephenson  
Montigny le Bretonneux  
78188 St Quentin en Yvelines cedex  
**Diffusion à St Quentin en Yvelines** (Abonnements)  
☎ 01 30 96 90 75  
Fax : 01 30 96 90 67  
[http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/idf/home/home\\_page.asp](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/home/home_page.asp) (en ligne)

**Diffusion à Paris :**

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

**INSEE PREMIERE**

**Rédaction :** INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)

**Diffusion :** Insee Info Service

Tour Gamma A  
195, rue de Bercy  
75582 Paris cedex 12  
☎ 01 41 17 66 11  
Fax : 01 53 17 88 09  
<http://www.insee.fr/fr/ppp/collections.htm>  
(téléchargement possible des numéros depuis 1996)

**INSEE RESULTATS : SOCIETE**

**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>  
<http://www.insee.fr/fr/ppp/catalogue.htm> (pour retrouver les numéros sur le catalogue)

**INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH PLANNING AND MANAGEMENT**

**Diffusé par :** John Wiley & Sons Ltd

Journals Administration Department  
1 Oldlands Way  
Bognor Regis  
West Sussex, PO22 9SA  
Royaume-Uni  
☎ 00 44 1243 779 777  
Fax : 00 44 1243 843 232  
Email : [cs-journals@wiley.co.uk](mailto:cs-journals@wiley.co.uk)  
<http://www.interscience.wiley.com>  
<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/jhome/4005>

**J**

**JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE**

**Rédaction :** Editions Alexandre Lacassagne

**Diffusion :** Diffusion ESKA

12, rue du quatre septembre  
75002 Paris  
☎ 01 42 86 56 00  
Fax : 01 42 60 45 35  
<http://www.eska.fr/site2001/revues/revue2.htm>

**M**

**MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)**

**Rédaction et diffusion :** FNMR (Fédération Nationale des Médecins Radiologues)

62, bd de Latour-Maubourg  
75007 Paris  
☎ 01 53 59 34 01  
Fax : 01 45 51 83 15  
Email : [info@fnmr.org](mailto:info@fnmr.org)  
<http://www.fnmr.org>

**MEDECINE : DE LA MEDECINE FAC- TUELLE A NOS PRATIQUES**

**Rédaction :** Unaformec (Union nationale des associations de formation médicale continue)

261 rue de Paris  
93556 Montreuil cedex  
☎ 01 43 63 80 00  
Fax : 01 43 63 68 11  
email : [unformec@wanadoo.fr](mailto:unformec@wanadoo.fr)  
<http://www.unaformec.org>  
**Diffusion :** Editions John Libbey Eurotext  
Service abonnement  
127, av. de la République  
92120 Montrouge  
☎ 01 46 73 01 39  
Fax : 01 40 84 09 99  
email : [abonnements@jle.com](mailto:abonnements@jle.com)  
<http://www.jle.com>

**MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)**

**Rédaction et diffusion :**

1, av. Edouard-Belin  
92856 Rueil-Malmaison  
☎ 01 41 29 77 42  
Fax : 01 41 29 77 35  
<http://www.moniteurpharmacies.com> (recherche des articles en texte intégral depuis 1997)

N

**NOTES BLEUES DE BERCY (LES)**

**Rédaction et diffusion** : M.I.N.E.F.I. (Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie)  
DIRCOM (Direction de la communication)  
139, rue de Bercy - Télédoc 536  
75572 Paris cedex 15  
☎ 01 40 04 04 04  
Fax: 01 53 18 36 40  
email : dircom-cnt@dircom.finances.gouv.fr  
email Notes bleues : nbb-contact.sir-com@dircom.finances.gouv.fr  
[http://www.minefi.gouv.fr/notes\\_bleues/recherche/consult.php](http://www.minefi.gouv.fr/notes_bleues/recherche/consult.php) (en ligne depuis le n° 114 de juillet 1997)

**NOTES ET DOCUMENTS**

URCAM de Bourgogne  
14 rue Jean Giono  
21000 Dijon  
☎ 03 80 78 80 16  
Fax : 03 80 74 16 67  
<http://www.bourgogne.assurance-maladie.fr/> => publications (certains numéros sont en ligne)

O

**OBSERVATEUR DE L'OCDE (L')**

**Rédaction et diffusion** : Les Editions de l'OCDE  
Château de la Muette  
2, rue André Pascal  
75775 Paris cedex 16  
☎ 01 45 24 82 00  
Fax : 01 45 24 82 10  
email : sales@oecd.org  
<http://www.observateurocde.org> (En ligne depuis 1999)

**OBSERVATOIRE DU LIR**

112, av. Kléber  
75784 Paris cedex 16  
☎ 01 47 55 74 08  
Fax : 01 47 55 74 09  
email : contact@lir.asso.fr  
<http://www.lir.asso.fr>

P

**PARTICULIER (LE)**

21, Bd Montmartre  
75076 Paris Cedex 02  
☎ 01 40 20 71 91  
Fax: 01 40 20 71 25  
Email : abonnement@leparticulier.fr  
<http://www.leparticulier.fr/>

**PETITES AFFICHES DE LA LOI - LE QUOTIDIEN JURIDIQUE**

2, rue Montesquieu  
75041 Paris cedex 01  
☎ 01 42 61 56 14  
Fax : 01 47 03 92 02  
<http://www.petites-affiches.com/pa/> (certains sommaires en ligne)

**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>

**PHARMACIENS (LES)**

**Rédaction et diffusion** : CNOP (Conseil National de l'Ordre des Pharmaciens)  
4, avenue Ruysdaël  
75008 Paris  
☎ 01 56 21 34 34  
Fax : 01 56 21 34 99  
<http://www.ordre.pharmacien.fr/>

**POINT (LE)**

**Rédaction et diffusion** :  
74, av. du Maine  
75014 Paris  
☎ 01 44 10 10 10  
<http://www.lepoint.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 21 99  
email : ined@ined.fr  
[http://www.ined.fr/fr/ressources\\_documentation/publications/population/](http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/population/) (sommaires et résumés, index des auteurs)



## 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](mailto:redaction@pharmaceutiques.com)  
<http://www.pharmaceutiques.com>

## PREMIERES INFORMATIONS ET PREMIERES SYNTHES

**Rédaction et diffusion :** La Documentation Française  
29, Quai Voltaire  
75007 Paris  
☎ 01 40 15 68 74  
Fax : 01 40 15 68 01  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/3303333300009/index.shtml>  
[http://www.travail.gouv.fr/publications/liste\\_collections.asp#collection11](http://www.travail.gouv.fr/publications/liste_collections.asp#collection11) (en ligne depuis 1998)

## Q

## QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

**Diffusion :** IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)  
10, rue Vauvenargues  
75018 Paris  
☎ 01 53 93 43 17  
Fax : 01 53 93 43 50  
Email : [commande@irdes.fr](mailto:commande@irdes.fr)  
<http://www.irdes.fr> => Le bulletin d'information de l'Irdes (en ligne)

## QUOTIDIEN DU MEDECIN (LE)

**Rédaction et diffusion :**  
140, rue Jules Guesdes  
92593 Levallois Perret cedex  
☎ 01 41 40 75 00  
<http://www.quotimed.com>

## R

## REVUE D'EPIDEMOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

**Diffusion :** Masson Périodiques  
120, bd Saint germain

75280 Paris cedex 06

☎ 01 40 46 62 00  
Fax : 01 40 46 62 01  
<http://www.e2med.com/>

## REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

**Rédaction :** Ministère de l'Emploi et de la Solidarité  
DREES  
11, place des 5 Martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14  
☎ 01 40 56 82 31  
email : [francoise.leclerc@sante.gouv.fr](mailto:francoise.leclerc@sante.gouv.fr)  
**Diffusé par :** La Documentation Française  
124, rue Henri Barbusse  
93308 Auvervilliers cedex  
☎ 01 40 15 70 00  
Fax : 01 40 15 68 00  
[http://www.sante.gouv.fr/drees/rfas/doc\\_archive.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/rfas/doc_archive.htm) (résumés et sommaires depuis le n° 3 de 1998)

## REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

**Rédaction et diffusion :** FHF (Fédération Hospitalière de France)  
33, avenue d'Italie  
75013 Paris  
☎ 01 44 06 84 44  
Fax : 01 44 06 84 45  
email : [fhf@fhf.fr](mailto:fhf@fhf.fr)  
<http://www.fhf.fr>

## RAPPORTS DU CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

**Rédaction :** Conseil économique et social  
[http://www.conseil-economique-et-social.fr/ces\\_dat2/2-3based/base.htm](http://www.conseil-economique-et-social.fr/ces_dat2/2-3based/base.htm) (en ligne à partir de 1998, notices de 1947 à 1997)  
**Diffusion :** Direction des Journaux Officiels  
26 rue Desaix  
75727 Paris cedex 15  
☎ 01 40 58 79 79  
Fax : 01 45 79 17 84  
Email : [info@journal-officiel.gouv.fr](mailto:info@journal-officiel.gouv.fr)  
3615 CES  
3615/3616 JOURNAL OFFICIEL  
<http://journal-officiel.gouv.fr>

## RECHERCHE (LA)

**Rédaction :** Société d'Editions Scientifique  
**Diffusion :** La Recherche  
Service Abonnement  
B 604  
60732 Ste Geneviève cedex  
☎ 03 44 62 52 17  
email : [larecherche@presse-info.fr](mailto:larecherche@presse-info.fr)  
<http://www.larecherche.fr>

## REFERENCES EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Editions GSP  
53, rue de Bellevue  
92100 Boulogne  
<http://www.gyneweb.fr/Sources/revues/referenc/accueil.html>

## RETRAITE & SOCIETE

**Rédaction** : CNAV (Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse)  
**Diffusion** : la Documentation française  
☎ 01 40 15 70 00  
Fax : 01 40 15 68 00  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>  
email : [commandes.vel@ladocumentationfrancaise.fr](mailto:commandes.vel@ladocumentationfrancaise.fr)  
<http://www.cnaf.fr/5etude/documentation/retraite.htm>

## REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE

Ministère Fédéral des Affaires Sociales, de la Santé Publique, et de l'Environnement  
Service Publications  
Rue de la Vierge noire 3c  
B-1000 Bruxelles  
Belgique  
Email : [social.security@minsoc.fed.be](mailto:social.security@minsoc.fed.be)  
Revue partiellement consultable sur le site :  
<http://socialsecurity.fgov.be/bib/index.htm>

## S

## SANTE ET SYSTEMIQUE

<http://ses.e-revues.com/acceuil.jsp>  
**Diffusion** : Lavoisier  
14, rue de Provigny  
94236 Cachan cedex  
☎ 01 47 40 67 00  
email : [abo@Lavoisier.fr](mailto:abo@Lavoisier.fr)  
<http://www.e-revues.lavoisier.fr/> => santé et système  
ou  
Hermès Sciences Publications  
8, quai du Marché-Neuf  
75004 Paris  
☎ 01 53 10 15 20  
Fax : 01 53 10 15 21  
<http://www.editions-hermes.fr/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 : [sante.publique@sfsp-france.org](mailto:sante.publique@sfsp-france.org)  
<http://www.sfsp.info/revue/revue.htm> (sommaires et texte intégral de 1998 à 2001, sommaires depuis 2002)

## SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE

**Rédaction et diffusion** : OFQSS (Observatoire Franco-Québécois de la Santé et de la Solidarité)  
**Diffusion** :  
IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé)  
10, rue Vauvenargues  
75018 Paris  
☎ 01 53 93 43 39  
Fax : 01 53 93 43 50  
Email : [ofqss@irdes.fr](mailto:ofqss@irdes.fr)  
<http://www.irdes.fr/Publications/Revue/revfranqueb.htm>  
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](mailto: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://permanent.sciencesetavenir.com/>

## 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> (résumés en ligne depuis 1997)

**SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE**

**Rédaction et diffusion** : Editions de santé  
49, rue Galilée  
75116 Paris  
☎ 01 40 70 16 15  
Fax : 01 40 70 16 14  
<http://www.editionsdesante.fr/SiteEDS.nsf/AGdefaultRevuesSEVE?OpenFrameSet>

**STATISTIQUES EN BREF : POPULATION ET CONDITIONS SOCIALES**

**Rédaction** : EUROSTAT  
OSCE (Office Statistique des Communautés Européennes)  
2, rue Mercier  
2985 Luxembourg  
Luxembourg  
☎ 00 352 2929 42118  
Fax : 00 352 2929 42709  
email : info-info-opoce@cec.eu.int  
**Diffusion en France** : Insee Info Service  
Eurostat Data Shop  
☎ 01 53 17 88 44  
Fax : 01 53 17 88 22  
email : datashop@insee.fr  
<http://publications.eu.int>  
[http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?\\_pageid=1090,30070682,1090\\_30298591&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://epp.eurostat.cec.eu.int/portal/page?_pageid=1090,30070682,1090_30298591&_dad=portal&_schema=PORTAL) => Signet Publications (numéros en ligne)

**SYNTHESES**

**Rédaction et diffusion** : CCMSA (Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole)  
Direction Comptable et Financière  
Département Statistiques  
Les Mercuriales  
40, rue Jean-Jaurès  
93547 Bagnole Cedex  
☎ 01 41 63 77 77  
<http://www.msa.fr>

U

**UNIVERSALIA**

Encyclopedia Universalis  
18 rue de Tilsitt  
75809 Paris Cedex 17  
☎ 01 45 72 72 62

email : [education@universalis.fr](mailto:education@universalis.fr)  
<http://www.universalis.fr>

V

**VIVA**

3-5, rue de Vincennes  
93108 Montreuil cedex  
☎ 01 49 88 53 30  
Fax : 01 49 88 53 70  
Email : [viva@viva.presse.fr](mailto:viva@viva.presse.fr)  
<http://www.viva.presse.fr>

# Calendrier des colloques



## JUILLET 2006

### ■ HTAI 2006 6 3RD Annual Meeting Health Technology Assessment International

**Adélaïde, Australie**

2 Juillet 2006

Renseignement :

Site internet : <http://healthconomics.org/conferences/001649.html>

### ■ 3ème Université d'été francophone en santé publique

**Besançon**

2-7 Juillet 2006

Renseignement : Elodie Demougeot

Université d'été francophone en santé publique

Faculté de pharmacie

Place Saint-Jacques - 25030 Besançon Cedex.

Tél. : 03 81 66 55 75 - Fax : 03 81 66 58 69

E-mail : [elodie.demougeot@univ-fcomte.fr](mailto:elodie.demougeot@univ-fcomte.fr)

Site internet : [www.urcam.org/univete/index.htm](http://www.urcam.org/univete/index.htm)

### ■ XVIIIe Journées scientifiques de la SEH " Milieux de vie et santé "

**Quelles pratiques interdisciplinaires**

**Marseille**

5-7 Juillet 2006

Renseignement : Secrétariat colloque SEH

" Milieux de vie et santé "

DENTES, Université de Provence,

Centre Saint-Charles Case 75

3, place Victor Hugo - 13331 Marseille Cedex

E-mail : [ecologie.humaine@wanadoo.fr](mailto:ecologie.humaine@wanadoo.fr)

### ■ 6th European Conference on Health Economics

**Budapest**

6-9 Juillet 2006

Renseignement : Convention Budapest Kft.

Ferenc Miklosi managing director

Zsombor Papp (exhibition)

Timea Méro-Bartok (registration, abstracts)

Pf. 11, 1461 Budapest, Hungary

Tél. : + 36 1 299 0184, 85, 86 - Fax : + 36 1 299 0187

E-mail : [convention@convention.hu](mailto:convention@convention.hu)

Site internet : [www.convention.hu](http://www.convention.hu) ; [www.ehce2006.com](http://www.ehce2006.com)

### ■ Evidence-Based Policies & Indicator Systems - Fifth international inter-disciplinary conference

**Londres**

11-13 Juillet 2006

Renseignement : Ms Kalvinder Dhillon

EB2006

CEM Centre, Mountjoy Research Centre 4

Durham University

Stockton Road - Durham DH1 3UZ

Tél. : + 44 (0) 191 33 44185 - Fax : + 44 (0) 191 33 44180

E-mail : [EB2006@cem.dur.ac.uk](mailto:EB2006@cem.dur.ac.uk)

Site internet :

<http://www.cemcentre.org/eb2006/A4%20web%20ebe%202006%20CONF%20FLYER.pdf>

## AOÛT 2006

### ■ 11 th world congress on public health

**Rio de Janeiro**  
21-25 Août 2006

Renseignement :  
E-mail : [contato@saudecoletiva2006.com.br](mailto:contato@saudecoletiva2006.com.br)  
Site internet : <http://www.saudecoletiva2006.com.br>

## SEPTEMBRE 2006

### ■ " Etat et régulation sociale. Comment penser la cohérence de l'intervention publique ?

**Paris**  
Septembre 2006

Renseignement : Matisse  
MSE, 106, boulevard de l'Hôpital - 75013 Paris  
Tél : 01 44 07 81 83  
E-mail : [ColloqueEtatSocial@univ-paris1.fr](mailto:ColloqueEtatSocial@univ-paris1.fr)  
Site internet : <http://matisse.univ-paris1.fr>

### ■ " Population et travail - Dynamiques démographiques et activités "

**Aveiro - Portugal**  
18-23 Septembre 2006

Renseignement : AIDELF - Secrétariat général  
133, boulevard Davout - 75980 Paris Cedex 20  
Tél. : 33 (0)1 56 06 21 48/20 81 - Fax : 33 (0)1 56 06 22 19  
E-mail : [aidelf-colloque2006@ined.fr](mailto:aidelf-colloque2006@ined.fr)  
Site internet : <http://www.aidelf.org>

### ■ 6th International Conference on Priorities in Health care

**Toronto, Canada**  
20 Septembre 2006

Renseignement :  
Site internet : <http://healtheconomics.org/conferences/001612.html>

### ■ 5ème Conférence internationale de l'accueil temporaire : Aidons les aidants - quelles innovations sociales en faveur des proches des personnes en situation de handicap quel que soit l'âge ?

**The 5th international respite care conference : Take care of the caregivers - social innovation to assist caregivers of disabled persons of any age ?**

**Evry**  
27-29 Septembre 2006

Renseignement : Jenny Trupin, Irina Costa  
COMM Santé  
Tél. : (+33) 5 57 97 19 19 - Fax : (+33) 5 57 97 19 15  
E-mail : [accueiltemporaire@comm-sante.com](mailto:accueiltemporaire@comm-sante.com)

### ■ EU Healthcare Futures Conference

**Brussels - Belgium**  
29-30 Septembre 2006

Renseignement : EUHCF  
The Choice Group  
65 Knowl Piece, Wilbury Way,  
Hitchin, SG4 0TY, UK  
Jo Watling  
Tél. : +44 (0) 1462 471800 - Fax : +44 (0) 1462 441130  
E-mail : [EUHCF@choicegroup.co.uk](mailto:EUHCF@choicegroup.co.uk)





## NOVEMBRE 2006

### ■ **Responsabilité, Justice et Exclusion Sociale : Quel système de santé pour quelles finalités ?**

#### **Québec**

1er Novembre 2006

Renseignement : Monsieur Roberson Edouard  
Direction de la Recherche et de l'enseignement  
Centre de Santé et de Service Sociaux de la Vieille-Capitale  
55, Chemin Sainte-Foy - G1R 1S9 Québec  
Tél : (+418) 656 2131 poste 4729 - Fax : (+418) 656 3023  
E-mail : Roberson.edouard.colloque@ssss.gouv.qc.ca  
Site internet : <http://www.msss.gouv.qc.ca>

### ■ **Journées des Economistes de la Santé Français (JESF)**

#### **Dijon**

23-24 Novembre 2006

Renseignement :  
Site internet : [http://www.ces-asso.org/Pages/JESF\\_2006.htm](http://www.ces-asso.org/Pages/JESF_2006.htm)

## DECEMBRE 2006

### ■ **Third International Jerusalem Conference on Health Policy Whith this year's theme: Health Systems - Are we in a Post Reform Era ?**

#### **Jerusalem - Israël**

10-13 December 2006

Renseignement : Amy Lipman  
The Israel National Institute for Health Policy Research  
Tél : 972-3-5303516-7 - Fax : 972-3-5303250  
E-mail : [nihp@israelhpr.health.gov.il](mailto:nihp@israelhpr.health.gov.il)  
Site internet : <http://www.israelhpr.org.il/>

## MAI 2007

### ■ **12th Annual Int. Meeting Int. Society for Pharmacoeconomics & outcomes Research**

#### **Virginia- USA**

19-23 Mai

Renseignement :  
E-mail : [info@ispor.org](mailto:info@ispor.org)  
Site internet : <http://www.ispor.org/meetings>

## JUILLET 2007

### ■ **Explorations in Health Economics: 6 th Ihea World Congress**

8-10 juillet 2007

Renseignement :  
Site internet : <http://www.healthconomics.org/conferences/001242.html>

**DATE NON PRECISEE**

■ **Colloque " Médicaments et Psychoses .**

**Les questions des familles, les réponses de la recherche ".**

Renseignement : E-mail : [delbecq@unafam.org](mailto:delbecq@unafam.org)



# QUOI DE NEUF, DOC ?

## Bulletin bibliographique en Économie de la Santé

Publication bimestrielle  
de l'Institut de Recherche  
d'Etude et Documentation en Économie de la Santé  
10, rue Vauvenargues  
75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 00 - Fax : 01 53 93 43 50  
ISSN : 1148-2605

**Tarif d'abonnement 2006** : 100 € (franco de port)

**Consultation des documents :**  
sur rendez-vous exclusivement.

**Vous pouvez venir consulter les documents signalés dans ce bulletin au :**

Service de documentation de l'IRDES  
10, rue Vauvenargues 75018 PARIS  
Tél. : 01 53 93 43 51 ou 01

**Heures d'ouverture :**

Lundi - Mardi - Jeudi 9h15-12h15

**Directrice de la publication**

Chantal Cases

**Rédactrice en chef**

Marie-Odile Safon

**Rédactrices adjointes**

Suzanne Chriqui - Agnès Grandin

**Diffusion**

Sandrine Bequignon - Nathalie Meunier

**Mise en page**

Khadija Ben Larbi

