

## **Quoi de neuf, Doc?**

Bulletin bibliographique  
en économie de la santé

Novembre - Décembre 2007

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

L'IRDES est disponible sur Internet.

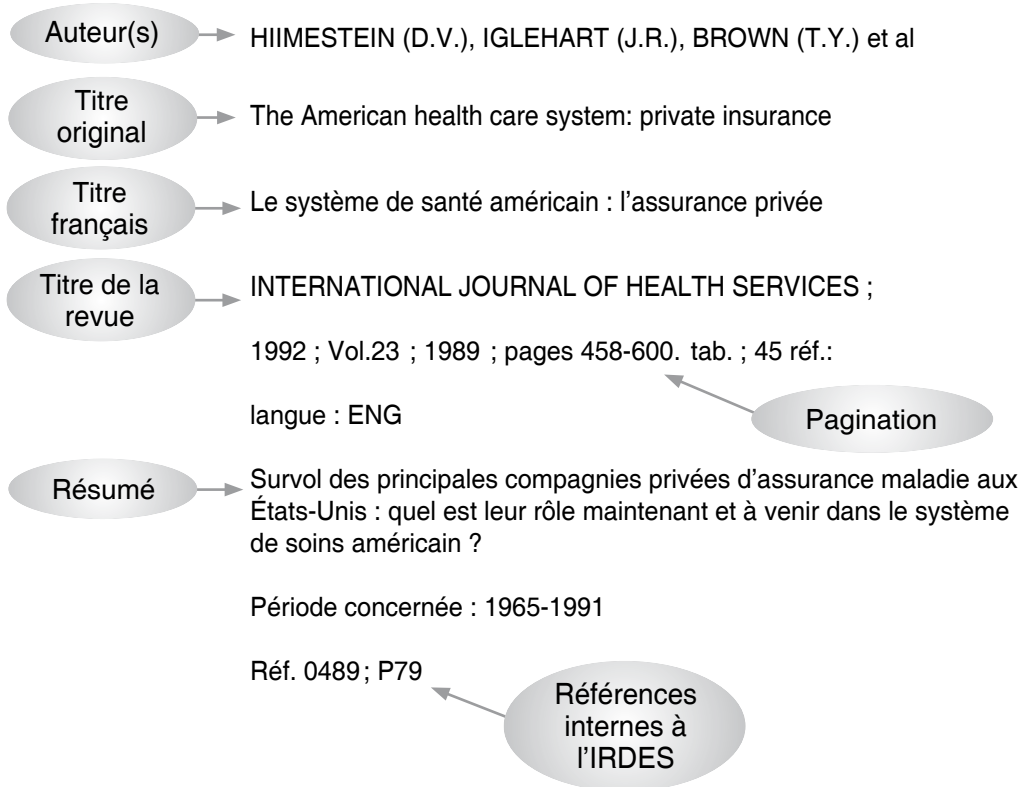
Pour contacter le centre de documentation : email : **documentation@irdes.fr**

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

Serveur Web : **www.irdes.fr**



## Comment lire une notice?




## Signification des abréviations

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



## **Sommaire**





**Nous vous rappelons qu'il ne sera délivré  
aucune photocopie par courrier  
des documents signalés dans ce bulletin**



# Sommaire

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 17 POLITIQUE DE SANTÉ

Dossier médical personnel.....	17
Droits des malades .....	18
Enseignement .....	18
Représentation des usagers .....	19
Satisfaction des usagers .....	19

### 20 PROTECTION SOCIALE

Aide médicale d'État .....	20
Aide sociale.....	20
Assurance maladie.....	20
Assurance privée .....	20
Assurance sociale.....	21
Capital social.....	21
Études prospectives.....	21
Historiographie .....	22
Minima sociaux .....	22
Minimum vieillesse .....	23
Protection sociale complémentaire .....	23
Retraite.....	24
RMI.....	26

### 27 PRÉVENTION

Cancer du sein.....	27
Cancer colo-rectal.....	28
Erreur médicale.....	29
Suicide .....	29

### 30 DÉPENSES DE SANTÉ

Accidents du travail.....	30
Comptes nationaux de la santé.....	30
Coûts de la maladie .....	30
Dépenses pharmaceutiques .....	31
Déterminants.....	31
Évolution .....	31

Indemnités journalières.....	32
Régulation.....	32
Soins ambulatoires.....	32
Soins palliatifs .....	33

### 33 CONSOMMATION MÉDICALE

Consommateurs de soins .....	33
Médicaments antibiotiques.....	33
Médicaments psychotropes .....	34

### 34 INDICATEURS DE SANTÉ

Accidents vasculaires cérébraux.....	34
Asthme .....	35
Bronchopneumathie obstructive.....	35
Cancer.....	36
Céphalée.....	38
Dépression .....	38
Diabète.....	39
Douleur chronique.....	39
Indicateurs socio-sanitaires.....	40
Morbidité ressentie.....	40
Mortalité .....	41
Obésité.....	43
Prévalence .....	43
Risque professionnel.....	44
Tabagisme .....	45
Travail et santé.....	46

### 47 PERSONNES ÂGÉES

Conditions de vie.....	47
Dépendance.....	48
Emploi des seniors.....	48
Établissements d'hébergement.....	48
Représentation de la vieillesse .....	49

## 49 GROUPES DE POPULATION

Adolescents.....	49
Enfants.....	50
Inégalités d'accès aux soins.....	50
Inégalités sociales.....	51
Jeunes adultes.....	54
Personnes handicapées.....	54
Précarité.....	55
Sans domicile fixe.....	55
Veufs.....	55

## 56 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Alsace.....	56
Décentralisation.....	56
Disparités régionales.....	56
Distance d'accès.....	57
Rhône-Alpes.....	57
Sectorisation psychiatrique.....	58

## 58 MÉDECINE LIBÉRALE

Cessation d'activité.....	58
Démographie médicale.....	59
Éthique.....	59
Histoire professionnelle.....	59
Option de coordination.....	60
Pédiatrie.....	60
Pratique médicale.....	60
Profils des patients.....	62
Recherche médicale.....	62
Régulation.....	63
Relation médecin-famille.....	63
Relation soignant-soigné.....	63
Revenus.....	64

## 65 HÔPITAL

Accidents thérapeutiques.....	65
Accréditation.....	65
Cliniques privées.....	66
Indicateurs de gestion.....	66
Hospitalisation à domicile.....	67
Organisation des soins.....	67
Performance.....	67
Réseaux de soins.....	68

Séjour.....	68
Soins de suite et de réadaptation.....	69
Tarifcation.....	69
Transfert de compétences.....	69
Urgence hospitalière.....	70

## 70 PROFESSIONS DE SANTÉ

Accréditation.....	70
Conditions de travail.....	70
Démographie médicale.....	71
Infirmiers.....	71
Mobilité professionnelle.....	71

## 71 MÉDICAMENTS

Antidépresseurs.....	71
Industrie pharmaceutique.....	73
Innovation médicale.....	74
Médicaments génériques.....	74
Observance thérapeutique.....	75
Pharmacie hospitalière.....	75
Pharmaco-épidémiologie.....	76
Pharmacovigilance.....	76
Politique du médicament.....	77
Prix.....	78
Régulation.....	79

## 80 TECHNOLOGIES MÉDICALES

Imagerie médicale.....	80
Information médicale.....	80

## 80 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Allemagne.....	80
Canada.....	80
Espagne.....	82
États-Unis.....	83
Royaume-Uni.....	85
Russie.....	85
Suède.....	85
Union européenne.....	86

## 88 PRÉVISION - ÉVALUATION

Évaluation économique.....	88
Évaluation des pratiques professionnelles.....	88
Médicaments.....	88
Performance.....	89

## 89 MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

Demande de santé.....	89
Enquêtes santé .....	90
Listes d'attente.....	90
Méthode des choix discrets.....	91
Méthode épidémiologique .....	91
Risque moral .....	92

## 92 DÉMOGRAPHIE

Congés parentaux.....	92
Données d'ensemble .....	93
Familles nombreuses.....	93
Fécondité .....	93

## 94 ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Emploi.....	94
Inactivité.....	94
Innovation.....	94
Risque économique .....	95

## 95 DOCUMENTATION - INFORMATIQUE

Nouvelles technologies .....	95
------------------------------	----

## 95 RÉGLEMENTATION

Médicaments.....	95
Travail et santé.....	96

## AUTRES RUBRIQUES

Index des auteurs .....	99
Carnet d'adresses des éditeurs .....	109



## ► Références bibliographiques



## ► Dossier médical personnel

34874

ARTICLE  
SIWEK (P.)

***Maîtrise des coûts de santé : le projet de dossier médical personnel (DMP) en France.***

FUTURIBLES

2007/05 ; n° 330 : 63-70

Cote Irdes : P166

Le déficit du régime général de la Sécurité sociale française s'est élevé à 8,7 milliards d'euros en 2006 (contre 11,6 milliards en 2005), et celui de l'assurance maladie est estimé à six milliards d'euros. L'envolée de ce déficit a pris des proportions alarmantes depuis une dizaine d'années et a fait l'objet de plusieurs réformes. La dernière en date, en 2004, a permis de mettre en place un parcours de soins coordonnés et d'assurer une première baisse des coûts (et des gaspillages). La deuxième étape de cette réforme devrait consister en l'instauration d'un dossier médical personnel (DMP) pour tous les Français. Ce système se veut ambitieux, puisqu'il a pour objectif de représenter l'historique médical de chaque patient et de favoriser la coordination des soins. Mais, comme l'explique Patricia Siwek dans cet article, ce nouveau dispositif pose de nombreux problèmes, tant techniques qu'humains. En effet, le DMP exigera organisation et bonne volonté de la part des médecins et de leurs patients : il ne se substituera pas aux autres dossiers médicaux et les patients pourront refuser l'ajout de certaines informations à leur DMP. Et, pour être efficace, le DMP devra être effectivement, correctement et massivement utilisé, afin de rentabiliser son coût et de permettre un meilleur fonctionnement de l'assurance maladie. Car, explique l'auteur, si le DMP ne permettra pas à lui seul de résoudre tous les problèmes de l'assurance maladie, il pourrait du moins lui offrir plus de transparence et de rationalité (Résumé de l'éditeur).

35584

ARTICLE  
BOURQUARD (K.)

***Dossier médical partagé ou personnel : situation internationale.***

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2007/01-03 ; vol. 38 : n° 1 : 55-67

Cote Irdes : P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Dossier\\_medical\\_situation\\_internationale.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Dossier_medical_situation_internationale.pdf)

Afin d'apporter un éclairage international aux questions posées en France par la mise en oeuvre du DMP, l'auteur a analysé les aspects d'organisation du territoire, de stratégie, de conduite du changement et de cadre technique. Les pays abordés sont les états européens, les États-Unis et le Canada, l'Australie et le Japon.

35932

ARTICLE  
CANIARD (E.)

***Dossier médical : quel objectif ?***

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2007/03 ; n° 58 : 1

Cote Irdes : C, P49

Le dossier médical est au centre de l'activité législative et des polémiques depuis de nombreuses années. La loi du 4 mars 2002 a permis l'accès direct au dossier médical, disposition qui n'est aujourd'hui plus contestée mais à encore du mal à s'exercer dans les conditions voulues par le législateur. La loi du 13 août 2004 a prévu la généralisation du dossier médical (DMP), mesure plébiscitée dans son principe par l'ensemble des acteurs mais qui aujourd'hui, de report en difficulté, pourrait rapidement devenir l'Arlésienne du système de santé. Au service du patient dont il est la propriété, et des professionnels, le DMP est avant tout un outil d'amélioration de la qualité des soins. L'exercice individuel et isolé de la médecine est révolu. Le dossier médical personnel est indispensable pour organiser et articuler l'intervention des professionnels de santé autour du patient si l'on veut éviter les effets délétères d'une excessive spécialisation et préserver la prise en charge globale du patient. Il est d'ailleurs significatif de constater que les réseaux sont les principaux pourvoyeurs des expérimentations de dossiers médicaux. Que la traçabilité ainsi organisée permette un meilleur contrôle, une meilleure régulation du système est un fait, mais un fait positif ! C'est le développement de ce débat tout au cours du déploiement du DMP qui permettra de redonner du sens en clarifiant les objectifs, en les hiérarchisant pour qu'ils soient mieux partagés : distinguer l'objectif final des objectifs intermédiaires, se donner les moyens d'un pilotage dans la durée, associer les acteurs, telles sont les conditions de la réussite.

35938

ARTICLE  
COLIN (C.), ADENOT (I.), LIVARTOWSKI  
(A.), et al.

***Le dossier médical personnel.***

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PU-  
BLIQUE

2007/03 ; vol. : n° 58 : 17-56

Cote Irdes : C, P49

Ce dossier réunit en quelques pages tout ce que le système de santé français porte comme espoir : une meilleure vie pour tous, et comme contraintes : l'ensemble mal arrangé de systémiques stratifiées et de comportements individuels divergents, qui surprend plus d'un observateur extérieur. Gageons que la constance avec laquelle sont appliquées les réformes dans le système de santé nous conduise au progrès sanitaire et social.

35941

ARTICLE  
COURTOIS (X.), BARDON (M.), MILLAT-  
GUITTARD (L.), et al.

***Les dossiers médicaux : quelques expérimentations.***

*Le dossier médical personnel.*

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PU-  
BLIQUE

2007/03 ; vol. : n° 58 : 41-45

Cote Irdes : C, P49

Les deux exemples présentés ici illustrent des approches différentes du dossier médical. A Lyon, le dossier médical papier a été confié directement aux patientes atteintes d'un cancer du sein. A Annecy, un système de messagerie permettant l'échange d'informations médicales nominatives entre médecins libéraux et médecins hospitaliers a été expérimenté. La phase expérimentale du DMP s'est arrêtée le 31 décembre 2006. La phase de généralisation qui devait lui faire suite souffre de quelques retards en l'attente de la parution des textes réglementaires nécessaires et de la définition de l'identifiant personnel du patient. Cette attente peut être l'occasion de faire le point sur les problématiques que peut présenter le DMP pour les usagers comme les médecins, et sur ce qu'il va changer pour le médecin en termes de secret médical et de responsabilité.

## ► Droits des malades

34451

ARTICLE  
HAUTEMANIERE (A.)

***Motivations et modalités d'accès au dossier médical. L'après-loi du 4 mars 2002.***

GESTIONS HOSPITALIERES

2006/10 ; n° 459 : 548-550

Cote Irdes : P67

La publication au Journal officiel de la loi dite « Kouchner » et des décrets d'application permet le libre accès des patients à leur dossier médical. Cette loi modifie considérablement les rapports des patients et des ayants droit vis-à-vis des documents collectés durant leur prise en charge par les différents professionnels de santé. Les prescriptions législatives et réglementaires permettant cet accès imposent une réorganisation et une modification des pratiques dans les établissements de santé, notamment au niveau des archives médicales, puisque l'accès porte sur un dossier juridiquement unique. Cette notion d'unicité impose une gestion centralisée si possible des dossiers dits de « spécialités », notamment dans le processus de conservation. Cette étude rétrospective a analysé, à l'aide d'un questionnaire, l'ensemble des demandes parvenues aux AMC (Archives Médicales Centralisées) du centre hospitalier de Dieppe entre le 4 mars 2002 et le 1er décembre 2003. La période d'étude a été scindée en deux pour permettre d'extraire l'effet de la montée en charge. La première période débutait le 4 mars 2002 pour se terminer le 31 mars 2003. La seconde se situait entre le 1er avril et le 1er décembre 2003.

## ► Enseignement

35008

ARTICLE  
SALOMEZ (J.-L.), DUBOIS (G.), PENE (P.),  
BINET (J.-L.)

***L'enseignement de la santé publique en France : objectifs et perspectives. Discussion.***

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE  
DE MEDECINE

2006 ; vol. 190 : n° 7 : 1375-1382

Cote Irdes : P76

La santé publique se distingue des autres champs d'enseignement en santé par l'étendue de son champ et la diversité de ses publics. Les formations universitaires sont assurées actuellement en France par plus de trois

cents enseignants chercheurs titulaires en lien direct avec une activité de recherche significative et une insertion professionnelle dans les hôpitaux et les structures extra-hospitalières de santé publique. Les cadres de la fonction publique sont par contre formés par l'Ecole Nationale de la Santé Publique. Les principaux problèmes des formations universitaires tiennent dans leur dispersion et leur multiplication sur le territoire national. La création de l'Ecole des Hautes Études en Santé Publique offre l'opportunité d'une rationalisation et d'une mise en réseau de l'offre de formation mais soulève la place dévolue à l'Université dans le champ des formations en santé publique.

## ► Représentation des usagers

35934

ARTICLE  
ZEMOR (P.)

### ***La représentation participative des malades.***

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2007/03 ; n° 58 : 6-8

Cote Irdes : C, P49

Une commission nationale (la CNA) a été créée afin d'agrèer les associations qui représentent les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique. Depuis une quinzaine d'années, les droits des malades ont été précisés et mieux définis, reconnus et plus défendus. Particulièrement significative est la reconnaissance que le corps médical lui-même et les équipes soignantes accordent aux rôles que jouent les usagers des établissements hospitaliers et les représentants des malades pour améliorer la qualité du système de santé.

33988

ARTICLE  
LEVASSEUR (G.), SCHWEYER (F.X.), DUPONT (C.)

### ***Le partenariat entre les associations d'usagers et les médecins généralistes.***

SANTE PUBLIQUE

2006/09 ; vol. 18 : n° 3 : 363-373, tabl.

Cote Irdes : P143

Les pouvoirs publics ont favorisé la représentation des usagers dans les établissements de santé et dans les instances régionales. Une question se pose : celle des liens et des apports réciproques entre la médecine libérale et les associations d'usagers. Les associa-

tions d'usagers dans le domaine de la santé sont mal connues des médecins car leurs actions les concernent peu. Toutefois l'amélioration des prises en charge des patients pourrait donner lieu à des relations, souvent dans une configuration triangulaire : association - médecine de ville - hôpital. Les relations entre médecine de ville et associations peuvent dépendre de la médecine hospitalière. Le « monde libéral » évoqué par ces associations concerne souvent plus les professionnels de santé paramédicaux que la médecine de ville elle-même.

## ► Satisfaction des usagers

35879

ARTICLE  
ADANG (E.D.D.), BORM (G.F.)

### ***Is there an association between economic performance and public satisfaction in health care?***

### ***Existe-t'il un lien entre la performance économique et la satisfaction du public vis-à-vis du système de santé ?***

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2007/09 ; vol. 8 : n° 3 : 279-285, tabl., fig.

Cote Irdes : P151

Earlier studies on the association between health systems' economic performance and public satisfaction were based on between-countries comparisons. This approach can be challenged as it ignores the fact that subjective measures like 'satisfaction' might be relative. Cohort analysis is a way of dealing with this issue as it focuses on within-countries comparisons. The association between change in satisfaction with health care systems and change in economic performance, determined by an output-orientated constant returns to scale Data Envelopment Analysis Malmquist model over the period 1995 to 2000/2002 using OECD data, is explored. The results show that a health care systems' economic performance is not associated with public satisfaction.

## ► Aide médicale d'État

33308

ARTICLE  
DEVYS (C.)

**La réforme de l'aide médicale d'Etat censurée par le Conseil d'Etat.**

DROIT SOCIAL  
2006/11 ; n° 11 : 1037-1042  
Cote Irdes : P109

Cet article fait part des critiques du monde associatif contre le nouveau dispositif de l'AME, dans son ensemble et en particulier contre l'introduction de la condition de résidence de trois mois et l'abandon d'un principe déclaratif au profit d'un mécanisme de justification tant des ressources que la présence ininterrompue depuis trois mois. Est également contesté le basculement des mineurs étrangers du régime de la CMU dans le régime de l'AME. Il analyse les conventions internationales citées par les requérantes

## ► Aide sociale

35014

FASCICULE  
BAILLEAU (G.), TRESPEUX (F.)

**Bénéficiaires de l'aide sociale des départements en 2005.**

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES  
2007/03 ; n° 107 : 79p.  
Cote Irdes : S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat107.pdf>

L'aide sociale recouvre l'aide sociale aux personnes âgées, l'aide sociale aux personnes handicapées, l'aide sociale à l'enfance et le Rmi. À la fin 2005, en France métropolitaine, plus de 2 700 000 personnes étaient prises en charge au titre de l'une de ces quatre formes d'aide : près de 1 100 000 personnes ont bénéficié de l'aide aux personnes âgées et plus de 235 000 personnes percevaient l'aide aux personnes handicapées. Enfin, près de 273 000 bénéficiaires étaient pris en charge au titre de l'aide sociale à l'enfance et plus de 1 million d'allocataires ont bénéficié du RMI. La structure de l'aide sociale départementale s'est fortement modifiée à partir de 2004 - élargissement des compétences des départements en matière d'insertion - avec la loi de décentralisation du RMI. Ainsi, fin 2005, les

allocataires du RMI constituent 41 % des bénéficiaires de l'aide sociale départementale.

## ► Assurance maladie

34843

ARTICLE  
ECALLE (F.)

**Assurance-maladie : plafonner les franchises et tickets modérateurs en fonction du revenu.**

SOCIETAL  
2007/04 ; n° 56 : 4-7, tabl.  
Cote Irdes : P114

L'analyse proposée dans cet article repose sur un ouvrage réalisé par l'Institut de l'entreprise : « C'est possible ! Voici comment... ». Dans cet ouvrage, il est proposé de mieux prendre en compte les revenus des ménages pour rembourser leurs dépenses de santé. Le reste à charge qui leur est laissé par l'assurance maladie obligatoire est actuellement, en effet, sans aucun rapport avec leur capacité contributive. Si le reste à charge supporté par chaque ménage était limité à un certain pourcentage de son revenu, la justice sociale serait sensiblement améliorée et, en modifiant ce pourcentage, les comptes de l'assurance-maladie pourraient être équilibrés.

## ► Assurance privée

34043

ARTICLE  
LEWALLE (H.)

**Regard sur l'assurance maladie privée dans l'Union européenne.**

*Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES  
2006/04-09 ; n° 2-3 : 141-166  
Cote Irdes : P59

Les systèmes de santé qui se sont développés dans l'Union européenne partagent des valeurs et des principes communs qui fondent le « modèle social européen ». Ils sont structurés sur une logique de solidarité bismarckienne ou bévéridgienne et couvrent l'ensemble de la population. Depuis deux décennies, ils sont confrontés à une forte croissance des dépenses de santé, compte tenu de l'évolution des pratiques médicales, de plus en plus onéreuses, de l'accroissement de la demande

de soins et du vieillissement démographique. En adoptant des mesures de maîtrise des dépenses, les États ont alourdi la participation aux frais des patients, accroissant, en conséquence, la nécessité de recourir aux assurances complémentaires, soit pour couvrir « les restes à charge », soit pour accéder à des soins privés. Nonobstant, l'assurance maladie privée ne remplit qu'une fonction secondaire. L'étendue de la protection obligatoire et la façon dont elle est organisée déterminent fondamentalement la demande et les formes de protection privée.

## ▮ Assurance sociale

35292

ARTICLE  
NELSON (K.)

***L'universalisme ou le ciblage : la vulnérabilité de l'assurance sociale et de la protection du revenu minimum sous condition de ressources dans 18 pays, 1990-2002.***

REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE SOCIALE (AISS)

2007/01-03 ; vol. 60 : n° 1 : 37-65

Cote Irdes : P55

La stagnation et l'austérité des politiques sociales de ces dernières décennies suscitent un fort regain d'intérêt et de préoccupation pour la littérature relative à l'Etat providence. La présente étude se penche sur les différences dans l'évolution des prestations sous condition de ressources et des prestations d'assurance sociale. Elle aborde les questions liées à la mesure de l'austérité des politiques et à la vulnérabilité des prestations sociales. On distingue deux hypothèses contradictoires : l'une affirme que l'évolution des prestations sous condition de ressources ressemble à celle de l'assurance sociale ; l'autre, plus récente, soutient que l'évolution des prestations sous condition de ressources épouse un profil singulier. Les analyses empiriques se fondent sur les données institutionnelles concernant le niveau des prestations sociales. L'étude montre que l'assurance sociale a plus de chance de survivre aux périodes d'austérité et que la vulnérabilité des prestations sous condition de ressources est liée à l'organisation des prestations d'assurance sociale.

## ▮ Capital social

ROSTILA (M.)

**Social capital and health in European welfare regimes: a multilevel approach.**

JOURNAL OF EUROPEAN SOCIAL POLICY  
2007/08 : vol. 7 : n° 3 : 223-239

Cote Irdes : P91

It has been suggested that welfare state characteristics are important for the creation of social trust and moreover that trust is related to health. However, the relationship between social capital and health has not previously been analysed from a welfare state perspective. This article therefore examines how welfare regimes, trust and self-rated health are related, primarily with multilevel logistic regressions. The findings suggest large variations in trust between European welfare regimes and a strong association between trust and health at population level. An association was also found between the post-socialist regime and individual health. This association persisted after adjustment for several confounders/mediators but turned non-significant after adjustment for contextual trust. This suggests that social trust might account for the association. The results further indicate that contexts with low trust, such as the post-socialist context, are somewhat more detrimental for the health of distrustful individuals. In overall terms, these findings suggest that contextual social trust could explain health differences between European welfare regimes.

## ▮ Études prospectives

34959

ARTICLE  
LAFORE (R.)

***La protection sociale, une valeur ? Dans le cadre d'un « vivre ensemble » démocratique.***

INFORMATIONS SOCIALES

2006/12 ; n° 136 : 84-95

Cote Irdes : P171

La protection sociale comme forme de solidarité est une valeur commune, constitutive de la société. Dans les sociétés démocratiques, en lien avec les principes d'égalité et de liberté, s'ouvre sur ce sujet un lieu de débats, en même temps qu'un espace conflictuel face aux notions de risque et de responsabilité. Comment concilier le consensus nécessaire à leur institution et les logiques plurielles ainsi émergentes ?

34960

ARTICLE  
BELORGEY (J.-M.)

***Les choix de la protection sociale : l'avenir en question.***

INFORMATIONS SOCIALES  
2006/12 ; n° 136 : 96-99  
Cote Irdes : P171

Une libre réflexion sur le devenir de la protection sociale, reconnue comme valeur universelle après la Seconde Guerre mondiale. Où en sommes-nous désormais ? Des avancées ont eu lieu, certes, mais de nombreuses menaces se profilent, relatives notamment au poids financier de la solidarité. Les marges de manoeuvre sont-elles vraiment si étroites ?

## ► Historiographie

35465

ARTICLE  
FUKUSAWA (A.)

***Les historiens français face à la protection sociale (1950-2000).***

LE MOUVEMENT SOCIAL  
2002/03 ; n° 200 : 129-137  
Cote Irdes : C, B6069

[http://www.cairn.info/article.php?ID\\_REVUE=LMS&ID\\_NUMPUBLIE=LMS\\_200&ID\\_ARTICLE=LMS\\_200\\_0129](http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=LMS&ID_NUMPUBLIE=LMS_200&ID_ARTICLE=LMS_200_0129)

Comparativement à leurs homologues européens et aux chercheurs d'autres disciplines, les historiens français du social se sont peu intéressés jusqu'aux années 1980 à la protection sociale et à l'« État-providence ». Cette situation historiographique tient sans doute en partie à la connotation péjorative du terme d'État-providence [1], forgé de manière explicitement critique sous le Second Empire [2], auquel ne sont donc pas associées les valeurs positives que l'on prête au Welfare State, création du XXe siècle, sorte de contre-modèle à l'État hitlérien tenu pour un Power State et surtout un Warfare State. Ce qui peut être présenté comme le produit d'un mariage entre État et protection sociale [3] n'intéresse guère les historiens, dont les travaux portent encore essentiellement sur le mouvement ouvrier et syndical. Il a en fait fallu attendre que d'aucuns annoncent la crise de l'État-Providence [4] pour que certains historiens français prennent conscience que le système de Sécurité sociale, et donc le type de Welfare State dont s'est doté la France, sont, à bien des égards, plus étroitement liés qu'ailleurs aux mouvements sociaux, sans qu'il s'agisse de conforter le

mythe d'une Sécurité sociale perçue dans son ensemble comme une conquête ouvrière [5]. L'éditorial de Jacques Caritey (Guy Thuillier) dans Le Mouvement Social d'octobre-décembre 1986, « Une idée neuve : l'histoire de la Sécurité sociale », souligne les perspectives offertes par le défrichage de ce nouveau champ de recherches historiques, avant que l'effondrement de l'Union soviétique n'amène les Français à s'intéresser de plus en plus au réformisme social. Seize ans plus tard, il est peut-être temps de faire un bilan de ces recherches et de mettre en évidence les pistes qui semblent les plus prometteuses.

## ► Minima sociaux

35308

FASCICULE  
PLA (A.)

***Sortie des minima sociaux et accès à l'emploi : premiers résultats de l'enquête de 2006.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/04 ; n° 567 : 8p.  
Cote Irdes : P83

La reprise d'un emploi est le premier motif de sortie du RMI et de l'ASS (allocation de solidarité spécifique) : la moitié des sortants de ces deux minima sociaux occupent un emploi, emploi aidé pour un quart d'entre eux mais CDI pour environ un tiers. 30 % des personnes qui étaient au RMI ou en ASS ne sont plus allocataires mi-2006. Du fait de la durée limitée de l'API (Allocation parent isolé), près de la moitié des parents isolés sont aussi sortis du dispositif, mais un sur deux s'inscrit ensuite au RMI (Revenu minimum d'insertion). Quels que soient les dispositifs, la situation professionnelle des personnes interrogées s'est améliorée, leur taux d'emploi ayant pratiquement doublé (de 12 % environ en décembre 2004 à 25 % mi-2006). Parmi les allocataires toujours inscrits dans les minima sociaux, la majorité recherche un emploi, bien que certains d'entre eux travaillent déjà.

## ► Minimum vieillesse

35322

ARTICLE

CHAPUT (H.), JULIENNE (K.), LELIEVRE (M.)

***L'aide à la vieillesse pauvre : la construction du minimum vieillesse.***

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2007/01-03 ; n° 1 : 57-83

Cote Irdes : P59

Le minimum vieillesse constitue historiquement le premier minimum social. Son objectif était et demeure de garantir un minimum de ressources aux personnes âgées ne disposant pas d'une pension ou ayant de faibles ressources. Ce dispositif largement complexe n'a cessé de faire l'objet de réformes depuis sa création en 1941 jusqu'au décret du 12 janvier 2007. Destiné à lutter contre la pauvreté des personnes âgées, il a constitué le dispositif essentiel de protection sociale des personnes âgées de sa création jusqu'au début des années soixante-dix. Depuis lors, le nombre de ses bénéficiaires n'a cessé de décroître pour ne concerner que 6 % des personnes âgées de plus de 65 ans en 2005. Ce sont principalement les femmes seules qui voient leur subsistance dépendre de cette allocation. Néanmoins, ce dispositif seul ne permet pas à ses bénéficiaires d'échapper à la pauvreté notamment lorsqu'il s'agit de personnes isolées.

34553

FASCICULE

AUGRIS (N.)

***L'allocation supplémentaire du minimum vieillesse : bénéficiaires au 31 décembre 2005.***

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2006/12 ; n° 105 : 73p., tabl.

Cote Irdes : S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat105.pdf>

Ce document présente les résultats d'une enquête annuelle réalisée auprès des dix principaux régimes de retraite. Il s'agit de décrire la population des bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du minimum vieillesse (allocation de deuxième étage). Cette allocation permet aux personnes âgées les moins favorisées d'élever leur niveau de revenu pour atteindre le minimum vieillesse (599,50 euros par mois en 2005, pour une personne seule, et 1 075,50 euros pour un couple). Au 31 décembre 2005, 609 385 personnes percevaient

cette allocation. En 2005, les allocataires du premier étage du minimum vieillesse ont été recensés pour la première fois. Cette allocation garantit à une personne âgée un revenu minimum, égal au montant de l'AVTS (Allocation aux vieux travailleurs salariés) (246 euros par mois). Contrairement à l'allocation supplémentaire, l'allocation de premier étage n'est pas soumise à la condition de résidence en France : en 2005, sur les 468 000 allocataires du premier étage, près de 70 % résidaient à l'étranger.

## ► Protection sociale complémentaire

35324

FASCICULE

ARNOULD (M.-L.), PICHETTI (S.), RATTIER (M.-O.)

***Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2005.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/05 ; n° 575 : 8p.

Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er575/er575.pdf>

L'enquête annuelle de la DREES auprès des organismes d'assurance maladie complémentaire permet d'analyser les garanties offertes en 2005 par les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance pour leurs contrats les plus fréquemment souscrits. L'activité de santé des mutuelles et des sociétés d'assurance est davantage orientée vers les contrats individuels et celle des institutions de prévoyance plus liée aux contrats collectifs. Les mutuelles couvrent une population relativement plus âgée que les autres organismes, et notamment que les institutions de prévoyance dont les contrats collectifs s'adressent à une population en activité plus jeune. La quasi-totalité des organismes complémentaires rembourse le ticket modérateur des médicaments. Pour le petit appareillage, les lunettes et les prothèses dentaires, la plupart des organismes couvrent les dépenses au-delà du ticket modérateur. Là encore, les contrats collectifs sont plus généreux que les individuels.

## Retraite

34550

FASCICULE

KOLHER (F.), JEGER (F.)

***Les polycotisants des générations 1942 et 1946 : trois groupes très distincts.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/02 ; n° 558 : 8p., tabl., fig.

Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er558/er558.pdf>

Lorsque l'on décrit le système de retraite, on privilégie le plus souvent une approche par régimes distinguant les ressortissants du régime général, des régimes de non-salariés, des régimes de fonctionnaires, des régimes spéciaux et l'on examine l'impact des règles de chacun de ces régimes sur la situation de leurs ressortissants. Or, en pratique, près de la moitié des assurés sociaux effectuent leurs carrières dans plusieurs régimes. Pour ces assurés, les polycotisants, les droits à la retraite sont la somme des droits acquis dans les différents régimes. L'échantillon inter-régime de cotisants (EIC 2003) apporte une nouvelle information rétrospective sur l'enchaînement des régimes d'affiliation. Près d'un retraité sur deux des générations 1942 et 1946 aura validé des trimestres dans au moins deux régimes de retraite de base.

34994

ARTICLE

APROBERTS (L.)

***Les logiques des systèmes de retraite en Europe.***

RETRAITE ET SOCIETE

2007/01 ; n° 50 : 9-33, tabl., graph.

Cote Irdes : P63

Cet article examine tout d'abord deux typologies couramment utilisées pour caractériser les différents systèmes de retraite nationaux. La première oppose systèmes bismarckiens et beveridgiens. Elle se centre sur les seuls régimes de base et laisse dans l'ombre les dispositifs instaurés par des acteurs sociaux autres que l'Etat. Le schéma des trois « piliers », promu d'abord en Suisse et repris par la Banque mondiale et la Commission européenne, est ensuite exposé. Il a l'avantage de prendre en compte toutes les catégories de dispositifs de retraite, mais il est généralement appliqué de façon normative, afin de promouvoir la capitalisation et contenir la répartition. L'auteur aborde enfin deux questions concernant des enjeux majeurs actuels : celle du périmètre de

la solidarité mise en place par les systèmes de retraite et celle des garanties offertes aux participants par les régimes de répartition. Une réflexion à partir de ces questions pourrait contribuer à repenser les concepts habituellement utilisés dans les comparaisons internationales des systèmes de retraite (Résumé d'auteur).

34995

ARTICLE

BONNET (C.), CHAGNY (O.), MONPER-RUS-VERONI (P.)

***Prise en compte des spécificités des carrières féminines par le système de retraite : une comparaison France - Allemagne et Italie.***

RETRAITE ET SOCIETE

2007/01 ; n° 50 : 35-75, tabl., graph.

Cote Irdes : P63

Cet article propose une analyse comparée de la prise en compte par le système de retraite des spécificités des carrières féminines dans trois pays : l'Allemagne, la France et l'Italie. Une première partie législative montre comment, au-delà de la référence commune au modèle continental bismarckien, les approches sont différentes dans la prise en compte des aléas de carrière typiques des femmes, tels les interruptions d'activité ou le temps partiel. Par la suite, à l'aide de calculs de cas types, les auteurs fournissent une comparaison « chiffrée » de l'impact de ces aléas de carrière sur le niveau de pension et de l'effet des mécanismes correcteurs (minima contributifs, droits familiaux). Il s'agit de calculer les droits à la retraite d'une femme effectuant le même profil de carrière dans chaque pays, qu'elle parte à la retraite actuellement ou à l'horizon 2035. Retenir deux générations éloignées dans le temps permet de donner des éléments sur les effets des réformes de retraite récentes (Résumé d'auteur).

35002

FASCICULE

BRIDENNE (I.) / coord., POUBELLE (V.) / coord., ROSES (A.) / coord., VEIL (M.) / coord.

***Les retraites en Europe.***

RETRAITE ET SOCIETE

2007/01 ; n° 50 : 343p., tabl., graph.

Cote Irdes : P63

Ce numéro fait le point sur les différentes logiques des systèmes de retraite en Europe en proposant des regards croisés selon trois optiques : la première consiste à s'interroger sur les typologies employées en matière de sys-

tème de retraite européen. Un deuxième type de regard est celui de l'analyse comparée de quelques systèmes en adoptant un axe d'étude précis. Le dernier angle de vue consiste à placer les systèmes de retraites dans leur cadre européen et à examiner les interactions entre les niveaux national et européen. La rubrique 'faits et chiffres' est consacrée aux évolutions démographiques et à l'emploi des seniors en Europe (extrait intro.).

35294

ARTICLE  
TURNER (J.)

***Ages d'ouverture des droits à pension de Sécurité sociale dans 23 pays de l'OCDE : 1949-2035.***

REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE SOCIALE (AISS)  
2007/01-03 ; vol. 60 : n° 1 : 91-111  
Cote Irdes : P55

Le présent document examine l'âge d'ouverture des droits à pension ou l'âge de la retraite anticipée de Sécurité sociale dans 23 pays de l'OCDE de 1949 à 2035. Les politiques des années à venir sont celles actuellement prévues par la législation même si certaines ne resteront pas pleinement en vigueur jusqu'en 2035. Le document met en évidence une baisse de l'âge d'ouverture des droits à pension qui s'est inversée dans les années quatre-vingt-dix dans la mesure où au début de cette décennie de nombreux pays ont commencé à le relever en fixant toutefois des dates d'application ultérieures. La politique relative à l'âge d'ouverture des droits à pension permet de mieux comprendre des questions plus vastes de politique sociale, comme celle de la convergence ou de la divergence des politiques sociales des pays au fil du temps. Le document examine aussi l'évolution dans le temps du mouvement en faveur de l'égalité des sexes dans les programmes sociaux.

35295

ARTICLE  
BECKER (F.-W.)

***Les retraites de la Sécurité sociale aux États-Unis : réactions aux propositions de réforme.***

REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE SOCIALE (AISS)  
2007/01-03 ; vol. 60 : n° 1 : 113-126  
Cote Irdes : P55

Le régime de retraite de la Sécurité sociale souffre depuis un certain temps aux États-Unis d'un déséquilibre actuariel qui préoc-

cupe les experts et les décideurs comme la population en général. Face à cette situation, le Président Bush a proposé en 2004, d'une part, de modifier le mode de détermination des prestations, d'autre part, d'établir dans le cadre du régime un système de comptes individuels d'investissement. Ces propositions ont donné lieu à un vif débat, mis en veilleuse cependant au milieu de 2005. Que restera-t-il de ce débat ? On peut penser que les limites ont été fixées quant aux mesures envisageables à l'avenir pour faire face aux difficultés financières rencontrées. Cet article montre les contraintes qui vont peser sur les discussions futures concernant le régime de retraite et qui vont déterminer les nouvelles lignes d'action.

35321

ARTICLE  
DAKE (S.)

***Présentation du système japonais de pensions : problématiques actuelles.***

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES  
2007/01-03 ; n° 1 : 35-55  
Cote Irdes : P59

Le système japonais de pensions est aujourd'hui confronté à divers problèmes liés notamment au vieillissement de la population et à la diversification des styles de vie et des modes de travail. Le vieillissement menace la continuité des régimes de pensions par répartition. Il en résulte que les régimes japonais de pensions perdent la confiance des assurés. Ainsi, certains d'entre eux refusent de cotiser. Cela conduit à poser des questions juridiques fondamentales sur la justification de l'obligation de cotiser. De plus, l'évolution des modes de vie, notamment l'activité professionnelle des femmes, exacerbe l'inégalité de traitement dans le régime de pensions entre les femmes actives et inactives. Cette inégalité est due à des mécanismes de ce régime ne prenant pas en compte les choix individuels de style de vie. Ce problème pose donc la question de la nature et de l'étendue des solidarités et de la redistribution dans les régimes de pensions. Il est important de préciser que la réforme du système de retraites japonais, effective en 2004, a eu pour objectif d'adapter le système aux changements sociaux.

34535

FASCICULE  
BURRICAND (C.), DELOFFRE (A.)

***L'évolution des retraites versées entre 2000 et 2004.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/02 ; n° 556 : 4p., tabl.  
Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er556/er556.pdf>

Dans la plupart des régimes de retraite, les revalorisations des pensions sont fixées en fonction de l'évolution des prix hors tabac. Entre 2000 et 2004, ces réévaluations ont assuré une quasi-stabilité des avantages de droit direct (+0,2 %). Cependant, la pension de droit direct perçue en moyenne par l'ensemble des retraités a augmenté beaucoup plus rapidement au cours de la même période, 4,9 % ; les nouveaux retraités perçoivent des avantages plus élevés que ceux qui sont décédés. Cet effet est beaucoup plus important pour les femmes, l'amélioration des carrières et des rémunérations entre anciennes et nouvelles générations étant plus marquée.

36033

FASCICULE  
DELOFFRE (A.)

***Les retraites en 2005.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/07 ; n° 587 : 8p.  
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er587/er587.pdf>

En 2005, 13.5 millions de retraités ont perçu une pension de droit direct estimée en moyenne - tous régimes confondus - à 1 044 euros par mois. En outre, un million de retraités perçoivent une pension de réversion seule. Les liquidations de pensions interviennent majoritairement à 60 ans dans le régime général et les régimes alignés, malgré les possibilités de départ anticipé. Dans les fonctions publiques, la moitié des liquidations ont lieu à partir de 60 ans. Cependant, cessation d'activité et liquidation de la pension coïncident généralement dans les fonctions publiques. Dans les régimes du secteur privé, la liquidation de la pension est plus souvent précédée d'une période de chômage, de préretraite ou d'invalidité.

## ► RMI

35309

FASCICULE  
ANGUIS (M.)

***La population des allocataires du RMI : tendances d'évolution et disparités départementales.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/04 ; n° 568 : 8p.  
Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er568/er568.pdf>

Depuis sa création fin 1988, le RMI (Revenu minimum d'insertion) a connu une forte croissance au cours de ses premières années d'existence (+17,4 % par an en moyenne entre 1989 et 1994), moins soutenue par la suite (de l'ordre de 4,7 % par an), avec des fluctuations liées à la situation du marché du travail. La part des hommes vivant seuls et celle des familles monoparentales, majoritaires dès la création du RMI, s'est renforcée et représente respectivement 38 % et 25 % des foyers allocataires en 2005. Les bénéficiaires du RMI sont relativement plus jeunes que la population d'âge actif, même si le vieillissement général de la population a contribué à une hausse de 10 points de la part des bénéficiaires âgés de 40 ans ou plus. Toutefois, entre 1995 et 2005, l'augmentation du taux de recours au RMI participe davantage à la hausse du nombre de bénéficiaires pour toutes les classes d'âge que l'augmentation globale de la population d'âge actif.

35631

ARTICLE  
AVENEL (C.)

Caisse Nationale d'Allocations Familiales.  
(C.N.A.F.). Paris. FRA / com.

***Les conséquences de la décentralisation sur la gestion du RMI.***

*La nouvelle administration : le social administré.*  
RECHERCHES ET PREVISIONS  
2007/03 ; n° 87 : 25-37  
Cote Irdes : P190

La loi du 18 décembre 2003 a décentralisé le revenu minimum d'insertion. Depuis, les conseils généraux ont en charge le pilotage intégral du dispositif. Cette décentralisation a un impact sur les caisses d'Allocations familiales (CAF) qui ont continué à assurer la gestion et la liquidation de la prestation. Plus d'un an et demi après la décentralisation, une enquête a été réalisée auprès des CAF. Cet article fait le point et analyse les modifications engendrées

par la loi. L'auteur passe en revue l'intégralité du dispositif, de son instruction à sa gestion en passant par la nécessaire collaboration qui s'instaure dorénavant entre les conseils généraux et les CAF. De nouvelles relations se sont nouées entre les deux institutions. Le terme « partenariat » est aujourd'hui le maître mot de ces relations. Cependant, l'enjeu de cette décentralisation est de définir ou, plutôt, de redéfinir ce partenariat, son contenu et ses réalités tant techniques que politiques (Résumé d'auteur).

## PRÉVENTION

### ► Cancer du sein

34271

ARTICLE  
DUJONCQUOY (S.), MIGEOT (V.), GOHIN-  
PERIO (B.)

**Information sur le dépistage organisé du cancer du sein : étude qualitative auprès des femmes et des médecins en Poitou-Charentes.**

SANTE PUBLIQUE  
2006/12 ; vol. 18 : n° 4 : 533-547, tabl.  
Cote Irdes : P143

La présente étude a permis de réaliser l'évaluation qualitative des campagnes de communication mises en place par les structures de gestion du dépistage organisé du cancer du sein. Des entretiens ont été menés auprès d'un panel de femmes et de médecins des départements de la Charente et de la Vienne afin d'évaluer l'impact des campagnes en termes de mémorisation des outils d'information, de connaissance du dispositif du dépistage organisé et du comportement par rapport au dépistage. L'étude met en avant la difficulté pour le médecin traitant de s'impliquer dans ce dispositif et la connaissance approximative des modalités du dépistage ; l'information délivrée par les médecins aux femmes reste donc partielle. L'évaluation montre qu'une information diversifiée est mise à disposition des femmes, mais certaines éprouvent une difficulté à s'engager dans une démarche de dépistage. Pour prendre la décision de réaliser ou non une mammographie de dépistage, les femmes ont ainsi besoin d'une communication de proximité qui doit être effectuée, notamment, par le biais d'acteurs associatifs et institutionnels, afin d'être rassurées, conseillées et orientées dans leur démarche.

34880

ARTICLE  
PELISSIER-FALL (A.)

**Dépistage organisé du cancer du sein : participer ou non ?**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC  
2007/04 ; vol. 3 : n° 4 : 183-187  
Cote Irdes : P198

Le dépistage organisé du cancer du sein est en France à la fois le plus ancien et le plus étendu. Il est d'une qualité proche, en moyenne, des recommandations européennes. Cependant, la participation des femmes reste nettement inférieure à celle qui est recommandée, plus dans les zones rurales que dans les zones urbaines. L'objectif de cette étude est de mettre à jour les logiques qui conduisent les femmes habitant en zone rurale à participer ou non au dépistage organisé du cancer du sein. Une enquête qualitative a été menée par interview en face à face de femmes des départements de l'Orne et du Calvados. Les résultats montrent que quel que soit leur statut par rapport au dépistage, les femmes interrogées savaient que le dépistage précoce du cancer permettait de mieux soigner cette pathologie. Diverses logiques de participation peuvent s'intriquer pour expliquer la participation : logique de vigilance, d'expérience, d'obéissance, de prestation offerte, de retour à l'égard de la collectivité ; de même pour les logiques du dépistage individuel : logiques de différenciation sociale et de double emploi, parfois opposition plus ou moins formulée des médecins. Le refus du dépistage s'appuie également sur des logiques très fortes et cohérentes : c'est pour ces femmes une entreprise dont elles ne partagent ni les objectifs ni les fondements, elles ne craignent pas particulièrement le cancer du sein et considèrent parfois l'examen comme dangereux, éventuellement porté par une institution dont elles ne se sentent pas proches. Il s'agit surtout de réfléchir sur les implications du concept de patient sentinelle et les limites de sa collaboration avec le corps médical. Quelques pistes peuvent être envisagées : unifier le dispositif de dépistage, mieux impliquer les médecins généralistes et prendre en compte les difficultés de terrain (Résumé d'auteur).

35030

ARTICLE

BAUDIER (F.), MICHAUD (C.), GAUTIER (A.), GUILBERT (P.)

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Franche-Comté. (U.R.C.A.M.). Besançon. FRA, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis. FRA

**Le dépistage du cancer du sein en France : pratiques et évolution des habitudes dans la population des femmes de 18 à 75 ans, Baromètre santé 2004-2005.**

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2007/05/02 ; n° 17 : 142-144, tabl., stat., graph.

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2007/17/beh\\_17\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/17/beh_17_2007.pdf)

Le dépistage organisé du cancer du sein est généralisé sur le territoire national depuis 2004. La 5ème édition du Baromètre santé, qui s'est déroulée d'octobre 2004 à février 2005, a permis d'interroger par téléphone 30 514 personnes de 12-75 ans, tirées au sort, sur différents comportements de santé dont le dépistage des cancers. La prévalence des femmes concernées par le dépistage organisé (50-74 ans) ayant réalisé « une mammographie dans les deux dernières années » évolue de façon très positive et significative : 43,8 % en 1995 ; 52,2 % en 2000 et 65,4 % en 2005. Le gain de prévalence (+16,4) est maximum parmi les femmes à revenus modestes (moins de 900 euros) entre 2000 et 2005, et l'écart de prévalence entre les plus modestes et les plus aisées a régressé (17,8 % vs 9,4 %) durant la même période. Ces évolutions justifient la poursuite des efforts déployés pour rejoindre les femmes de milieux économiquement modestes et inciter celles qui bénéficient d'une mammographie individualisée à rejoindre le dépistage organisé (Résumé d'auteur).

35936

ARTICLE

GAYRARD (P.), NAMER (M.), GRANON (C.)

**Comment augmenter la participation au dépistage organisé du cancer du sein ?**

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2007/03 ; n° 58 : 12-15

Cote Irdes : C, P49

A partir d'une étude dans son département, le centre de coordination du dépistage des cancers « Aprémas » des Alpes-Maritimes propose des pistes pour accroître la participa-

tion des femmes au dispositif. Pour suivre la participation des femmes de façon plus fine, une piste est également à l'étude : décomposer le taux global de participation en tenant compte du parcours mammographique récent des femmes. Les taux suivants seront calculés : taux de suivies régulières : femmes ayant déjà eu une mammographie en dépistage organisé (DO), il y a moins de deux ans et demi. Taux de suivies irrégulières : femmes ayant déjà eu une mammographie en DO, il y a plus de deux ans et demi ; taux de nouvelles participantes au DO : femmes n'ayant pas eu de mammographie en DO. Ce taux devra être décomposé en fonction de l'âge. Suivre régulièrement ces taux devrait permettre de mieux comprendre l'évolution de la participation et, si besoin, d'adapter la stratégie d'action. L'étude, qui s'est déroulée de décembre 2005 à juillet 2006, s'est appuyée sur différents éléments : revue de littérature, indicateurs disponibles, expérience du département du Rhône, enquête auprès des femmes et enquête auprès des médecins.

## ► Cancer colo-rectal

YANO (E.M.), SOBAN (L.M.)

**Primary Care Practice Organization Influences Colorectal Cancer Screening Performance**

HEALTH SERVICES RESEARCH

2007/06 : vol. 42 : Part I : 1130-1149

Cote Irdes : P33

Objective. To identify primary care practice characteristics associated with colorectal cancer (CRC) screening performance, controlling for patient-level factors.

Data Sources/Study Setting. Primary care director survey (1999–2000) of 155 VA primary care clinics linked with 38,818 eligible patients' sociodemographics, utilization, and CRC screening experience using centralized administrative and chart-review data (2001). Study Design. Practices were characterized by degrees of centralization (e.g., authority over operations, staffing, outside-practice influence); resources (e.g., sufficiency of nonphysician staffing, space, clinical support arrangements); and complexity (e.g., facility size, academic status, managed care penetration), adjusting for patient-level covariates and contextual factors.

Principal Findings. After adjusting for sociodemographic characteristics and health care utilization, patients were significantly more likely to be screened for CRC if their primary care practices had greater auto-

onomy over the internal structure of care delivery (po.04), more clinical support arrangements (po.03), and smaller size (po.001). Conclusions. Deficits in primary care clinical support arrangements and local autonomy over operational management and referral procedures are associated with significantly lower CRC screening performance. Competition with hospital resource demands may impinge on the degree of internal organization of their affiliated primary care practices.

## ► Erreur médicale

36030

FASCICULE  
AMALBERTI (R.), GREMION (C.)

### **Les systèmes de signalement des événements indésirables en médecine.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/07 ; n° 584 : 8p.  
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er584/er584.pdf>

Dans le domaine médical, les systèmes de signalement sont jugés utiles pour identifier, analyser et réduire le risque de survenue d'événements indésirables graves (EIG). Cet article présente l'analyse d'une revue de 193 références auxquelles s'ajoutent les informations issues de contacts directs et de visites in situ, en particulier aux États-Unis et au Royaume-Uni. Ces systèmes ont deux objectifs majeurs : une fonction de veille et d'alerte centralisée des risques et une fonction d'exemplarité locale et de vecteur de changement de la culture de sécurité des professionnels de santé.

36055

ARTICLE  
DAVID (G.), SUREAU (C.)  
Académie Nationale de Médecine. Paris. FRA

### **De la sanction à la prévention. Pour une prévention des événements indésirables liés aux soins.**

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE  
2006 ; vol. 190 : n° 9 : 1993-1997  
Cote Irdes : C, P76

Pendant longtemps, l'erreur médicale a été exclusivement considérée sous l'angle judiciaire. La question fondamentale étant de déterminer s'il y avait eu ou non une faute médicale engageant la responsabilité du médecin. L'évo-

lution récente de la législation, en particulier la reconnaissance de la notion d'aléa médical par la loi relative aux droits des malades et à la qualité des soins a ouvert la voie à une conception avant tout préventive de l'accident médical. Parallèlement une grande enquête nationale a mis en évidence la fréquence, jusqu'alors sous-estimée, des accidents médicaux. La compréhension des accidents doit tenir compte de l'évolution de la pratique médicale qui est devenue de plus en plus complexe du fait de la sophistication des techniques et de la multiplicité des intervenants. C'est maintenant sous l'angle d'un fonctionnement systémique qu'il convient d'aborder les mécanismes de l'erreur. Une telle démarche a bénéficié de l'expérience acquise dans d'autres domaines, en particulier celui de l'aéronautique. Elle est fondée sur la distinction de deux mécanismes qui se combinent pour aboutir à l'accident, d'une part des erreurs actives par défaillance humaine et d'autre part des erreurs latentes par défaut de structure ou d'organisation du système. La prévention dépend maintenant d'un changement de comportement des soignants. L'accident doit être déclaré et analysé pour en comprendre le mécanisme. Seule la garantie d'une confidentialité permettra de lever les réserves à l'égard de ces déclarations. Par ailleurs, les autorités sanitaires doivent apporter une aide organisationnelle à l'exploitation de ces déclarations.

## ► Suicide

34275

ARTICLE  
BELLANGER (M.), JOURDAIN (A.)

### **Évaluation des résultats des programmes régionaux de santé en France : le cas des PRS en prévention du suicide.**

SANTE PUBLIQUE  
2006/12 ; vol. 18 : n° 4 : 585-598, tabl., fig.  
Cote Irdes : P143

Une nouvelle politique de prévention a été menée en France à partir de 1994. Les programmes de prévention du suicide menés dans 11 régions ont été amorcés à cette période. L'évaluation des résultats de ces programmes est possible aujourd'hui avec un recul de plusieurs années. Les données de mortalité des régions expérimentales ont été comparées à celles des autres régions. Une différence a été observée au bénéfice de celle qui ont réalisé un programme de prévention du suicide. Ces résultats sont discutés à la lumière du contenu des programmes réalisés.

► Accidents du travail

35251

ARTICLE

**Accidents du travail et maladies professionnelles : le coût de la sous-déclaration.**

PHARMACEUTIQUES

2007/07 ; vol. 27 : n° 285 : 546-547

Cote Irdes : P80

Selon une étude réalisée en 2005 pour le régime de la Sécurité sociale, le montant de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles serait compris, en France, entre 355 et 750 millions d'euros par an. Les raisons de cette sous-déclaration sont variées, liées à la fois à la réglementation, au marché de l'emploi, aux employeurs, aux victimes, mais aussi aux médecins (voir Rapport de la commission d'évaluation Accidents du travail - Maladies professionnelles pour 2005 - Rapport Diricq).

► Comptes nationaux de la santé

36041

FASCICULE

FENINA (A.), GEFFROY (Y.)

**Les comptes nationaux de la santé en 2006.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/09 ; n° 593 : 8p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er593/er593.pdf>

En 2006, le montant total des dépenses de santé s'élève à 198,3 milliards d'euros, soit 3 138 euros par habitant et 11,1 % du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), en progression annuelle de 3,5 %, atteint 156,6 milliards d'euros (8,7 % du PIB). Le fait marquant de l'année 2006 est le ralentissement des prix de la CSBM (+0,8 %, après +1,5 % en 2005), dû notamment à la baisse sensible des prix des médicaments (-3,7 %) qui accompagne la progression de la consommation des génériques. La dépense totale de santé, agrégat retenu pour les comparaisons internationales, représentait 11,1 % du PIB en 2005 ; ce ratio situait la France en troisième position des pays membres de l'OCDE.

► Coûts de la maladie

34858

ARTICLE

LIDGREN (M.), WIKING (N.), JONSSON (B.)

**Cost of breast cancer in Sweden in 2002.**

*Coût du cancer du sein en Suède en 2002.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2007/03 ; vol. 8 : n° 1 : 5-15, 5 tabl.

Cote Irdes : P151

Breast cancer is the most common cancer among Swedish women and an important cause of illness and death. The aim of this study was to estimate the total cost of breast cancer in Sweden in 2002, using a top-down prevalence-based cost-of-illness approach. The total cost of breast cancer in Sweden in 2002 was estimated at 3.0 billion SEK (1 <euro> = 9.4 SEK). The direct costs were estimated at 895 million SEK and constituted 30 % of the total cost. Indirect costs were estimated at 2.1 billion SEK and constituted 70 % of the total cost. The main cost driver was production losses caused by premature mortality, amounting to 52 % of the indirect costs. The reason that indirect costs were the dominant cost is because most newly detected breast cancers occur in patients aged below 65, thus causing significant production losses due to sick leave, early retirement, and premature mortality.

34862

ARTICLE

SOBOCKI (P.), EKMAN (M.), AGREN (H.)

**Resource use and costs associated with patients treated for depression in primary care.**

*Utilisation des ressources et coûts associés par les patients traités pour dépression en soins primaires.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2007/03 ; vol. 8 : n° 1 : 67-76, 6 tabl.

Cote Irdes : P151

We investigated medical resource consumption, productivity loss and costs associated with patients treated with antidepressants for depression in primary care in Sweden. Patients on treatment for depression were followed naturalistically for six months, and data on patients' characteristics, daily activity and resource-use were collected. The total cost per patient was estimated at <euro> 5,500 (95 %CI <euro> 5,000-6,100) over six months in 2005 prices. Direct costs were

estimated at <euro> 1,900 (<euro> 1,700-2,200), 35 % of total costs, and indirect costs at <euro> 3,600 (<euro> 3,100-4,100), 65 % of total costs. The cost for antidepressants represented only 4 % of the total costs. We conclude that the burden of depression is high, both to the individual as well as to wider society, and there seems to be a particular need for therapies that have the potential to improve productivity in depressed patients.

## ► Dépenses pharmaceutiques

36038

FASCICULE  
CLERC (M.-E.)

### ***Les dépenses de médicaments remboursables en 2006.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/08 ; n° 590 : 8p., tabl.  
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er590/er590.pdf>

En 2006, le marché pharmaceutique a été marqué par un ralentissement de la croissance des ventes de médicaments remboursables (+0,9 % contre +6,7 % en 2005). 50 % du chiffre d'affaires global est réalisé par 25 seulement des 348 classes thérapeutiques. Le marché a été largement freiné en 2006 par les changements de taux de remboursement de certains produits, des déremboursements et la montée en charge des génériques. Les génériques modèrent la valeur des ventes dans les classes où ils sont très présents. La mise en place du tarif forfaitaire de responsabilité a favorisé la baisse du prix des princeps.

## ► Déterminants

34861

ARTICLE  
LOPEZ-CASASNOVAS (G.), SAEZ (M.)

### ***A multilevel analysis on the determinants of regional health care expenditure : a note.***

*Une analyse multi-niveaux des déterminants des dépenses régionales de santé : une note.*  
EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)  
2007/03 ; vol. 8 : n° 1 : 59-65, 2 fig., 4 tabl.  
Cote Irdes : P151

Health care in most countries is a rather « local good » for which the fiscal decentralization theory applies and heterogeneity is the result.

In order to address the issue of multijurisdictional health care in estimating income elasticity, we constructed a unique sample using data for 110 regions in eight Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) countries in 1997. We estimated this sample data with a multilevel hierarchical model. In doing this, we tried to identify two sources of random variation: within- and between-country variation. The basic purpose was to find out whether the different relationships between health care spending and the explanatory variables are country specific. We concluded that to take into account the degree of fiscal decentralization within countries in estimating income elasticity of health expenditure proves to be important. Two plausible reasons lie behind this: (a) where there is decentralization to the regions, policies aimed at emulating diversity tend to increase national health care expenditure and (b) without fiscal decentralization, central monitoring of finance tends to reduce regional diversity and therefore decrease national health expenditure. The results of our estimation do seem to validate both these points.

## ► Évolution

35315

FASCICULE  
FENINA (A.)

### ***Cinquante-cinq années de dépenses de santé : une rétopolation de 1950 à 2005.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/05 ; n° 572 : 8p.  
Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er572/er572.pdf>

En cinquante-cinq ans, la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB a crû très fortement, passant de 2,5 % en 1950 à 8,8 % en 2005. La structure des dépenses de soins et de biens médicaux a connu peu de modifications sur l'ensemble de la période, malgré quelques fluctuations au cours du temps. La part des dépenses de soins hospitaliers est passée de 43,1 % en 1950 à 44,5 % en 2005. Le taux de croissance annuelle du montant des dépenses hospitalières, 15 % dans les années 1950, a ralenti fortement pour s'établir à +3 % en 2005. La part des soins ambulatoires qui représentait 27,3 % de la CSBM en 1950 a varié autour de cette valeur sur l'ensemble de la période. Les dépenses de médicaments en ambulatoire ont présenté, quant à elles, une évolution plus heurtée. Leur part dans la CSBM est passée

de 25,1 % en 1950 à 17,5 % en 1983 puis est remontée à 20,8 % en 2005. La part du financement de la CSBM par la Sécurité sociale qui s'élevait à 51 % en 1950, a nettement progressé pour se stabiliser à 77 % entre 1990 et 2005. La part assumée par l'État, de 12 % en 1950, a quant à elle fortement diminué pour se stabiliser autour de 1 % entre 1990 et 2005. Symétriquement, la part de la CSBM supportée par les mutuelles, de 5,8 % en 1950, a atteint 7,3 % en 2005, et celle laissée à la charge « des ménages et des assurances complémentaires hors mutuelles » est passée de 31 % en 1950 à 14 % en 2005.

## ► Indemnités journalières

36040

FASCICULE  
LE (F.), RAYNAUD (D.)

**Les indemnités journalières.**  
ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/09 ; n° 592 : 8p.  
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er592/er592.pdf>

Le volume d'indemnités journalières par salarié a diminué depuis la fin de l'année 2003, après une phase de hausse importante entre 2000 et 2003 imputable aux arrêts de longue durée et à ceux liés aux accidents du travail. Cette diminution, qui semble toucher à sa fin, a été obtenue malgré le recul du chômage, qui a tiré à la hausse les indemnités journalières de courte durée, et malgré le vieillissement de la population active, certes atténué par la réforme des retraites permettant un départ anticipé sous certaines conditions, qui influence à la hausse les indemnités journalières de longue durée.

## ► Régulation

34044

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

**La mise en oeuvre des réformes des systèmes de santé bismarckiens : des capacités inégales.**

*Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES  
2006/04-09 ; n° 2-3 : 171-190  
Cote Irdes : C, P59

La mise en oeuvre des réformes des systèmes de santé est souvent négligée dans les analyses comparatives de la régulation des dépenses de santé. La prise en compte de cette dimension réintroduit la diversité nationale des trajectoires de réformes, alors que les approches centrées sur les modèles institutionnels et les données financières en estompent les différences, mettant l'accent sur les transferts internationaux d'idées et les contraintes économiques communes. La comparaison présentée ici, de la mise en oeuvre de la régulation des dépenses de santé dans les pays d'inspiration bismarckienne (Allemagne, France, Pays-Bas, Espagne), montre une capacité inégale à réaliser le changement, variant en fonction du système d'acteurs et notamment des rapports entre l'État et l'assurance maladie. L'analyse s'attache également aux réformes de structures, visant à modifier l'architecture d'origine au profit de nouveaux opérateurs, qui diffèrent des réformes de gestion, cherchant à s'affranchir d'une administration opaque et à promouvoir une approche médico-économique liant rigueur managériale et qualité médicale.

## ► Soins ambulatoires

36039

FASCICULE  
LE (F.)

**Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général en 2006.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/08 ; n° 591 : 8p.  
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er591/er591.pdf>

En 2006, la croissance en volume de la dépense de soins de ville a été proche de celle observée en 2005 (+3,6 % après +3,4 %). Ce maintien résulte de deux effets contraires : d'un côté, les dépenses d'honoraires ont fortement ralenti (+0,3 % après +1,2 %) ; de l'autre, les prescriptions d'auxiliaires médicaux et d'analyses biologiques ont augmenté à un rythme plus soutenu et les indemnités journalières ont moins diminué que les années précédentes. En revanche, l'année 2006 est marquée par une nette baisse des prix des soins de ville (-1,1 %), résultat dû en grande partie aux mesures du plan Médicament. Au total, les dépenses de soins de villes exprimées en valeur ont moins progressé qu'en 2005 (+2,5 % après +3,4 %).

## Soins palliatifs

JAKOBSSON (E.), BERGH (I.)

### **Utilization of health-care services at the end-of-life.**

*Utilisation des services de soins de santé en fin de vie.*

HEALTH POLICY

2007/08 : vol. 82 : n° 2 : 276-287

Cote Irdes : P92

End-of-life care poses a growing clinical and policy concern since most people who are dying utilize health-care services during this period of life. Hence, end-of-life care is a common and integral part of the care provided by health-care systems. There is a growing call for the implementation of a palliative approach as an integral part of all end-of-life care. The purpose of this study was thus to provide policy-makers, health-care providers and professional caregivers with increased knowledge about mainstream patterns of health-care utilization during end-of-life. The patterns of use of health-care services in a Swedish population who accessed the health-care system during their last 3 months of life were in this study examined through a retrospective examinations of medical and nursing records (n = 229). We found high prevalences of use of both hospital care, primary care and care provided in people's homes and nearly three quarters of the persons included in the study used between two and three health-care services. However, the probability of using different health-care services was found to be strongly depending on demographic, social, functional and disease related characteristics. The study reveals a considerable use of different health-care services during end-of-life. It is hence essential to, on one hand delineate how such health-care services best can support people at the end-of-life, and on the other hand develop policies which facilitate the process of dying, both in hospitals as well as in peoples' homes. Implications for policy are discussed.

## CONSOMMATION MÉDICALE

### Consommateurs de soins

35017

ARTICLE

ARTOISENET (C.), DELIEGE (D.)

### **La consommation de soins médicaux et les comportements de sous-consommation en Belgique et à l'étranger.**

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES

2007/04-06 ; vol. 47 : n° 2 : 125-156

Cote Irdes : P14

Après une riche revue de littérature sur les facteurs de consommation de soins en Europe, les auteurs étudient la situation de recours à la consultation médicale en Belgique à partir des données des enquêtes de santé par interview (HIS) réalisées en 1997, 2001 et 2004. Outre les facteurs généraux (âge, sexe, ruralité-urbanisation, niveau d'instruction), l'article approfondit son analyse de sous-consommation pour un certain nombre de maladies chroniques (migraine, hépatites A et B, asthme, rhumatisme inflammatoire) au regard des « guidelines » existants.

### Médicaments antibiotiques

34520

ARTICLE

CORDONNIER (A.L.), DUHAMEL (C.), BRICAIRE (F.), DOREAU (C.), SCHLEMMER (B.), BRUN BUISSON (C.)

Assistance Publique Hôpitaux de Paris. (A.P.H.P.). Paris. FRA, Hôpital de la Pitié-Salpêtrière. Paris. FRA, Hôpital Saint-Louis. Paris. FRA, Hôpital Henri Mondor. Créteil. FRA

### **Consommations d'antibiotiques à l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) : tendances évolutives sur 15 ans, France, 1990-2004.**

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2007/02/06 ; n° 5 : 39-42

Cote Irdes : P140

Introduction : Pour se préparer à une surveillance parallèle de la consommation hospitalière d'antibiotiques et de l'évolution des résistances bactériennes, nous avons analysé les consommations d'antibiotiques à l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) sur une période de 15 ans.

Méthodes : Les commandes annuelles facturées aux 38 hôpitaux de l'AP-HP de 1990 à 2004 ont été recueillies et exprimées en doses définies journalières (DDJ) de l'OMS pour chaque antibiotique. Elles ont été rapportées au nombre de journées d'hospitalisation (JH) ou d'admissions.

Résultats : La consommation totale de DDJ a baissé de 10,7 % en 15 ans. En DDJ p. 1 000 JH, elle a augmenté de 11,3 % pour se stabiliser après 1997 autour de 450 DDJ/1 000 JH ; rapportée à 1 000 admissions de plus de 24 h, elle a en revanche baissé de 10,4 %. D'importantes variations sont observées entre et au sein des différentes familles d'antibiotiques : progression de l'amoxicilline-acide clavulanique (+30 %), des céphalosporines de 3e génération (+33 %), des fluoroquinolones (+37 %) et réduction des macrolides (-50 %) et aminosides (-41 %).

Conclusions : S'il est nécessaire d'observer les variations de consommation d'antibiotiques sur des périodes prolongées, celles-ci résultent de deux facteurs rendant l'interprétation difficile : 1) variations importantes de l'activité médicale (augmentation de l'activité de moins de 24 h, réduction de la durée de séjour) ; 2) modifications des pratiques. Le choix du dénominateur pour l'indicateur de consommation est donc difficile (Résumé d'auteur).

## ► Médicaments psychotropes

34309

ARTICLE

LEPINE (J.-P.), GASQUET (I.), NORDMANN (R.) / disc., PESSAC (B.) / disc., AKISKAL (H.) / disc.

**Usage des psychotropes en France : évolution temporelle et comparaison avec les pays européens proches. Discussion : Séance thématique « Actualités en psychiatrie ».**

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2006 ; vol. 190 : n° 6 : 1139-1145

Cote Irdes : P76

Au cours des vingt dernières années, on a observé en France une diminution de l'usage des hypnotiques, une stabilité de l'usage des anxiolytiques et des neuroleptiques et une augmentation de celui des antidépresseurs. Les données de l'étude ESEMeD (European Study of Epidemiology of Mental Disorder) menée en 2002 en Allemagne, Belgique, Espagne, France, Hollande et Italie, montre

que l'usage des anxiolytiques dans l'année (y compris l'usage récurrent) est moins fréquent en Allemagne que dans les autres pays. Pour les antidépresseurs, la Belgique et la France ont une prévalence plus élevée. En cas de dépression, moins d'un tiers des sujets rapportent la prise d'un antidépresseur (sans différence entre pays) et un tiers d'un anxiolytique (taux plus élevé en France). En cas d'anxiété, un quart des sujets rapportent la prise d'une benzodiazépine (taux plus bas en Allemagne). Les facteurs très associés à un usage élevé de benzodiazépines sont l'âge, les troubles psychiatriques et les troubles neurologiques. Les facteurs très associés à l'usage des antidépresseurs sont l'âge (courbe en cloche), le sexe féminin et les troubles psychiatriques.

## INDICATEURS DE SANTÉ

### ► Accidents vasculaires cérébraux

35029

ARTICLE

BEJOT (Y.), DURIER (C.), BINQUET (C.), JOOSTE (V.), CAILLIER (M.), ROUAUD (O.), OSSEBY (G.V.), BONITHON-KOPP (C.), GIROUD (M.)

**Évolution des taux d'incidence des accidents vasculaires cérébraux à Dijon, France, 1985-2004.**

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2007/05/02 ; n° 17 : 140-142, tabl., stat., graph

Cote Irdes : P140

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) représentent un problème de santé publique majeur accentué par le vieillissement de la population. L'existence à Dijon du seul registre de population français dédié aux AVC a permis d'étudier, pour la première fois, les tendances temporelles des AVC au cours d'une période de 20 ans. De 1985 à 2004, le registre a recueilli tous les nouveaux cas d'AVC survenus chez les patients résidant dans la ville de Dijon (150 000 habitants), quelle que soit la structure de prise en charge, en utilisant les critères cliniques de l'OMS et les données de l'imagerie cérébrale pour assurer la spécificité du recueil. La participation des médecins hospitaliers et libéraux de la ville et de la banlieue de Dijon a permis d'assurer une bonne exhaustivité. Entre 1985 et 2004,

3 122 cas d'AVC incidents (1 493 chez les hommes et 1 629 chez les femmes) ont été recensés. L'âge moyen de survenue était de 71,4 ans chez les hommes et de 76,5 ans chez les femmes. Aucune variation significative des taux d'incidence globales standardisés sur l'âge n'a été observée chez les hommes et chez les femmes. En revanche, l'analyse des tendances temporelles par sous-types a montré une évolution contrastée, illustrée par la diminution significative ( $p=0,01$ ) des taux d'incidence des infarctus cardio-emboliques et par l'augmentation significative ( $p=0,01$ ) des infarctus lacunaires. Globalement, les taux d'incidence des AVC sont restés stables entre 1985 et 2004. La tendance observée concernant l'augmentation des infarctus lacunaires versus la diminution des infarctus d'origine thrombo-embolique méritera des travaux complémentaires pour mieux en comprendre les causes (Résumé d'auteur).

## ■ Asthme

35356

ARTICLE

JEGU (J.), SCHWOEBEL (V.), SAGNES-RAFFY (C.), DELMAS (M.C.), BREMONT (F.), DIDIER (A.), MAGNIER (B.), REMESY (M.C.), ROUSSEL (H.), POUHEY (J.)

**Tendances des hospitalisations et des recours aux urgences pour asthme aigu en région Midi-Pyrénées, France, de 1991 à 2004.**

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2007/05/22 ; n° 20 : 172-174, graph., stat.  
Cote Irdes : P140

Introduction : Cette étude a pour finalité de décrire l'évolution récente de la mortalité par asthme, des hospitalisations et des recours aux urgences pour asthme aigu en Midi-Pyrénées.

Méthodes : Les taux standardisés de mortalité et d'hospitalisation pour asthme chez les résidents de Midi-Pyrénées âgés de 5 à 44 ans ont été calculés à partir des données du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès et du Programme de médicalisation des systèmes d'information. Les passages aux urgences pour asthme ont été décrits à partir des données de l'Observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées.

Résultats : Entre 1991 et 2002, le taux de mortalité par asthme chez les 5-44 ans a diminué en Midi-Pyrénées. Le nombre annuel de passages aux urgences pour asthme a aug-

menté entre 2001 et 2004 chez les 5-44 ans. La proportion d'hospitalisation après passage aux urgences pour asthme a cependant diminué pendant cette même période. Le taux annuel d'hospitalisation de plus de 24 heures pour asthme a diminué en moyenne de 8,8 % par an entre 1998 et 2004.

Discussion : Ces résultats indiquent que les résidents de Midi-Pyrénées sont de moins en moins hospitalisés pour asthme aigu. Cette tendance pourrait s'expliquer par une amélioration récente de la prise en charge de l'asthme aux urgences.

## ■ Bronchopneumathie obstructive

35651

ARTICLE

FUHRMAN (C.), DELMAS (M.C.), NICOLAU (J.), JOUGLA (E.)

**Mortalité liée à la BPCO en France métropolitaine, 1979-2003.**

Numéro thématique. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2007/07/03 ; n° 27-28 : 242-244, carte, tabl., fig., stat., rés.

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/BEH/2007/27\\_28/beh\\_27\\_28\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/BEH/2007/27_28/beh_27_28_2007.pdf)

Objectif : Cette étude décrit la mortalité liée à la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) en France en utilisant les causes multiples de décès.

Méthodes : L'analyse a porté sur les décès survenus chez des adultes âgés de 45 ans ou plus en France métropolitaine entre 1979 et 2003 et mentionnant une BPCO en cause initiale ou associée (décès liés à la BPCO). Du fait de la mise en place de la CIM-10 en 2000, deux périodes ont été distinguées : 1979-1999 et 2000-2003. Des taux annuels de mortalité standardisés sur l'âge ont été calculés.

Résultats : En 2000-2003, 15 349 décès par an en moyenne comportaient une notion de BPCO, la moitié de ces décès mentionnant la BPCO en cause initiale. Lorsque la BPCO était mentionnée en cause associée, les causes initiales les plus fréquentes étaient les maladies cardio-vasculaires (32 %) et les cancers (24 %). Entre 1979 et 1999, le taux annuel standardisé de mortalité liée à la BPCO a augmenté chez les femmes (+1,7 % par an) mais est resté stable depuis 1986 chez les hommes. En 2000-2003, chez les hommes comme chez les femmes, les taux moyens

dans le nord et l'est de la France, ainsi qu'en Bretagne, étaient supérieurs au taux moyen national.

Conclusion : La mortalité liée à la BPCO reste sous-estimée compte tenu de l'importance du sous-diagnostic de cette maladie. Elle continuera vraisemblablement à augmenter chez les femmes dans les prochaines années. On observe d'importantes disparités régionales qui reflètent probablement des différences dans les facteurs de risque (Résumé d'auteur).

35652

ARTICLE

ROCHE (N.), ZUREIK (M.), VERGNENEGRE (A.), HUCHON (G.), NEUKIRCH (F.)

**Données récentes sur la prévalence de la bronchopneumopathie chronique obstructive en France.**

Numéro thématique. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2007/07/03 ; n° 27-28 : 245-248, tabl., stat., Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/BEH/2007/27\\_28/beh\\_27\\_28\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/BEH/2007/27_28/beh_27_28_2007.pdf)

Apprécier la prévalence de la BPCO nécessite la pratique de spirométries, en raison des caractéristiques diagnostiques insuffisantes des éléments cliniques. Les données disponibles sont donc peu nombreuses : l'utilisation de spiromètres à large échelle est difficile pour des raisons de disponibilité non pas tant du matériel que des investigateurs qui doivent être formés et expérimentés. Une autre difficulté est la définition de l'obstruction bronchique, variable d'une étude à l'autre. Enfin, les équations nécessaires au calcul des valeurs spirométriques normales sont peu nombreuses chez les sujets âgés, et méritent probablement d'être mises à jour. Malgré ces limites, les données internationales et françaises convergent vers une prévalence de la BPCO de 4-10 %, la moitié environ des sujets ayant un VEMS encore normal (stade I), plus d'un tiers une BPCO de stade II (VEMS entre 50 % et 80 % de la normale), moins d'un quart une BPCO de stade III-IV (VEMS < 50 %). La prévalence de la bronchite chronique est similaire, mais celle-ci n'est pas indépendamment prédictive de l'obstruction bronchique. Plusieurs travaux en cours en France permettront certainement d'affiner ces données (Résumé d'auteur).

## ► Cancer

34093

ARTICLE

MENEGOZ (F.), MARTIN (E.), DANZON (A.), MATHIEU DAUDE (H.), GUIZARD (A.V.), MACE LESEC'H (J.), RAVERDY (N.), PASQUIER (B.)

**Incidence et mortalité des tumeurs du système nerveux central en France : évolution de 1978 à 2000 et influence des pratiques d'enregistrement sur les résultats.**

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2006/10 ; vol. 54 : n° 5 : 399-406, rés., tabl., fig.

Cote Irdes : P11

Position du problème : L'incidence du cancer est mesurée en France par les registres des cancers qui ne couvrent que 13,5 à 16 % de la population française. Les données nationales sont donc nécessairement basées sur des estimations. Des disparités d'enregistrement, notamment pour les tumeurs du système nerveux central (SNC), ont pu biaiser ces estimations.

Méthode : Les estimations nationales d'incidence sont basées sur la modélisation du rapport Incidence/Mortalité. Les dernières estimations ont été réalisées par le Réseau Français des Registres des Cancers (FRANCIM) et le service de biostatistique des Hospices Civils de Lyon pour l'année 2000. Une nouvelle estimation de l'incidence pour les tumeurs du SNC a été calculée en tenant compte d'une estimation du nombre de tumeurs bénignes non enregistrées, puisque celles-ci devraient être comptabilisées pour les calculs d'incidence.

Résultats : En 2000, l'estimation est de 2 602 cas de tumeur du SNC chez la femme et de 2 697 chez l'homme, avec des taux d'incidence standardisés Europe de 7,7 et 9,1/100 000 habitants, respectivement. Entre 1978 et 2000, le taux annuel moyen d'évolution de l'incidence a été de +3,01 % pour les femmes et de +2,25 % pour les hommes. Les tumeurs cérébrales malignes notifiées aux registres n'ont pas de diagnostic histologique dans 3,5 % à 27,5 % des cas, selon les registres. Seuls deux registres collectent les tumeurs bénignes (méningiomes). Si toutes les tumeurs bénignes étaient collectées par les registres, l'estimation du nombre de cas de tumeurs du SNC serait supérieure de 12 % pour l'homme et de 26 % pour la femme par rapport aux taux d'incidence présentés ici.

Conclusion : Les tumeurs du SNC sont en augmentation en France, comme dans de

nombreux autres pays. Pour améliorer la comparabilité de ces données, il serait souhaitable que les registres français collectent aussi les tumeurs bénignes du SNC. Les écarts observés entre les départements pour le diagnostic anatomo-pathologique de ces tumeurs témoignent d'une prise en charge diagnostique différente, qu'il serait nécessaire d'explorer.

34504

ARTICLE  
CASERIO SCHONEMANN (C.), CHERIE  
CHALLINE (L.)

**Renforcement du dispositif de surveillance épidémiologique nationale des cancers en France : la mise en place du système multi sources cancer (SMSC).**

*Numéro thématique. Surveillance des cancers en France : état des lieux et perspectives en 2007.*

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2007/03/13 ; n° 9-10 : 81-84

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2007/09\\_10/beh\\_09\\_10\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/09_10/beh_09_10_2007.pdf)

Le système multi-sources cancer (SMSC) est une mesure du plan gouvernemental dont le développement est confié à l'InVS. Il vise à renforcer le dispositif de surveillance des cancers reposant sur les registres qui ne couvre que partiellement le territoire national, pour répondre aux nouveaux enjeux de la surveillance. Ses objectifs sont la surveillance en routine, l'appui aux investigations en cas d'alerte et à la conduite d'études épidémiologiques. Ce système repose sur le croisement de trois sources de données individuelles par un identifiant unique généré par la Cnamts : le PMSI, les ALD30 (Affections de longue durée) et les données ACP (compte-rendu anatomo-cytopathologie). La première étape du développement concerne la mise en place de la base nationale ACP et du système d'anonymisation et de remontée des données à l'InVS. La seconde étape concerne le croisement des 3 sources afin d'enregistrer les cas incidents de cancer. Le SMSC sera testé en 2007 pour les cancers de la thyroïde dans deux régions pilotes. Il impliquera différents partenaires : les ACP, la Cnamts, les Drass, l'IFR69 de Inserm. Pendant ce test, les huit structures ACP volontaires disposeront d'un module spécifique développé par l'InVS pour générer la fiche épidémiologique « thyroïde ». En cas de succès du test, il est prévu d'étendre le système pour les cancers thyroïdiens au niveau national puis à d'autres cancers justifiant une surveillance

nationale (en lien avec les campagnes de dépistage généralisées ou potentiellement liées à une exposition environnementale). L'extension du système dépendra de la capacité à pouvoir produire des comptes-rendus standardisés ACP, à extraire les données nécessaires à la surveillance à partir des données existantes au sein des logiciels métier et à faire participer l'ensemble des pathologistes. Pour cela une collaboration de l'InVS et de l'INCa, en lien étroit avec les pathologistes est nécessaire (Résumé d'auteur).

34509

ARTICLE  
BOSSARD (N.), VELTEN (M.), REMONTET (L.), BELOT (A.), MAAROUF (N.), BOUVIER (A.M.), GUIZARD (A.V.), TRETARRE (B.), LAUNOY (G.), COLONNA (M.), DANZON (A.), MOLINIE (F.), TROUSSARD (X.), BOURDON RAVERDY (N.), CARLI (P.M.), JAFFRE (A.), BESSAGUET (C.), SAULEAU (E.A.), SCHVARTZ (C.), ARVEUX (P.), MAYNADIE (M.), GROSCLAUDE (P.), ESTEVE (J.), FAIVRE (J.)

**Survie des patients atteints de cancer en France : étude à partir des données des registres du réseau Francim. Numéro thématique. Surveillance des cancers en France : état des lieux et perspectives en 2007.**

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2007/03/13 ; n° 9-10 : 66-69

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2007/09\\_10/beh\\_09\\_10\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/09_10/beh_09_10_2007.pdf)

Introduction : Cet article rapporte quelques résultats de la première étude de survie portant sur l'ensemble des données des registres de cancers du réseau Francim.

Matériel et méthodes : Les données de 205 562 cas enregistrés entre 1989 et 1997 ont été analysées. La survie relative a été estimée en modélisant le taux de mortalité supplémentaire lié au cancer, pour 46 localisations.

Résultats : La survie relative à cinq ans standardisée pour l'âge était la suivante : 84 % pour le cancer du sein, 77 % pour le cancer de la prostate, et, chez l'homme et la femme respectivement, 55 et 57 % pour le cancer du côlon, 12 et 16 % pour le cancer du poumon. Un âge avancé au diagnostic s'accompagnait généralement d'une mortalité en excès plus importante que celle observée chez les sujets jeunes. Cet effet s'observait souvent au cours de la première année suivant le diagnostic et beaucoup moins au-delà. Pour certaines localisations, le pronostic était meilleur chez

la femme, parfois de façon importante. Enfin, pour certains cancers, les cas les plus récents avaient un meilleur pronostic.

Conclusion : Les procédures élaborées grâce à cette première étude du réseau Francim permettent une mise à jour régulière des résultats. Un nouvel outil de surveillance épidémiologique du cancer est désormais disponible en France (Résumé d'auteur).

## ► Céphalée

34058

FASCICULE  
MOISY (M.)

**Prévalence des céphalées à travers l'enquête décennale Santé 2002-2003.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2006/12 ; n° 542 : 8p.  
Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er542/er542.pdf>

Près d'une personne sur deux âgée de 15 ans et plus déclare être sujette à des maux de tête. Ceux-ci sont le plus souvent ponctuels (seulement 6 % des céphalalgiques évoquent des maux de tête quotidiens) et de courte durée (2 heures ou moins pour 46 % des individus). Ces maux s'accompagnent d'une douleur gênante dans 60 % des cas, voire incapacitante pour 16 % des enquêtés. Ces pourcentages expliquent en partie le recours élevé à la prise de médicaments qui concerne plus de neuf céphalalgiques sur dix, dont 28 % de façon systématique. Un effet de sexe et d'âge caractérise la population céphalalgique composée de six femmes pour quatre hommes et de près d'un tiers de 30-44 ans.

## ► Dépression

34061

FASCICULE  
LEROUX (I.), MORIN (T.)

**Facteurs de risques des épisodes dépressifs en population générale.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2006/12 ; n° 545 : 8p., tabl.  
Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er545/er545.pdf>

Cette étude se fonde sur trois enquêtes en population générale qui proposent chacune un outil de caractérisation de l'épisode dépressif. Deux d'entre eux relèvent d'une approche ca-

tégorielle (systèmes diagnostiques du DSM-IV et de la CIM 10) et l'autre d'une approche dimensionnelle. Malgré ces différences, les corrélations entre caractéristiques sociodémographiques et épisode dépressif sont souvent du même ordre. Ainsi, les femmes présentent, toutes choses égales par ailleurs, entre 1,5 et 2 fois plus de risques que les hommes. Les troubles dépressifs semblent également étroitement liés à la situation conjugale et notamment au fait d'avoir ou non vécu une rupture. Pour ce qui est de la situation professionnelle, les chômeurs déclarent entre 1,4 et 2,1 fois plus souvent un épisode dépressif que les actifs occupés. Par ailleurs, deux enquêtes mettent en évidence une corrélation négative entre niveau d'étude et risque d'épisode dépressif, enfin, moins nettement, l'âge semble avoir un impact sur ces risques, les 60-75 ans présentant une « dépressivité » moindre toutes choses égales par ailleurs.

35593

FASCICULE  
MORIN (T.)

**Classification des dépressifs selon leur type de recours aux soins.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/06 ; n° 577 : 8p.  
Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er577/er577.pdf>

Selon l'enquête Santé mentale en population générale, réalisée entre 1999 et 2003, 7.6 % de la population souffrent d'un épisode dépressif gênant dans la vie de tous les jours. Les comportements de recours aux soins des personnes dépressives sont contrastés. Le premier type de distinction oppose les personnes dépressives qui se soignent et celles qui ne se soignent pas. Le second oppose celles qui recourent à des soins dans le domaine de la santé mentale et celles qui recourent à d'autres types de soins. Le troisième oppose celles qui recourent à des soins conventionnels et celles qui recourent aux médecines douces ou à des traitements traditionnels.

## Diabète

34098

ARTICLE

BEN ABDELAZIZ (A.), SOLTANE (I.), GAHA (K.), THABET (H.), TLILI (H.), GHANNEM (H.)

**Facteurs déterminants du contrôle glycémique des patients diabétiques de type 2 suivis en première ligne.**

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2006/10 ; vol. 54 : n° 5 : 443-452, rés., tabl.

Cote Irdes : P11

L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs déterminants du contrôle glycémique chez les patients diabétiques de type 2 suivis en première ligne dans la région sanitaire de Sousse.

Méthodes : Il s'agit d'une étude épidémiologique descriptive transversale menée auprès d'un échantillon représentatif des patients diabétiques de type 2 et suivis depuis deux ans au moins. Les données ont été collectées à partir d'une compilation de trois sources de données : un questionnaire des patients, une grille d'analyse des dossiers médicaux et un dosage de l'hémoglobine glyquée (HbA1c) par immunoturbidimétrie. Le contrôle glycémique a été mesuré en se référant aux recommandations de l'American Diabetes Association (ADA) : « bon contrôle » si HbA1c=7 %.

Résultats : Cette étude a porté sur un échantillon de 404 patients diabétiques de type 2, ayant un âge moyen de 60,5 ans+/-10,89 et un sex-ratio de 0,5. L'ancienneté moyenne de la maladie diabétique était de 8,7 ans+/-6,10. Seulement 16,7 % de l'ensemble de la population à l'étude avaient atteint l'objectif recommandé par l'ADA. L'étude multivariée par régression logistique contrôlant un ensemble de variables en rapport avec le patient, la famille, la maladie, le traitement et la structure de soins, a identifié seulement deux facteurs associés d'une manière indépendante et statistiquement significative à un mauvais contrôle glycémique : la mauvaise accessibilité géographique de la structure de soins (OR ajusté : 1,89, p=0,009) et un indice de masse corporelle (IMC)=30 kg/m<sup>2</sup> (OR ajusté : 2,2, p=0,034).

Conclusion : Le contrôle glycémique des patients diabétiques de type 2, d'une part, est insuffisant et, d'autre part, dépend de l'accessibilité géographique de la structure de soins, certes meilleure dans les centres de santé. D'où l'importance d'adresser les patients diabétiques de type 2 à leur centre de santé le plus proche lorsque cela est possible.

35579

ARTICLE

WEILL (A.), SALANAVE (B.), RICORDEAU (P.), ALLEMAND (H.), KUSNIK-JOINVILLE (O.)

**Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005 ?**

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2007/01-03 ; vol. 38 : n° 1 : 1-12

Cote Irdes : P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Evolution\\_du\\_diabete\\_traite.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Evolution_du_diabete_traite.pdf)

Cette étude a pour objectif d'actualiser, à partir des données du remboursement du régime général de l'assurance maladie, la prévalence, par âge et par sexe, du diabète traité par anti-diabétiques oraux et/ou par insuline durant la période 2000 à 2005. A cet objectif s'ajoutait le suivi, sur la même période, de l'évolution des modalités de prise en charge médicamenteuse des malades et des coûts engendrés par ces traitements pour l'assurance maladie.

## Douleur chronique

35581

ARTICLE

ALLARIA-LAPIERRE (V.), BLANC (V.), JACQUEME (B.), HORTE (C.), CHANUT (C.)

**Prise en charge ambulatoire de la douleur chronique.**

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2007/01-03 ; vol. 38 : n° 1 : 21-29

Cote Irdes : P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Prise\\_en\\_charge\\_ambulatoire\\_de\\_la\\_douleur\\_chronique.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Prise_en_charge_ambulatoire_de_la_douleur_chronique.pdf)

Menée entre octobre 2003 et janvier 2005 en région Provence - Alpes - Côte d'Azur, cette étude a analysé la prise en charge de la douleur et en a tiré les conclusions suivantes : - le médecin traitant s'inscrit au centre de la prise en charge, - l'accès aux structures spécialisées montre une importante disparité intra régionale, - les douleurs chroniques relevant d'une pluridisciplinarité, le développement de réseaux ville-hôpital faciliterait le parcours de soins.

## ► Indicateurs socio-sanitaires

35984

ARTICLE

LA ROSA (E.), DUBOIS (G.), TONNELIER (F.)

**La responsabilité sociale en santé et la situation sanitaire mondiale. A propos des nouveaux indicateurs sanitaires et sociaux.**

SANTE PUBLIQUE

2007/05-06 ; n° 3 : 217-227, tabl., graph.

Cote Irdes : C, P143

Il est souhaitable de développer de nouvelles approches de la responsabilité sociale et de la santé pour faire en sorte que les progrès scientifiques et technologiques aillent dans le sens de la justice, de l'équité et de l'intérêt de l'humanité. Or, la situation actuelle de la santé est préoccupante dans plusieurs régions du monde. En utilisant un certain nombre d'indicateurs, les auteurs ont élaboré des indices composites qui procurent des informations socio-sanitaires, démographiques et économiques et qui ont permis d'analyser la situation socio-sanitaire mondiale. La Déclaration Universelle de Bioéthique considère la santé comme un bien social et humain, et recommande un meilleur accès aux soins et aux médicaments en quantité et qualité, ainsi que l'accès à l'eau potable. Afin que ces recommandations ne restent pas lettre morte, il semble nécessaire de faire un suivi de l'évolution par le biais des ces indices composites.

36079

ARTICLE

RIBET (C.), MELCHIOR (M.), LANG (T.), ZINS (M.), GOLDBERG (M.), LECLERC (A.)

**Caractérisation et mesure de la situation sociale dans les études épidémiologiques.**

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2007/08 ; vol. 55 : n° 4 : 285-295, rés, tabl., fig.

Cote Irdes : C, P11

Les termes « statut socioéconomique », « situation socioéconomique », « catégories sociales »... sont largement utilisés en épidémiologie. Ils font référence à divers aspects de la situation sociale, situation qui est associée à de nombreuses dimensions de la santé. La position des individus dans la hiérarchie sociale est reconnue comme étant multidimensionnelle, c'est-à-dire définie par des facteurs socioéconomiques divers, tant individuels (par exemple niveau d'études, situation vis-à-vis de l'emploi, profession) que caractérisant le foyer (par exemple revenus du ménage) ou

le voisinage (par exemple taux de chômage dans le quartier de résidence). Ces différents facteurs peuvent être associés à la santé à diverses périodes de la vie par l'intermédiaire de différents mécanismes, et possiblement interagir les uns avec les autres. Aucun indicateur socioéconomique n'est ni meilleur que les autres ni adéquat dans tous les contextes d'étude. Cet article présente une description de différents indicateurs socioéconomiques et de ce qu'ils mesurent, ainsi que les avantages et les limites de chacun d'entre eux. Aucun indicateur n'est à recommander en particulier. Le choix de la mesure la plus pertinente dépend, dans la limite des variables disponibles, de nombreux éléments dont la population étudiée et le critère de santé d'intérêt (Résumé d'auteur).

## ► Morbidité ressentie

APOUEY (B.)

**Measuring health polarization with self-assessed health data.**

HEALTH ECONOMICS

2007/09 ; vol. 16 : n° 9 : 875-894

Cote Irdes : P173

This paper proposes an axiomatic foundation for new measures of polarization that can be applied to ordinal distributions such as self-assessed health (SAH) data. This is an improvement over the existing measures of polarization that can be used only for cardinal variables. The new measures of polarization avoid one difficulty that the related measures for evaluating health inequalities face. Indeed, inequality measures are mean based, and since only cardinal variables have a mean, SAH has to be cardinalized to compute a mean, which can then be used to calculate an inequality measure. In contrast, the new polarization measures are median based and hence do not require to impose cardinal scaling on the categories. After deriving the properties of these new polarization measures, we provide an empirical illustration using data from the British Household Panel Survey that demonstrates that SAH polarization is also a relevant question on empirical grounds, and that the polarization measures are adequate to evaluate polarization phenomena whereas inequality measures are not adequate in these cases.

## ► Mortalité

34024

ARTICLE

PHILIBERT (M.), BOISBRAS (F.), BOUVIER COLLE (M.H.)

***Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, de 1996 à 2002 : fréquence, facteurs et causes. Numéro thématique. La mortalité maternelle en France : bilan et perspectives.***

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2006/12/12 ; n° 50 : 392-395

Cote Irdes : P140

La mortalité maternelle est un indicateur de la qualité des soins obstétricaux. La France a mis en place en 1996 un système de surveillance comportant le suivi des taux et des causes et une enquête confidentielle conduisant à leur expertise. Les définitions utilisées sont celles de l'OMS. Une première analyse porte sur les données observées à partir des statistiques de l'état civil, en particulier les taux (rapport des décès obstétricaux aux naissances vivantes) ; la seconde analyse repose sur l'Enquête confidentielle des décès maternels et leur expertise par le Comité national d'experts (pourcentage d'évitabilité). Résultats : Le taux est estimé entre 9 à 13 décès pour 100 000 naissances vivantes. Après une diminution enregistrée entre 1996 et 2000, l'évolution plus récente est moins favorable. Le taux augmente avec l'âge (risque 8 fois plus élevé à 40 ans qu'à 20-24 ans) et selon la nationalité (taux deux fois plus élevé parmi les femmes non européennes). La France se situe dans une position moyenne parmi les pays comparables et pourrait mieux faire, à l'image de la Finlande (6 pour 100 000). Quatre-vingt-quatre pour cent des décès ont lieu dans un hôpital public, 10 % dans une clinique privée et 6 % à domicile. La première cause est due aux hémorragies (21 % des décès maternels) principalement du postpartum, suivies des complications de l'hypertension artérielle (HTA) (12 %), puis des embolies amniotiques (7 %). Plus de la moitié des décès maternels de causes obstétricales directes sont considérés évitables (73 % des hémorragies, 71 % des infections mais seulement 43 % des HTA). Conclusion : De nombreuses améliorations sont encore possibles, d'une part pour connaître les raisons conduisant à ce drame et y remédier, d'autre part, pour optimiser les soins puisque des pays européens comparables au nôtre continuent de faire mieux (Résumé d'auteur).

34025

ARTICLE

LEVY (G.), BENBASSA (A.), BOUVIER COLLE (M.H.), BREART (G.), FILLETTE (D.), JOUGLA (E.), LACOMBE (C.), MERCIER (F.), MOTIN (J.), PAPIERNIK (E.), PUECH (F.), SAINT LEGER (S.)

***La mortalité maternelle en France : considérations épidémiologiques et cliniques (1999-2001) et recommandations. Numéro thématique. La mortalité maternelle en France : bilan et perspectives.***

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2006/12/12 ; n° 50 : 396-399

Cote Irdes : P140

Le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle est composé d'experts gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, sages-femmes et épidémiologistes. Mis en place en 1996, il a pour objet de recenser et d'expertiser les morts maternelles en France dans une perspective de prévention. L'enquête confidentielle est décrite dans l'article précédent. Au cours de la période étudiée (1999-2001), les causes les plus fréquentes de mort maternelle sont les hémorragies (21 % des cas), les complications de l'hypertension artérielle incluant les accidents vasculaires cérébraux (11,3 % des cas), les embolies amniotiques (7,1 % des cas) et les infections (5 % des cas). Globalement, toutes causes obstétricales directes confondues, 52 % des morts maternelles ont été jugées évitables par le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle : 73 % pour les hémorragies, 44 % pour les patientes hypertensives et 71 % pour les infections. (D'après l'introduction).

34099

ARTICLE

DUCIMETIERE (P.), JOUGLA (E.), HAAS (B.), MONTAYE (M.), RUIDAVETS (J.B.), AMOUYEL (P.), ARVEILER (D.), FERRIERES (J.), BINGHAM (A.)

***Mortalité coronaire en France selon les sources d'information.***

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2006/10 ; vol. 54 : n° 5 : 453-461, rés., tabl.

Cote Irdes : P11

Depuis 1985, deux sources d'information fournissent des indicateurs de la fréquence de la pathologie coronaire dans la population française : la statistique nationale des causes de décès établie par le CépiDC (INSERM), d'une part, et trois registres répertoriant les cas d'in-

farctus du myocarde et les décès coronaires définis par le projet MONICA de l'OMS dans trois régions (Bas-Rhin, Communauté urbaine de Lille, Haute-Garonne), d'autre part. En particulier, une enquête effectuée pour chaque décès susceptible d'avoir une origine coronaire permet aux registres de conclure soit positivement (avec ou sans infarctus), soit négativement, soit à une impossibilité de décider en l'absence de données suffisantes. Le présent travail a pour but d'étudier la concordance des classifications des décès de cause coronaire à partir des deux sources d'information selon la définition retenue d'une part et en tenant compte ou non des causes multiples inscrites sur les certificats de décès d'autre part.

**Matériel et méthodes :** Les 4 664 décès intervenus durant l'année 2000 dans la population de 35 à 64 ans des trois régions et répertoriés par le CépiDC ont été appariés avec les 812 décès dont les causes ont été étudiées par les registres. Après appariement, la classification MONICA a été confrontée à celle du CépiDC, construite à partir du code CIM10 de la cause initiale ou après prise en compte des causes multiples. Dans chaque cas, la concordance entre les classifications finales (décès coronaire ou non) a été établie et le rapport entre la mortalité coronaire obtenue à partir des deux sources a été calculé.

**Résultats et conclusions :** Huit cent six décès ont pu être appariés, dont 310 de cause coronaire selon les registres, 420 présumés de cause coronaire mais avec données insuffisantes et 76 d'origine non coronaire. Alors que le nombre de décès coronaires estimé selon les deux sources est très voisin, la concordance entre les classifications est relativement faible ( $\kappa=0,61$ ). Cependant, lorsque les décès avec données insuffisantes sont inclus dans la définition MONICA, la concordance diminue et une forte sous-estimation (59 %) de la mortalité d'origine coronaire est observée par la statistique nationale par rapport aux registres. La prise en compte des causes multiples en plus de la cause initiale permet, dans une certaine mesure, de réduire cette sous-estimation (42 %) et d'améliorer la concordance entre les résultats provenant des deux sources ( $\kappa$  passant de 0,46 à 0,51). Ces résultats ont des conséquences importantes en ce qui concerne les comparaisons internationales. En effet, le Projet MONICA a montré qu'en France le pourcentage de décès avec données insuffisantes est particulièrement élevé, conduisant à une sous-estimation des taux de décès coronaires établis à partir de la statistique nationale relativement aux autres pays, en particulier européens.

34831

ARTICLE

LIENHART (A.), AUROY (Y.), PEQUIGNOT (F.), BENHAMOU (D.), WARSZAWSKI (J.), BOVET (M.), JOUGLA (E.)

***La mortalité anesthésique en France : résultats de l'enquête Sfar-CépiDC-Inserm.***

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2007/04/10 ; n° 14 : 113-115, tabl., organ., rés.

Cote Irdes : P140

Cette étude décrit une enquête nationale estimant le nombre et la caractéristique des décès liés à l'anesthésie. Des certificats de décès de l'année 1999 ont été sélectionnés en utilisant des codes de la CIM et des fractions de sondage variables. Un questionnaire était adressé aux médecins certificateurs (taux de réponse 97 %) et une rencontre avec un pair était proposée à l'anesthésiste (taux d'acceptation 97 %). Les dossiers ont été analysés pour déterminer le mécanisme de l'accident et son imputabilité à l'anesthésie. Les taux de décès ont été estimés à partir des données d'une enquête ayant porté sur l'activité de l'année 1996 et comparés à ceux d'une enquête réalisée entre 1978 et 1982. Les taux de décès totalement ou partiellement liés à l'anesthésie étaient respectivement de 6,9 (IC95 % 2,2-12) et 47 (31-63) par million. Ils augmentaient avec l'âge et avec les pathologies, passant de 5 à 554 par million entre les classes I et IV de l'ASA. Parmi les causes, les pneumopathies d'inhalation venaient en tête, mais aussi l'hypotension peropératoire et l'anémie associée à l'ischémie myocardique. Des écarts aux normes professionnelles et des défauts d'organisation étaient fréquemment associés. Par rapport à l'enquête de 1978 à 1982, le taux de décès liés à l'anesthésie apparaît avoir été réduit par un facteur dix (Résumé d'auteur).

35037

ARTICLE

SIMIŁOWSKI (T.)

***De quoi mourra-t-on en 2030 ?***

CONCOURS MEDICAL

2007/04/17 ; vol. 129 : n° 15-16 : 490-, fig.

Cote Irdes : P19

Cet article commente une nouvelle série de projections de l'OMS concernant la mortalité par maladie dans le monde et par régions (projet « Global Burden of Disease »). Les auteurs de ces projections prévoient trois niveaux de scénario (neutre, optimiste, pessimiste), avec notamment une hausse importante des décès

liés au tabac (essentiellement dans les pays pauvres).

## ► Obésité

33990

ARTICLE

GINIOUX (C.), GROUSSET (J.), MESTARI (S.)

**Prévalence de l'obésité chez l'enfant et l'adolescent scolarisés en Seine Saint-Denis.**

SANTÉ PUBLIQUE

2006/09 ; vol. 18 : n° 3 : 389-400, tabl., ann.

Cote Irdes : P143

En France, l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez l'enfant constitue une véritable « épidémie ». Les médecins de l'éducation nationale de Seine Saint-Denis, au cours de l'année scolaire 2003-2004, ont réalisé une enquête de prévalence de l'obésité chez les enfants de grande section de maternelle et de troisième, associée à une sensibilisation individuelle pour une prise en charge des élèves dépités. Les résultats montrent une prévalence de l'obésité de 13,9 % à 6 ans et de 14,3 % à 15 ans, valeurs supérieures aux données nationales (10,6 % à 6 ans et 11,3 % à 15 ans). Nous retrouverons par ailleurs un pourcentage de 5,15 % d'enfants en insuffisance pondérale à 6 ans. Les particularités socio-économiques et urbaines du département expliquent en partie ces chiffres. Il paraît judicieux d'inscrire le service de promotion de la santé en faveur des élèves (SP-SFE) dans la poursuite de l'action de repérage et de prise en charge des élèves obèses, en partenariat notamment avec le réseau pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie en Ile-de-France (REPOP-Idéf), les services sociaux et de protection maternelle et infantile (PMI) du département. Il convient par ailleurs d'engager de nouvelles réflexions sur les pratiques alimentaires à l'école (collation et restauration). La population en insuffisance pondérale devra faire l'objet d'une prise en charge adaptée ainsi que d'un complément d'information.

34984

ARTICLE

**Obésité : maigrir sans médicament. (3e partie).**

REVUE PRESCRIRE

2007/04 ; vol. 27 : n° 282 : 275-281

Cote Irdes : P80

Après avoir présenté en première partie (n° 280, pages 123-128), les éléments qui font de l'obésité un problème de santé publique important, et en deuxième partie ce que des interventions non médicamenteuses peuvent apporter en termes de prévention des complications de l'obésité (n° 281, pages 197-201), voici la comparaison de ces interventions et des propositions pour la pratique. Une diminution du poids des patients obèses permet de réduire certaines complications de l'obésité. Quelles sont les interventions les mieux évaluées pour obtenir une réduction pondérale et son maintien durable sans effets indésirables graves ? Pour répondre à cette question, les auteurs ont réalisé une synthèse de l'évaluation disponible utilisant la méthode élaborée par la revue Prescrire.

## ► Prévalence

WEIT (D.R.), SMITH (J.P.)

**Do panel surveys really make people sick ? A commentary on Witson and Howell.**

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2007/09 ; vol. 55 : n° 6 : 1071-1077

Cote Irdes : P103

In a recent article in this journal, Wilson and Howell [2005. Do panel surveys make people sick? US arthritis trends in the Health and Retirement Survey. *Social Science & Medicine*, 60(11), 2623–2627.] argue that the sharp trend of rising agespecific arthritis prevalence from 1992 to 2000 in the USA among those in their 50s based on the original Health and Retirement Study (HRS) cohort of respondents is “almost surely spurious.” Their reasons are that no such trend is found in the National Health Interview Study (NHIS) over this same time period, and that an introduction of a new birth cohort into HRS in 1998 also indicates no trend. They also claim that there may be an inherent bias in panel surveys leading respondents to report greater levels of disease as the duration of their participation in the panel increases. This bias, which they call “panel conditioning,” suggests a tendency for participants in a longitudinal survey to seek out medical care and diagnosis of symp-

toms asked about in previous waves. In this paper, we show that the evidence presented and the conclusions reached by Wilson and Howell are incorrect. Properly analyzed, three national health surveys—the NHIS, National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), and HRS—all show increases in age-specific arthritis prevalence during the 1990s. Since the new HRS sample cohort introduced in 1998 represents only a part of that birth cohort, we also demonstrate that Wilson and Howell's evidence in favor of panel conditioning was flawed. We find little indication of panel conditioning among existing participants in a panel survey.

## ► Risque professionnel

34032

ARTICLE

GEOFFROY PEREZ (B.), JULLIARD (S.),  
GOLDBERG (M.), IMBERNON (E.)

**Cosmop : analyse de la mortalité par secteurs d'activité économique.**

*Numéro thématique. Risques professionnels : quelle veille sanitaire ?*

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2006/11/21 ; vol. : n° 46-47 : 359-361

Cote Irdes : P140

Le projet Cosmop consiste à analyser systématiquement une cohorte de surveillance de la mortalité par profession et secteur d'activité en population générale. La première étude descriptive s'est appuyée sur l'Échantillon démographique permanent (EDP), représentant environ 1 % de la population française, constitué en 1968 et alimenté au cours du temps des informations sociodémographiques et professionnelles issues des bulletins d'état civil et de recensement. La cause de 97 % des décès observés a été retrouvée. Des risques relatifs (RR) de décès ont été systématiquement calculés par cause pour chaque secteur d'activité par rapport aux autres secteurs. La mortalité globale (35 968 décès) et par cancer (11 794 cancers) chez les hommes (137 860 hommes ayant eu une activité professionnelle connue au cours de la période d'étude et retenus après validation des données) est présentée. On observe une surmortalité relative plutôt dans les secteurs industriels et de production, tandis qu'une sous-mortalité relative est observée dans le secteur agricole et pour certains secteurs du commerce et des services. Cette étude propose pour la première fois des indicateurs de

mortalité par cause et par secteur d'activité professionnelle pour l'ensemble de la population française (Résumé d'auteur).

34033

ARTICLE

IMBERNON (E.), GOLDBERG (M.)

**Surveillance épidémiologique des risques professionnels : pourquoi et comment ?**

*Numéro thématique. Risques professionnels : quelle veille sanitaire ?*

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2006/11/21 ; n° 46-47 : 356-358

Cote Irdes : P140

Les déterminants professionnels ont un impact important sur la santé des populations, génèrent des coûts élevés et contribuent aux inégalités sociales de santé. Le système de santé au travail français est largement développé, mais aucun système de surveillance épidémiologique de la santé au travail n'existait à l'échelle populationnelle. Les objectifs principaux de la surveillance épidémiologique des risques professionnels sont la quantification de l'impact des facteurs professionnels sur la santé de la population et l'identification des professions et secteurs à risque élevé, afin de contribuer aux politiques de prévention et de réparation, et à l'évaluation de leurs résultats ; la surveillance vise également à identifier des problèmes de santé au travail émergents. Du fait de la diversité des risques professionnels, les méthodes de surveillance épidémiologique doivent être adaptées à chaque problème spécifique. Dans ce contexte, le département santé travail de l'Institut de veille sanitaire développe depuis 1998 un programme qui repose sur le développement d'outils généralistes (cohortes, matrices emplois-expositions), l'utilisation systématique de données existantes d'origine diverse, la mise en place de programmes pour des problèmes particuliers, et de systèmes d'alerte. L'objectif à terme est la production régulière d'indicateurs nationaux de santé au travail (Résumé d'auteur).

## Tabagisme

33978

FASCICULE  
KARSENTY (S.), DIAZ GOMEZ (C.)

### **Tabac et lycées : principales évolutions 2002-2006.**

TENDANCES (OFDT)  
2006/11 ; vol. : n° 51 : 4p., 5 tabl.  
Cote Irdes : Bulletin français

[http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/tabac\\_lycees.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/IMG/pdf/tabac_lycees.pdf)

Quatre ans après une première enquête sur l'application de la loi Évin dans les lycées, une nouvelle étude fait le point sur l'évolution des règles et des usages relatifs au tabac. Selon la déclaration du Premier ministre en date du 8 octobre 2006, le décret qui remplacera le texte de mai 1992 pris en application de la loi Évin, interdira totalement l'usage du tabac en public, notamment en milieu scolaire (écoles, collèges et lycées). Cette mesure s'appliquera à compter du 1er février 2007. Aucune exception ne sera admise. Les lycées n'auront donc, dans leur enceinte, ni « fumoirs », ni espaces autorisés aux fumeurs à l'extérieur des bâtiments. Cette règle s'appliquera à tous, quels que soient les âges ou les statuts des personnes. La nouvelle situation souhaitée par les pouvoirs publics créera une rupture dans les pratiques et les règles encore en vigueur dans les lycées en 2006. Néanmoins, l'évolution des quatre dernières années montre que la lutte contre le tabagisme en milieu lycéen a connu une accélération qui laisse augurer de meilleurs résultats des politiques publiques en 2007, comparativement aux tentatives largement infructueuses des années 1977 ou 1992. C'est là tout l'intérêt de l'étude dont ce numéro de Tendances présente les principaux résultats.

35360

ARTICLE  
KARSENTY (S.), MELIHAN-CHEININ (P.),  
DUCROT (E.)  
Centre National de la Recherche Scientifique.  
(C.N.R.S.). Nantes. FRA, Direction Générale  
de la Santé. (D.G.S.). Paris. FRA, Resum.  
Lyon. FRA

### **L'application de la loi Evin sur le tabac dans les hôpitaux publics français en 2006.**

*Numéro thématique. Journée mondiale sans tabac, 2007.*  
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMA-  
DAIRE  
2007/05/29 ; vol. : n° 21 : 180-183, tabl., stat.

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2007/21/beh\\_21\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/21/beh_21_2007.pdf)

Le ministère de la santé a évalué l'application de la réglementation à l'égard du tabac dans les hôpitaux publics français au printemps 2006. Une enquête sur échantillon aléatoire stratifié a été menée en 2006. Les taux de tirage ont été raisonnés pour tenir compte des tailles d'établissements. Les personnels, les patients et les directeurs de 316 établissements ont répondu à un questionnaire auto-administré, établissant le taux de réponse à 70 %. En 2006, 67 % des directeurs et 47 % des personnels considéraient que le tabac était « un problème » dans leur établissement. La taille des hôpitaux, la taille des communes d'implantation, la spécialisation en psychiatrie augmentent généralement les difficultés. La date de l'enquête, l'interdiction totale du tabac dans les hôpitaux était une perspective approuvée par 73 % des directeurs et 46 % des personnels. La situation française ne faisait pas exception en Europe en 2006. Environ deux-tiers des établissements révèlent des difficultés d'application de la réglementation de 1992. L'interdiction totale du tabac dans les bâtiments hospitaliers décrétée à compter du 1er février 2007 mettra probablement en évidence le rôle propre négatif de l'absence de dispositions particulières aux établissements de santé dans le décret de 1992 (Résumé d'auteur).

35362

ARTICLE  
DAUTZENBERG (B.), DELCHANIDIS (M.),  
ALLCOUFE (J.), OSMAN (J.), DEWITTE  
(J.D.), LETOURMY (F.)

### **Enquête sur l'évolution du tabagisme sur le lieu de travail avec l'interdiction de fumer au premier février 2007, France, janvier-mars 2007.**

*Numéro thématique. Journée mondiale sans tabac, 2007.*  
BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMA-  
DAIRE  
2007/05/29 ; n° 21 : 186-188, tabl., stat.,  
graph.  
Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2007/21/beh\\_21\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/21/beh_21_2007.pdf)

Afin d'étudier l'impact de l'interdiction totale de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif survenue en février 2007, une enquête mensuelle est conduite auprès des salariés vus par des médecins du travail. 144 médecins du travail volontaires remplissent men-

suellement un questionnaire très simple chez les 20 premiers salariés vus en visite systématique. Le pourcentage de salariés rapportant travailler dans des lieux non-fumeurs, sans fumoir, est passé de 42 % en janvier 2007, à 71 % en février et 80 % en mars. En mars, ce pourcentage atteint 91 % dans les lieux d'enseignement et 84 % dans les lieux de santé. En mars, seul 6 % des salariés rapportent avoir une salle fumeur, contre 21 % en janvier 2007. Le souhait d'un lieu de travail non fumeur augmente dans tous les secteurs où l'interdiction est effective. L'interdiction de fumer a profondément changé le statut tabagique des lieux de travail. Plus de 80 % des salariés interrogés sont totalement protégés avec des entreprises totalement sans tabac, seul 13 % travaillent dans des entreprises n'ayant pas encore parfaitement appliqué le décret (Résumé d'auteur).

## ► Travail et santé

34013

ARTICLE  
MOLINIE (A.F.)

***Les salariés quinquagénaires, entre fragilisation et protection.***

RETRAITE ET SOCIETE  
2006/10 ; n° 49 : 12-37, tabl., graph.  
Cote Irdes : P63

Cet article décrit la situation actuelle des salariés quinquagénaires, entre sélection et protection, à partir d'une approche centrée sur la santé. L'auteur rappelle d'abord rapidement quelques travaux récents venant conforter l'hypothèse de sélection-exclusion de l'emploi, en lien avec la santé. A partir de l'enquête interprofessionnelle - Santé et vie professionnelle après 50 ans - (SVP 50) réalisée en 2003, l'auteur examine ensuite les enjeux de santé au travail des quinquagénaires, en insistant sur le fait que les liens entre les problèmes de santé et les difficultés qu'ils peuvent entraîner dans le travail sont loin d'être mécaniques. L'auteur part de la question des pathologies, puis l'élargit à l'ensemble des troubles de santé ressentis par les personnes, pour essayer d'identifier les facteurs qui peuvent engendrer davantage de difficultés ou, au contraire, faciliter l'activité, pour travailler avec ces problèmes de santé.

34014

ARTICLE  
POMMIER (J.L.), BARDOUILLET (M.C.),  
GILLES (M.), MOLINIE (A.F.)

***Ce salarié devrait cesser de travailler : une approche de l'usure professionnelle des 50 ans et plus.***

RETRAITE ET SOCIETE  
2006/10 ; n° 49 : 39-59, tabl., graph., ann.  
Cote Irdes : P63

Cet article sera centré sur une question sollicitant l'avis du médecin : Indépendamment de l'avis d'aptitude, considérez-vous que cette personne devrait cesser de travailler ? Cette question visait à appréhender des situations où la poursuite du travail est identifiée comme un risque pour la santé du salarié, et ce quel que soit le compromis construit par le médecin avec le salarié entre son état de santé, son souhait de rester au travail ou non, les risques pour son emploi et les possibilités d'aménager ou de modifier ses conditions de travail. Sont examinées successivement la manière dont sont prises en compte différentes caractéristiques des salariés (âge, catégorie socio-professionnelle), leur santé, leurs conditions de travail, et par l'évaluation qu'ils font des changements récents survenus dans leur travail et des risques éventuels qu'ils ressentent pour leur emploi. Les auteurs montrent ensuite ce qui est mis en oeuvre par le médecin du travail pour ces salariés qui, d'après lui, devraient cesser de travailler.

34015

ARTICLE  
BARDOT (F.), TOURANCHET (A.)

***Partir plus tôt pour raisons de santé : le dilemme des médecins du travail.***

RETRAITE ET SOCIETE  
2006/10 ; n° 49 : 61-75, tabl., graph., ann.  
Cote Irdes : P63

L'objectif de cet article est d'explicitier la complexité de la décision de retrait anticipé, décision complexe qui place souvent le médecin du travail face à un dilemme : préserver la santé en prononçant une inaptitude ou repousser cette décision pour assurer un départ dans de meilleures conditions psychologiques et financières. Les auteurs rappellent d'abord la distinction entre les deux principaux dispositifs de sortie pour raisons de santé, avant de préciser les écarts d'indemnisation auxquels conduisent les différents cas de figure. Dans un second temps, la présentation d'un cas concret permettra de situer les enjeux d'une décision d'inaptitude en fin de carrière.

34016

ARTICLE  
JOLIVET (A.)

**Usages nationaux des sorties anticipées liées à la santé : les exemples suédois et néerlandais.**

RETRAITE ET SOCIETE  
2006/10 ; n° 49 : 99-119, tabl., graph.  
Cote Irdes : P63

Comment les trajectoires de sortie d'activité en raison de difficultés liées à la santé sont-elles utilisées dans les autres pays ? Après avoir rappelé les principales différences entre pays, l'auteur s'attache à deux exemples : la Suède pour sa très forte utilisation des congés longue maladie et les Pays-Bas pour celle des dispositifs d'invalidité. Leur spécificité est précisée ainsi que la manière dont ces modalités de sortie a évolué dans les dernières années.

34493

ARTICLE  
IMBERNON (E.), GOLDBERG (M.)

**Connaître les liens entre santé et travail.**  
*La place de la santé au travail dans la santé publique.*

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE  
2006/12 ; n° 57 : 18-30  
Cote Irdes : P49

Les facteurs professionnels pèsent d'un grand poids sur la santé des populations. Les maladies d'origine professionnelle sont nombreuses et diverses, les facteurs de risque sont eux-mêmes très variés. Les expositions à des nuisances sont donc souvent à l'origine de problèmes de santé physique et mentale. Les principales sources statistiques disponibles en France proviennent de l'enquête Sumer du ministère du travail, qui donne une photographie « instantanée » des expositions professionnelles. Entre 1994 et 2003, l'exposition des salariés à la plupart des risques et pénibilités du travail a eu tendance à s'accroître.

34495

ARTICLE  
ROQUELAURE (Y.), HA (C.), LECLERC (A.)

**Problèmes spécifiques actuels de la santé au travail.**  
*La place de la santé au travail dans la santé publique.*

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE  
2006/12 ; n° 57 : 42-56

Cote Irdes : P49

Si les maladies d'origine professionnelle sont nombreuses et diverses - troubles musculo-squelettiques, cancers, affections psychologiques, etc. - les facteurs de risque peuvent être aussi bien des nuisances chimiques ou physiques que du stress ou des rythmes de travail inappropriés. S'il existe des possibilités d'intervention pour les acteurs de la santé au travail, encore faut-il que ceux-ci puissent se faire entendre. Pour qu'il en soit ainsi, les pouvoirs publics ont un rôle à jouer, en combinant des politiques de coercition, d'incitation, d'information et d'encouragement à la négociation.

## PERSONNES ÂGÉES

### ► Conditions de vie

34017

ARTICLE  
RENAUT (S.)

**Modes de vie et besoin d'aide après 75 ans : données comparées en 1989 et 1999.**

RETRAITE ET SOCIETE  
2006/10 ; vol. : n° 49 : 121-141, tabl., graph.  
Cote Irdes : C, P63

A partir de deux enquêtes menées en 1989 et 1999, les données comparées pour les personnes de 75 ans et plus vivant à domicile et en institution montrent que les gains de mortalité aux âges élevés conduisent à vivre beaucoup plus longtemps en couple au temps de la retraite. Les établissements accueillant des résidents de plus en plus handicapés, la structure de la population hébergée se modifie pour se concentrer sur le grand âge. A domicile, en 1989 comme en 1999, 80 % des personnes de 75 ans et plus confrontées à une perte d'autonomie mobilisent leur entourage pour les activités quotidiennes. Néanmoins, les services professionnels associés à cette aide profane ont progressé sur la période. En dix ans, le rôle et la place des hommes dans la production de soins se sont modifiés, le taux d'intervention des conjoints a été multiplié par deux et la pression exercée sur les enfants est moins forte, en particulier pour les filles. Globalement, sur la période, professionnels et proches sont moins mobilisés auprès de la population étudiée, néanmoins, ils le sont tout autant, voire davantage, auprès de ceux qui en ont le plus besoin. Ces résultats, en confir-

mant l'interdépendance des aides professionnelles et profanes, posent la question de leur évolution dans le temps, face à des besoins qui, s'ils se manifestent plus tardivement, sont susceptibles de se prolonger plus longtemps et concerneront dans l'avenir des générations nombreuses, au contraire des générations creuses d'aujourd'hui (Résumé d'auteur).

## ► Dépendance

35919

ARTICLE  
ESPARRE (S.)

**Longévité et dépendance. Les défis socio-économiques.**

GESTIONS HOSPITALIERES  
2007/04 ; vol. : n° 465 : 245-248, carte  
Cote Irdes : C, P67

Parmi les tendances démographiques des territoires français à l'horizon 2030, l'augmentation de la proportion ou des effectifs de population âgée est celle dont les implications seront les plus lourdes. C'est pourquoi la Délégation à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (Diact) a placé ce sujet au coeur de son programme de prospective. Une intervention présentée aux premières rencontres parlementaires, le 24 janvier 2007.

## ► Emploi des seniors

35000

ARTICLE  
COUHIN (J.), MARIONI (P.), CHARPAIL (C.)

**Évolutions démographiques et emploi des seniors en Europe.**

RETRAITE ET SOCIETE  
2007/01 ; vol. : n° 50 : 198-223, graph., ann.  
Cote Irdes : P63

Cet article propose un exposé de la situation démographique européenne. La première partie est consacrée à la présentation des principales tendances démographiques constatées en Europe en 2004. Ensuite, l'évolution de la situation démographique est étudiée en prospectif, à partir des projections réalisées par Eurostat à l'horizon 2050. Ce cadrage démographique est complété par un point sur l'emploi en Europe, avec un zoom sur l'activité des seniors (Extrait de l'introduction).

## ► Établissements d'hébergement

34554

FASCICULE  
PREVOT (J.), TUGORES (F.), BERTRAND (D.)

**Les établissements d'hébergement pour personnes âgées : activité et personnel au 31 décembre 2003.**

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES  
2007/01 ; n° 106 : 71p., tabl., ann.  
Cote Irdes : S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat106.pdf>

Les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) regroupent l'ensemble des établissements médico-sociaux ou de santé qui reçoivent des personnes âgées pour un accueil permanent, temporaire, de jour ou de nuit. Les maisons de retraite : ce sont des lieux d'hébergement collectif qui assurent une prise en charge globale de la personne, incluant l'hébergement en chambre (ou en logement), les repas et divers services spécifiques. Les maisons de retraite des hôpitaux proposent le même type d'hébergement tout en étant rattachées à un hôpital public. Les logements-foyers : ce sont des groupes de logements autonomes (parfois aussi des chambres) assortis d'équipements ou de services collectifs dont l'usage est facultatif. Les unités de soins de longue durée (USLD) : constituent les structures les plus médicalisées et sont destinées aux personnes les plus dépendantes. Les résidences d'hébergement temporaire : elles permettent à la personnes âgées de faire face à des difficultés passagères telles que l'absence momentanée de la famille, l'isolement, la convalescence ou encore l'adaptation du logement en hiver. Les établissements expérimentaux : accueillent un nombre limité de résidents ; ils sont proches du domicile des personnes âgées et ont un projet thérapeutique visant à stimuler les capacités d'autonomie des personnes. Les hospices : ils hébergent des personnes âgées ou invalides et des personnes handicapées et leur assure, le cas échéant, les soins nécessaires. En application de la loi du 30 juin 1975 modifiée, cette catégorie d'établissements disparaît par transformation en maisons de retraite, services de soins longue durée et, pour les personnes handicapées, en foyers de vie ou maisons d'accueil spécialisées.

## ► Représentation de la vieillesse

35786

ARTICLE

MACIA (J.), CHAPUIS-LUCCIANI (N.),  
BOETSCH (G.)

***Stéréotypes liés à l'âge, estime de soi et santé perçue.***

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

2007/09 ; vol. 25 : n° 3 : 79-105

Cote Irdes : P86

L'objectif de ce travail, portant sur un échantillon de la population âgée marseillaise, est, en premier lieu, de déterminer si les personnes âgées perçoivent, ou non, les stéréotypes liés à l'âge dans notre société, et d'analyser les discours associés à cette perception, deuxièmement, d'étudier l'influence des facteurs sociodémographiques tels que l'âge, le genre, le lieu de vie, le statut marital, le niveau d'éducation ainsi que la dépendance, sur la perception de l'âgisme et, enfin, d'analyser les relations entre la perception de ces stéréotypes et la santé subjective des individus, en utilisant comme indicateurs l'auto-évaluation de la santé et l'estime de soi. Pour cela des entretiens individuels ont été réalisés avec 298 personnes âgées de 60 à 92 ans. Les résultats montrent que près de 40 % des personnes rencontrées perçoivent des stéréotypes négatifs à l'encontre de leur groupe, qu'aucun des facteurs sociodémographiques analysés, ni même la dépendance, ne s'avère associé à cette perception, mais qu'il existe des liens entre la perception de l'âgisme et la santé subjective des personnes âgées, ces relations étant contrôlées par les facteurs sociodémographiques.

## GROUPES DE POPULATION

### ► Adolescents

34507

ARTICLE

DESANDES (E.), LACOUR (B.), SOMMELET (D.), VELTEN (M.), TRETARRE (B.), MAAROUF (N.), GUIZARD (A.V.), GROS-CLAUDE (P.), DELAFOSSE (P.), DANZON (A.), BUEMI (A.), BOURDON RAVERDY (N.), BRUGIERES (L.)

***Incidence et survie des cancers de l'adolescent en France, 1988-1997.***

*Numéro thématique. Surveillance des cancers en France : état des lieux et perspectives en 2007.*

BULLETTIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2007/03/13 ; n° 9-10 : 74-76

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2007/09\\_10/beh\\_09\\_10\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/09_10/beh_09_10_2007.pdf)

Introduction : En France, les cancers chez les adolescents sont rares. Cependant, ils représentent la troisième cause de mortalité. L'objectif de cette étude était d'étudier l'incidence et la survie chez les adolescents français atteints de cancer.

Méthode : Tous les cas de cancers (exceptés les carcinomes basocellulaires cutanés) enregistrés chez les 15-19 ans par les registres généraux des cancers de neuf départements (représentant 10 % du territoire français) de janvier 1988 à décembre 1997 ont été inclus.

Résultats : Le taux d'incidence était de 172,9 par million d'adolescents. Aucune variation significative des taux d'incidence n'a été décelée entre 1988 et 1997. La survie spécifique était de 81 % à deux ans, 74,5 % à cinq ans, et 73 % à sept ans. La survie à cinq ans a augmenté au cours du temps, passant de 70,3 % durant la période 1988-1992 à 78,4 % durant la période 1993-1997 ( $p=0,02$ ).

Discussion : Nos résultats sont comparables à ceux observés en Europe et en Amérique du Nord. La survie était inférieure à celle observée chez les enfants pour les leucémies aiguës lymphoïdes, les lymphomes malins non hodgkiniens, les tumeurs osseuses et mésoenchymateuses malignes. Il serait nécessaire de connaître la cause de ces disparités (différences biologiques ou de pratiques de prise en charge). (R.A.).

34523

ARTICLE

FEUR (E.), LABEYRIE (C.), BOUCHER (J.), EID (A.), CABUT (S.), DIB (S.), CASTETBON (K.), FALISSARD (B.)

***Indicateurs de santé chez les collégiens et lycéens du Val-de-Marne, France, en 2005 : excès pondéral, atteinte carieuse et risque de dépression.***

BULLETTIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2007/01/30 ; n° 4 : 29-33

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2007/04/beh\\_04\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/04/beh_04_2007.pdf)

Objectif : Identifier les facteurs socio-économiques associés au surpoids, au risque de

dépression, ou de carie dentaire chez les adolescents.

Méthode : En 2005, un échantillon (n=960) représentatif des collégiens et lycéens du Val-de-Marne a été sélectionné. Des examens anthropométrique et bucco-dentaire, et la passation d'un auto-questionnaire ont été réalisés. Surpoids et obésité sont définis ici selon les seuils internationaux d'Indice de masse corporelle, la carie selon l'indice CAO (Dent cariée absente ou obturée) et le risque de dépression, selon l'échelle ADRS (Adolescent Depression Rating Scale).

Résultats : 17,0 % des adolescents avaient un excès pondéral (dont 3,1 % obèses), 43,6 % souffraient de carie et 18,3 % de risques dépressifs. Le risque d'excès pondéral augmentait si la mère n'avait pas le bac (ORa=1,6), si les parents étaient originaires du Maghreb (ORa=1,8), d'un pays « autre » (hors Europe et continent africain) (ORa=1,8) ou s'ils vivaient dans un quartier d'habitat collectif (ORa=2,1). Le risque de carie augmentait avec l'âge et si les parents n'avaient pas d'activité professionnelle (ORa=2,7) ou étaient originaires du Maghreb (ORa=2,0). Le risque de dépression était élevé chez les adolescents estimant que « dans la famille, pour acheter à manger, il y a des problèmes » (ORa=3,7) et ceux qui se sentaient en insécurité dans leur quartier (ORa=1,5).

Conclusion : Les risques d'excès pondéral et d'atteinte carieuse étaient, ici, associés plus souvent au niveau d'éducation de la mère et au pays d'origine du père qu'à la profession des parents. Des conditions de vie difficiles augmentaient le risque de dépression (Résumé d'auteur).

35317

FASCICULE

GUIGNON (N.), FONTENEAU (L.)

**La santé des adolescents scolarisés en classe de troisième en 2003-2004 : premiers résultats.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/05 ; n° 573 : 8p.

Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er573/er573.pdf>

Avec un adolescent sur six en surpoids (obésité incluse) en classe de troisième et des écarts de prévalence allant du simple à plus du double entre les enfants de cadres et d'ouvriers non qualifiés (9,8 % contre 23,4 %), le surpoids apparaît comme le miroir des inégalités sociales, avec un effet loupe si on s'intéresse uniquement à l'obésité.

## ► Enfants

34305

ARTICLE

JEAMMET (P.)

**A propos du rapport de l'Inserm sur le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent.**

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2006 ; vol. 190 : n° 4-5 : 1061-1067

Cote Irdes : P76

Le rapport de l'Inserm de septembre 2005 sur le trouble des conduites de l'enfant a déclenché une vive polémique en France parmi les différents intervenants dans le champ de la prévention et de la santé de l'enfant. Les raisons, de cette polémique très liée au contexte français, sont analysées et l'intérêt de ce rapport est souligné.

## ► Inégalités d'accès aux soins

35297

ARTICLE

CARDE (E.)

**La discrimination selon l'origine dans l'accès aux soins.**

SANTE PUBLIQUE

2007/03-04 ; n° 2 : 99-109

Cote Irdes : P143

La discrimination est un traitement différentiel, défavorable et illégitime. Cette recherche doctorale a porté sur les discriminations fondées sur l'origine, quand elles se déploient dans le champ de l'accès aux soins. Les auteurs ont observé et interrogé au cours d'entretiens semi-directifs, sur leurs lieux d'exercice, 175 professionnels de l'accès aux soins en France métropolitaine et en Guyane. A partir de l'analyse qualitative de ce matériau, ils ont dégagé trois types de processus discriminatoires. Les deux premiers se fondent sur la perception, par le professionnel, d'une différence d'origine chez l'utilisateur. Le troisième résulte de logiques institutionnelles indépendantes de l'intentionnalité des professionnels. L'article se conclut sur une série de recommandations visant à lutter contre ces discriminations.

## ► Inégalités sociales

KIULA (O.), MIESZKOWSKI (P.)

### ***The effects of income, education and age on health.***

HEALTH ECONOMICS

2007/07 : vol. 16 : n°. 7 : 781-798

Cote Irdes : P173

We use the core interviews of the US Health Interview Survey for the years 1987–1994, to study the effects of socioeconomic status (SES) on mortality and self-reported health. We find, consistent with previous studies, that the relationship between mortality and indicators such as education and income diminishes with age. We consider new explanations for this result and conclude that general biological deterioration at old age is probably the principal one. One important piece of evidence for this conclusion is the finding that there is no relationship at all between mortality and SES for people whose self-reported health status at baseline is either fair or poor.

34039

ARTICLE

ROMON (I.), DUPIN (J.), FOSSE (S.), DALICHAMPT (M.), DRAY SPIRA (R.), VARROUD VIAL (M.), WEILL (A.), FAGOT CAMPAGNA (A.)

### ***Relations entre caractéristiques socio-économiques et état de santé, recours aux soins et qualité des soins des personnes diabétiques, Entred 2001.***

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2006/11/14 ; n° 45 : 347-350, 3 tabl.

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/BEH/2006/45/beh\\_45\\_2006.pdf](http://www.invs.sante.fr/BEH/2006/45/beh_45_2006.pdf)

Cette étude a pour objectifs de comparer les caractéristiques socio-économiques de populations diabétique et générale, et d'étudier, au sein de la population diabétique, le lien entre ces caractéristiques et l'état de santé, le recours aux soins et la qualité des soins. Pour l'étude Entred, 10 000 adultes ont été sélectionnés aléatoirement parmi les bénéficiaires du régime général de l'Assurance maladie remboursés d'hypoglycémiant (oraux et/ou insuline) au cours du dernier trimestre 2001. Un questionnaire leur a été posté et un questionnaire médical a été adressé à leurs médecins. Cette analyse porte sur 3 076 personnes diabétiques de type 2 âgées de moins de 80 ans. Les résultats ont montré que le statut socio-économique était moins favorable en

population diabétique que générale. En population diabétique, les personnes de niveau socio-économique moins favorable avaient déclaré moins souvent une dyslipidémie mais plus souvent une obésité ou une complication macrovasculaire. Elles avaient eu plus souvent recours à un médecin généraliste, et moins souvent à un spécialiste du diabète. La qualité des soins reçus et leur contrôle glycémique étaient moins bons. Les personnes nées aux Maghreb, comparativement à celles nées en France, présentaient plus souvent une rétinopathie diabétique, avec de plus un dépistage par fond d'oeil moins fréquent. Au vu des résultats, des efforts devraient être faits pour améliorer la prévention et la prise en charge du diabète chez les personnes issues de milieux défavorisés (Résumé d'auteur).

34284

FASCICULE

SCHEIDEGGER (S.), VILAIN (A.)

### ***Disparités sociales et surveillance de grossesse.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2007/01 ; n° 552 : 8p.

Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er552/er552.pdf>

Cette étude complète les premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale 2003, en analysant plus finement la surveillance prénatale des mères selon leur catégorie socio-professionnelle, leur situation au regard de l'emploi, leur nationalité, leur âge, etc... Elle permet ainsi de caractériser les femmes dont la grossesse a été moins bien suivie. La part des femmes qui n'ont pas eu les sept visites prénatales réglementaires (6 % des femmes interrogées) atteint 23,8 % chez celles qui ne sont pas scolarisées. Les femmes qui ont eu moins de trois échographies (2,4 %) sont surtout des femmes non scolarisées ou ressortissant d'un pays d'Afrique subsaharienne. Enfin, 10 % des femmes de 38 ans ou plus n'ont bénéficié d'aucun dépistage ni diagnostique de la trisomie 21.

35038

ARTICLE

QUESNEL VALLEE (A.)

***Faire le point sur les inégalités sociales de santé : des acquis, mais encore beaucoup de défis à relever.***

*Colloque de l'AELF : « Épidémiologie sociale et inégalités de santé ».*

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2007/02 ; vol. 55 : n° 1 : 1-2

Cote Irdes : P11

Même s'il est vrai que les inégalités sociales de santé s'inscrivent dans une continuité historique, il faut également noter qu'une rupture avec le passé s'est faite à partir du moment où l'on a observé la persistance, et même l'accroissement des inégalités sociales de santé dans les pays développés offrant à leur population l'accès universel à un système de soins. Il est dès lors devenu impossible d'ignorer que plus de soins n'équivalent pas nécessairement à une meilleure santé des populations, et que la solution aux inégalités sociales de santé dépasse les seules politiques de santé. C'est suite à cette rupture que le champ de recherche sur les inégalités sociales de santé a pris son essor et qu'il est devenu le centre d'activité bourdonnant et prolifique que nous connaissons aujourd'hui. Les articles publiés dans ce numéro spécial de la Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique s'inscrivent de façon très pertinente dans ce contexte historique en couvrant l'éventail des questionnements qui s'y rattachent, depuis l'identification du problème par les méthodes descriptives (Kunst) jusqu'à l'articulation des résultats de recherches aux politiques (Elbaum), en passant par l'identification de pistes de recherche prometteuses autant au niveau conceptuel que méthodologique (Blane et al., Diez-Roux, Fleurbaey, Lombrail).

35039

ARTICLE

KUNST (A.E.)

***Describing socioeconomic inequalities in health in European countries : an overview of recent studies.***

*Description des inégalités sociales de santé en Europe : panorama des études récentes.*

*Colloque de l'AELF : « Épidémiologie sociale et inégalités de santé ».*

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2007/02 ; vol. 55 : n° 1 : 3-11, rés., tabl.

Cote Irdes : P11

Dans tous les pays européens qui disposent de données adéquates, de nombreuses études ont montré que les personnes appartenant aux catégories socioéconomiques les moins favorisées vivent moins longtemps et ont plus de problèmes de santé. La réduction des inégalités sociales de santé est un important enjeu de santé publique. À côté de la recherche explicative et des études d'intervention, les travaux descriptifs sont importants pour guider les politiques de santé. Les défis spécifiques de la recherche à visée descriptive sont : a) de décrire les inégalités sociales de santé pour des populations, des régions et des périodes pour lesquelles on ne dispose pas encore d'information ; b) de compléter les données concernant des mesures génériques de la santé par des données concernant des problèmes de santé spécifiques ; c) de documenter les inégalités d'exposition à des facteurs de risques spécifiques, comme le tabac ; d) de prendre en compte de nouvelles mesures de position socioéconomique. On montrera brièvement les progrès réalisés à l'échelle européenne dans chacun de ces domaines par les études descriptives récentes. Les exemples choisis illustrent la façon dont l'utilisation des sources de données existantes permet de décrire les inégalités sociales de santé, et comment de nouveaux résultats peuvent être obtenus en utilisant des méthodes nouvelles. Les travaux futurs devraient chercher à identifier les domaines prioritaires pour la recherche explicative et les études d'intervention.

35042

ARTICLE

BLANE (D.), NETUVELI (G.), STONE (J.)

***The development of life course epidemiology.***

*L'émergence de l'épidémiologie biographique.*

*Colloque de l'AELF : « Épidémiologie sociale et inégalités de santé ».*

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2007/02 ; vol. 55 : n° 1 : 31-38, rés.

Cote Irdes : P11

L'article présente l'émergence de l'épidémiologie biographique dans les années 1990 à partir de trois domaines de recherche : la « programmation biologique », le suivi de cohortes de naissance et les inégalités de santé. Après avoir passé en revue les méthodes utilisées dans l'étude des parcours de vie : le suivi de cohortes, la mise en relation de données appariées à partir de différents registres et « l'archéologie épidémiologique », les auteurs décrivent trois modèles de l'épidémiologie

biographique : les périodes critiques, l'accumulation, les itinéraires. S'il peut être difficile de différencier ces trois modèles d'un point de vue conceptuel et empirique, les auteurs défendent l'idée selon laquelle le principe d'accumulation est le processus social fondamental qui oriente le cours des trajectoires alors que les deux autres modèles concernent des mécanismes étiologiques spécifiques. Le modèle d'accumulation présente, entre autres avantages, d'avoir un bon pouvoir prédictif, d'éclairer les mécanismes étiologiques, de contribuer aux débats sur les inégalités sociales et d'orienter les politiques. Toutefois, l'approche biographique ne prétend se poser en alternative aux approches transversales centrées sur les effets à court terme, certaines ruptures sociales pouvant avoir un impact important et immédiat sur la santé. Elle présente en outre certaines limites ; si elle parvient à mettre en évidence des effets robustes du parcours de vie sur certains indicateurs biologiques, les liens avec les comportements et les réactions psychologiques quotidiennes sont plus ténus. On peut également penser que les effets du parcours de vie se diluent aux âges élevés, là où la morbidité et la mortalité sont les plus fortes. Les auteurs pointent trois orientations pour la recherche à venir. Tout d'abord, la plupart des données biographiques étant recueillies rétrospectivement, il est nécessaire de connaître le degré de précision qui peut être atteint dans la mémorisation d'informations portant sur plusieurs décennies et d'identifier les méthodes qui optimisent cette précision. En second lieu, les différentes disciplines impliquées dans l'approche biographique doivent travailler en concertation plus étroite. Notamment, les chercheurs en sciences sociales doivent faire preuve de circonspection lorsqu'ils manipulent des données déclaratives de santé qui n'ont pas de validité biologique ; de même, les biologistes doivent être plus rigoureux lorsqu'ils recourent à une notion telle que le statut social qui confond position sociale et prestige. Enfin, le développement de l'épidémiologie biographique doit s'appuyer sur l'infrastructure émergente des recherches comparatives européennes.

35043

ARTICLE  
FLEURBAEY (M.)

***Le revenu équivalent-santé, un outil pour l'analyse des inégalités sociales de santé.***

*Colloque de l'ADELF : « Épidémiologie sociale et inégalités de santé ».* : Toulouse. FRA,  
REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2007/02 ; vol. 55 : n° 1 : 39-46, rés.  
Cote Irdes : P11

Cet article suggère de replacer l'analyse des inégalités sociales de santé dans le cadre de l'analyse des inégalités de niveau de vie en général. Pour ce faire, il est proposé d'utiliser un indicateur, le revenu équivalent-santé, qui tient compte de l'importance que les individus accordent à la santé par rapport à d'autres dimensions du niveau de vie. Il est montré que le critère qui consiste à évaluer une situation sociale par la distribution des revenus équivalents-santé, en donnant la priorité aux plus défavorisés dans cette distribution, est le seul critère répondant à certaines conditions simples d'efficacité et d'équité. Cette approche est comparée aux approches empiriques voisines (analyse coût-bénéfice, courbe de concentration de la santé). Il est montré en particulier que la corrélation entre revenu et santé (ou entre statut socioéconomique et santé), qui concentre souvent l'attention en épidémiologie sociale, aggrave la distribution des revenus équivalents-santé mais n'est qu'un élément parmi d'autres des inégalités de niveau de vie. En particulier, l'amélioration de la situation des plus défavorisés en matière de revenu équivalent-santé devrait primer sur la réduction de la corrélation revenu-santé, qui n'est pas un objectif défendable pour des politiques sociales de santé.

35340

ARTICLE  
MENVIELLE (G.), CHASTANG (J.F.), LUCE (D.), LECLERC (A.)

***Évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité en France entre 1968 et 1996. Étude en fonction du niveau d'études par cause de décès.***

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE  
2007/04 ; vol. 55 : n° 2 : 97-105, fig., tabl.  
Cote Irdes : P11

Il existe actuellement peu d'information sur l'évolution temporelle des inégalités sociales de mortalité par cause de décès en France. L'objectif de cet article est de décrire les inégalités sociales de mortalité en fonction du niveau d'étude par cause de décès en France et leur évolution temporelle. Les données sont issues de l'échantillon démographique permanent de l'Insee, un échantillon représentatif de 1 % de la population française, auquel ont été couplées les causes de décès du CepiDc de l'Inserm. La mortalité a été étudiée sur quatre périodes (1968-1974, 1975-1981, 1982-

1988, 1990-1996) parmi les personnes âgées de 30 à 64 ans en fonction du niveau d'études déclaré au recensement en début de chaque période. Les analyses ont été conduites pour la mortalité toutes causes et pour les causes de décès suivantes : tous cancers, cancer du poumon et des voies aérodigestives supérieures (chez les hommes seulement), cancer du sein (chez les femmes seulement), cancer colorectal, autres cancers, maladies cardiovasculaires, cardiopathies ischémiques, maladies cérébrovasculaires, autres maladies cardiovasculaires, causes externes, autres causes de décès. Les inégalités sociales de mortalité ont été quantifiées à l'aide de risques relatifs et d'indices relatifs d'inégalité, qui s'interprètent comme le rapport des taux de mortalité entre ceux ayant le niveau d'études le plus faible et le plus élevé. Les inégalités sociales de mortalité toutes causes ont augmenté chez les hommes (l'indice relatif d'inégalité varie de 1,96 à 2,77 entre la première et la dernière période) et chez les femmes (l'indice relatif d'inégalité varie de 1,87 à 2,53). Les inégalités sociales augmentent pour l'ensemble des causes de décès chez les femmes, et pour les décès par cancer et maladies cardiovasculaires chez les hommes. Le poids de la mortalité par cancer dans la surmortalité des personnes sans diplôme augmente avec le temps, en particulier chez les femmes. Cette étude met en évidence l'importance des inégalités sociales de mortalité en France et leur accroissement au cours du temps pour l'ensemble des causes de décès, à la fois chez les hommes et les femmes (Résumé d'auteur).

## ► Jeunes adultes

35583

ARTICLE

MOULIN (J.J.), CHATAIN (C.), GUEGUEN (R.), GERBAUD (L.), LABBE (E.)

**État de santé, comportements et environnement social de 105 901 jeunes en insertion professionnelle.**

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2007/01-03 ; vol. 38 : n° 1 : 43-53

Cote Irdes : P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Sante\\_des\\_jeunes\\_en\\_insertion\\_professionnelle.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Sante_des_jeunes_en_insertion_professionnelle.pdf)

La présente étude est basée sur la comparaison des données recueillies par les centres d'examen de santé (CES) sur les jeunes de 16 à 25 ans en insertion sociale et sur une population de référence constituée de jeunes du

même âge mais étudiants ou engagés dans la vie professionnelle. Son objectif est d'identifier les difficultés et risques rencontrés concernant le mode de vie, l'environnement social, l'accès aux soins et la santé.

## ► Personnes handicapées

34524

ARTICLE

BOISSONNAT (V.), MORMICHE (P.)

**Handicap et inégalités sociales en France, 1999.**

*Numéro thématique. Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux.*

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2007/01/23 ; n° 2-3 : 26-28

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2007/02\\_03/beh\\_02\\_03\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/02_03/beh_02_03_2007.pdf)

Objectifs : Décrire les relations entre catégories socioprofessionnelles et handicap, aux trois niveaux de la classification de Wood (déficiences, incapacités et désavantages).

Méthode : Les données utilisées ont été celles de l'enquête nationale HID menée en 1999 par l'Insee auprès des ménages. Toutes les tranches d'âge ont été prises en compte dans l'analyse, sauf celle de l'accès à l'emploi qui n'a concerné que les tranches d'âge 20-59 ans.

Résultats : Les déficiences sont d'autant plus fréquentes que les personnes qui les déclarent sont situées plus bas sur l'échelle sociale. Ces inégalités se prolongent et s'amplifient quand on passe des déficiences aux incapacités puis aux désavantages. On constate un continuum entre les différentes catégories socioprofessionnelles : ces inégalités ne concernent pas qu'une frange vulnérable de la société.

Discussion : L'ampleur des inégalités constatées, croissantes selon les trois niveaux étudiés, amène à interroger l'efficacité des dispositifs de compensation (Résumé d'auteur).

## ► Précarité

34269

ARTICLE

SASS (C.), GUEGUEN (R.), MOULIN (J.J.), et al.

**Comparaison du score individuel de précarité des centres d'examens de santé, EPI-CES, à la définition socio-administrative de la précarité.**

SANTE PUBLIQUE

2006/12 ; vol. 18 : n° 4 : 513-522, tabl.

Cote Irdes : P143

Dans les centres d'examens de santé qui agissent pour le compte de l'assurance maladie, les populations en situation de précarité étaient identifiées selon des critères socio-administratifs. L'objectif était de comparer un score individuel de précarité, EPICES, à cette définition, en matière de repérage de populations médicalement et socialement vulnérables. Le score EPICES repose sur 11 questions binaires prenant en compte les déterminants matériels et psychosociaux de la précarité. L'étude porte sur 197 389 consultants de l'année 2002 des centres d'examens de santé. Les inter-relations entre santé, mode de vie, accès aux soins et les deux définitions de la précarité ont été étudiées par des analyses de régression logistique. Les résultats montrent que le score EPICES est plus fortement associé aux indicateurs de mode de vie et de santé que la définition administrative de la précarité. La comparaison des deux classifications met en évidence des populations fragilisées, socialement ou médicalement, qui ne sont pas détectées par les critères administratifs. Ces résultats montrent ainsi l'intérêt du score EPICES pour améliorer l'identification des personnes en situation de précarité présentant un risque accru de problèmes de santé et non reconnues par les critères de la définition socio-administrative.

## ► Sans domicile fixe

34073

ARTICLE

DE PERETTI (G.)

**Sans-domicile : une cible mouvante. Une typologie de l'histoire résidentielle des individus.**

RECHERCHES ET PREVISIONS

2006/09 ; n° 85 : 39-50

Cote Irdes : P190

<http://www.caf.fr/web/WebCnaf>.

[nsf/090ba6646193ccc8c125684f005898f3/](http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/090ba6646193ccc8c125684f005898f3/)

[dba9e709d377c7bec12572a4003ab60c/\\$FILE/RP85-](http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/090ba6646193ccc8c125684f005898f3/dba9e709d377c7bec12572a4003ab60c/$FILE/RP85-)

[Gael%20de%20Peretti.pdf](http://www.caf.fr/web/WebCnaf.nsf/090ba6646193ccc8c125684f005898f3/dba9e709d377c7bec12572a4003ab60c/$FILE/RP85-Gael%20de%20Peretti.pdf)

Au cours des années quatre-vingt-dix, la demande d'informations sur la population des « sans-domicile » s'est multipliée, aboutissant à la création d'un groupe de travail du Conseil national de l'information statistique sur les sans-abri. Dans ce cadre, un groupe de travail s'est focalisé sur l'élaboration d'un classement de situations de logement, non spécifique aux sans-domicile, afin de ne pas les exclure statistiquement de la population générale. En s'appuyant sur ces travaux et les données d'une enquête menée par l'INSEE en janvier 2001 auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement et de distribution de repas chauds, l'auteur dresse une typologie des personnes dites « sans-domicile » qui, au regard des caractéristiques des différentes classes, confirme la forte hétérogénéité de cette notion justifiant l'appellation de « cible mouvante » (Résumé d'auteur).

## ► Veufs

34074

ARTICLE

DELAUNAY-BERDAÏ (I.)

**Veuvage précoce et différences de genre.**

RECHERCHES ET PREVISIONS

2006/09 ; vol. : n° 85 : 29-38

Cote Irdes : P190

En France, chaque année, environ 24 000 femmes de moins de 55 ans perdent leur conjoint par décès, contre 6 000 hommes. De manière générale, le veuvage précoce concerne 360 000 personnes, parmi lesquelles on dénombre près de 80 % de femmes. Ces chiffres traduisent un phénomène important, dans lequel existe une forte composante sexuée. Pourtant, si la surmortalité masculine est bien connue des démographes et des épidémiologistes, le veuvage précoce reste un phénomène mal connu, voire oublié. Or, cet oubli pose question. En effet, en oubliant le veuvage précoce, on fait disparaître du champ d'interrogation sociologique un questionnement sur la dimension du genre qui lui est étroitement lié : à savoir, les inégalités entre les hommes et les femmes apparaissant lors d'un veuvage précoce. Dans cet article, l'auteure se livre donc à une lecture sexuée du phénomène pour comprendre en quoi le veuvage précoce peut être révélateur, voire créateur, de différences

profondes, sinon d'inégalités entre hommes et femmes (Résumé d'auteur).

## GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

### ► Alsace

34768

ARTICLE  
AOUN (A.)

**Élaboration du projet médical de territoire.  
L'exemple de l'Alsace.**

GESTIONS HOSPITALIÈRES  
2006/12 ; n° 461 : 719-724  
Cote Irdes : P67

L'agence régionale de l'hospitalisation d'Alsace a lancé les travaux d'élaboration des projets médicaux de territoire. La concertation a été ainsi ouverte au sein des conférences sanitaires pour déterminer très précisément les réalisations concrétisant les principes posés et les orientations définies par le schéma régional d'organisation sanitaire. Outre les applications des dispositions de chacun des volets thématiques, les contributions ont été sollicitées sur certains aspects transversaux telles l'organisation des continuités - soins aigus, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, prises en charge à domicile - ou la mise en place de consultations avancées dans chaque zone de proximité. Plus largement, il a été demandé que les projets médicaux de territoire précisent tous les autres dispositifs d'interventions croisées ou coordonnées des différents opérateurs, propres à favoriser les échanges ville/hôpital, le développement de hôpitaux locaux, la jonction soins somatiques et santé mentale et les coopérations entre établissements.

### ► Décentralisation

GLANCE (L.G.), OSLER (T.M.), MUKAMEL (D.B.), DICK (A.W.)

**Estimating the potential impact of regionalizing health care delivery based on volume standards versus risk-adjusted mortality rate.**

INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE  
2007/07 : vol. 1 : n° 4 : 195-202  
Cote Irdes : P104

**Objective.** To examine whether basing regionalization on risk-adjusted mortality would lead to better population outcomes than basing regionalization on procedure volume.  
**Data source.** We used secondary data from the California State Inpatient Database obtained from the Healthcare Costs and Utilization Project.

**Study design.** A population-based retrospective cohort study of 243 thousand patients who underwent either abdominal aortic aneurysm surgery, coronary artery bypass surgery or coronary angioplasty between 1998 and 2000 in California. Four regionalization strategies were compared: (i) selective referral to high-quality hospitals; (ii) selective referral to high-volume hospitals; (iii) selective avoidance of low-quality hospitals; (iv) selective avoidance of low-volume hospitals.

**Principal findings.** Selective referral to high volume centers would be only moderately effective (2–20 % relative reduction in mortality) and extremely disruptive (70–99 % reduction in the number of hospitals treating these conditions). Selective referral to high quality centers was estimated to result in dramatic reduction in mortality (50 %) but would also be highly disruptive with greater than 80 % of the patients re-directed to high quality centers. Selective avoidance of low volume hospitals would not improve mortality, whereas selective avoidance of low quality hospitals was estimated to result in a small improvement in overall mortality (2–6 %) while causing relatively minor disruptions in patient referral patterns.

**Conclusion.** Efforts to use volume standards as the basis for evidence-based hospital referrals should be re-evaluated by all stakeholders before promoting further efforts to regionalize health care delivery using volume cutoffs.

### ► Disparités régionales

34508

ARTICLE  
CHERIE CHALLINE (L.), BOUSSAC ZAREBSKA (M.)

Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).  
Département des maladies chroniques et des traumatismes. Saint-Maurice. FRA

**Variations géographiques des décès par cancers accessibles au dépistage dans les régions métropolitaines, France, 1998-2002.**

Numéro thématique. *Surveillance des cancers en France : état des lieux et perspectives en 2007.*

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2007/03/13 ; n° 9-10 : 70-73

Cote Irdes : P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2007/09\\_10/beh\\_09\\_10\\_2007.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2007/09_10/beh_09_10_2007.pdf)

**Introduction :** Dans le cadre du plan cancer gouvernemental, l'InVS a renforcé la surveillance des cancers au niveau régional pour orienter la prise de décision et le suivi des mesures locales, en procédant à une analyse des données de mortalité. Les variations géographiques des décès par cancers accessibles au dépistage (sein, prostate, colo-rectaux, col utérin, mélanomes de la peau) ont été étudiées dans ce cadre.

**Méthodes :** Les données analysées concernent les décès par cancer produites par le CépiDc de l'Inserm pour la période 1998-2002. Les indicateurs utilisés sont les taux comparatifs de mortalité tous âges, le poids des décès avant 65 ans parmi la mortalité tous âges et les taux comparatifs d'années potentielles de vie perdue (APVP) avant 65 ans par région.

**Résultats :** Les différences régionales de mortalité tous âges sont importantes, globalement plus marquées chez les hommes que chez les femmes. Les plus grandes variations concernent les cancers de la prostate (de 8,9/100 000 personnes années en Corse à 17,9 en Bretagne) et les moins marquées, les cancers du sein (de 16,4 en Alsace et Auvergne à 24,4 dans le Nord-Pas-de-Calais). Ces différences sont également importantes pour les décès avant 65 ans (30 % des décès tous âges chez les femmes, 15 % chez les hommes) qui pourraient partiellement être évités par des actions de diagnostic et de prise en charge précoces. Les différences régionales des taux d'APVP sont également importantes. Ils sont significativement supérieurs à la moyenne nationale dans le Nord-Pas-de-Calais pour les cancers du sein, du col utérin et pour les cancers colo-rectaux chez les femmes, en Haute-Normandie pour les cancers du sein et en Bretagne pour les cancers de la prostate.

**Discussion-Conclusion :** Cette analyse doit permettre aux décideurs locaux de situer leur région par rapport à la moyenne nationale et aux autres régions métropolitaines et d'expliquer cette situation avec les acteurs locaux qui ont une bonne connaissance du terrain puis de mettre en place des mesures appropriées. Cette analyse vise plus globalement à les informer de l'existence sur le site de l'InVS d'indicateurs régionaux pour l'ensemble des cancers en vue de leur appropriation pour la prise de décision (Résumé d'auteur).

## Distance d'accès

BASU (J.), FRIEDMAN (B.)

***A re-examination of distance as a proxy for severity of illness and the implications for differences in utilization by race/ethnicity.***

HEALTH ECONOMICS

2007/07 : vol. 16 : n° 7 : 687-701

Cote Irdes : P173

The study analyzes the hospitalization patterns of elderly residents to examine whether the relation between distant travel and severity of illness is uniform across racial/ethnic subgroups. A hypothesis is made that severity thresholds could be higher for minorities than whites. Hospital discharge data from the Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP-SID) of the Agency for Health Care Research and Quality for New York residents is used, with a link to the Area Resource File and American Hospital Association's survey files. Logistic models compare the association of distant admission with severity corresponding to each local threshold level, race, and type of hospital admission. The study uses four discrete distance thresholds in contrast to recent work. Also, an examination of severity thresholds for distant travel for different types of admission may clarify different sources of disparities in health care utilization. The findings indicate that minorities are likely to have higher severity thresholds than whites in seeking distant hospital care, although these conclusions depend on the type of condition. The study results imply that if costly elective services were regionalized to get the advantages of high volume for both cost and quality of care, some extra effort at outreach may be desirable to reduce disparities in appropriate care.

## Rhône-Alpes

34092

ARTICLE

HAFDI NEJJARI (Z.), COURIS (C.M.), SCHOTT (A.M.), PERROT (L.), BOURGOIN (F.), BORSON CHAZOT (F.), SASSOLAS (G.)

***Place du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans l'estimation de l'incidence du cancer de la thyroïde dans la région Rhône-Alpes.***

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2006/10 ; vol. 54 : n° 5 : 391-398, rés., tabl., fig.

Cote Irdes : P11

Position du problème : La mesure de l'incidence d'une pathologie est basée sur les données collectées par les registres ad hoc. Les données médico-administratives du secteur hospitalier peuvent constituer une source d'information pour les registres, en particulier de cancers. Le cancer thyroïdien a été l'objet de cette étude. L'objectif était d'évaluer les données du Programme de médicalisation du système d'information (PMSI) comme source d'information du registre rhône-alpin des cancers thyroïdiens et d'estimer les performances du PMSI pour l'estimation de l'incidence de ce cancer.

Méthodes : Les patients atteints de cancers thyroïdiens incidents en 2002 ont été identifiés dans la base PMSI de la région Rhône-Alpes à partir d'un algorithme fondé sur les codes GHM de thyroïdectomie et sur le code diagnostic principal ou associé de cancer thyroïdien. Ils ont été croisés avec ceux du registre en fonction du sexe, de l'âge, du code postal de résidence, du mois de sortie complété par la durée de séjour versus la date de diagnostic. Après détermination du pourcentage de cas du PMSI identifiés par le registre et celui de cas du registre identifiés dans le PMSI, une méthode de capture-recapture a permis d'estimer le nombre total de cas dans la région ainsi que la sensibilité de la combinaison des deux sources.

Résultats : Dans le PMSI, 667 patients ont été identifiés alors que 677 patients figuraient dans le registre ; 95,2 % des patients identifiés dans le PMSI étaient présents dans le registre et 82,2 % des patients du registre ont été identifiés dans le PMSI. Soixante pour cent des cas absents du PMSI étaient des micro-cancers. En ne considérant que les cancers supra-centimétriques, 92 % des cas du registre étaient identifiés dans le PMSI. La proportion de vrais cas présents dans la base PMSI et manquant au registre était de 2 % de la totalité des cas. D'après la méthode de capture-recapture, 711 ont été identifiés en combinant les deux sources d'information, ce qui a conduit à une sensibilité 99,2 %.

Conclusion : Les données du PMSI peuvent contribuer au contrôle de l'exhaustivité des registres à la condition de vérifier la date et la nature du diagnostic et d'automatiser la procédure de croisement. L'apport minime de cas au registre est à mettre en balance avec le travail nécessaire à leur identification. L'aptitude du PMSI pour l'identification des cas incidents de cancers thyroïdiens est acceptable, bien qu'entachée d'erreurs. La signification des variations de l'incidence déterminée à partir des bases du PMSI nécessite d'être

documentée en regard des données obtenues à partir des registres.

## ► Sectorisation psychiatrique

34770

ARTICLE

MASSE (G.), VIGNERON (E.)

***Territorialité et santé mentale.***

GESTIONS HOSPITALIÈRES

2006/12 ; n° 461 : 730-737, tabl.

Cote Irdes : P67

La sectorisation, initiée par la circulaire du 15 mars 1960, avait pour objet de tenir compte des données sociodémographiques et des critères de proximité. Il s'agissait notamment d'organiser les moyens de réponse aux grands enjeux de santé. Sur ce point, le champ de la psychiatrie était en avance ; cependant, sans remettre en cause les progrès qu'elle a permis de réaliser, la sectorisation n'a pas réussi à prendre en compte les variations des besoins des populations, ni les habitudes de déplacement des populations.

## MÉDECINE LIBÉRALE

## ► Cessation d'activité

35016

ARTICLE

LORANT (V.), VIOLET (I.), ARTOISENET (C.)

***Que deviennent les médecins ? Suivi prospectif de médecins pendant 8 années (1994-2002).***

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MÉDICALES

2007/04-06 ; vol. 47 : n° 2 : 107-124

Cote Irdes : P14

Cet article présente les résultats d'une enquête sur la cessation précoce d'activité curative des médecins en Belgique réalisée suite à des mesures de régulation de l'offre de soins instaurées en 1997 : devenir des médecins, changement d'orientation de carrière sont étudiés en relevant les disparités selon la spécialité et le groupe démographique.

## ► Démographie médicale

35656

ARTICLE  
BUI (D.H.D.)

### **Éléments d'analyse démographique des corps professionnels.**

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES

2006/07-09 ; vol. 46 : n° 3 : 261-392

Cote Irdes : P14

Cet article s'articule autour de quatre chapitres. Le premier chapitre porte sur la délimitation et la description des corps professionnels : les embûches de la délimitation ; les sources d'information ; les composantes d'un corps professionnel ; quelques études de cas. Le second chapitre porte sur l'étude du devenir : table de vie active et table de vie professionnelle ; constitution d'une table de vie professionnelle ; le corps médical français en 1968 et 1998. Le chapitre trois porte sur les projections démographiques des corps professionnels : le schéma général ; les étapes de la projection de 1992 ; le corps médical futur vu en 1992 ; les principes généraux et la mise à jour. Le quatrième et dernier chapitre expose la démographie professionnelle et ses champs d'application : offre et demande en personnel ; l'exception bismarckienne et le cas français ; considérations générales ; quelques illustrations.

## ► Éthique

34310

ARTICLE  
BENEY (J.-M.), BATTIN (J.) / disc., ADOLPHE (M.) / disc., MANTZ (J.-M.) / disc., PAOLAGGI (J.-B.) / disc., PENE (P.) / disc., VACHERON (A.) / disc., BAZEX (J.) / disc.

### **Obligation de soins : aspects juridiques, éthiques et médicaux. Discussion : Séance thématique « Actualités en psychiatrie ».**

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2006 ; vol. 190 : n° 6 : 1147-1155

Cote Irdes : P76

Une intervention médicale contrainte constitue une atteinte au droit au respect de la vie privée. Dès lors la problématique de l'obligation de soins s'articule autour des deux piliers énoncés par la loi du 4 mars 2002 : l'intérêt individuel et l'intérêt collectif. L'aspect juridique de l'obligation de soins, dont la définition juridique est extrêmement large, recouvre une

application diversifiée puisqu'elle peut accompagner diverses infractions et être prononcée à tous les stades de la procédure pénale. Toutefois cette application ne saurait résoudre l'ambivalence de cette obligation puisque l'intervention judiciaire oscille en matière de soins entre incitation et coercition. De plus, l'exécution de l'obligation de soins se heurte sur le plan éthique d'une part aux divers secrets professionnels qui peuvent entrer en conflit (secret judiciaire - secret médical) et d'autre part à la délicate question des certificats de complaisance parfois délivrés. L'existence de ces obstacles atteste de la nécessité d'une meilleure articulation des informations détenues par les sphères médicales et judiciaires. Deux logiques doivent donc cohabiter et conduire à la recherche continue du dialogue et au rapprochement des cultures judiciaires et médicales. L'obligation de soin implique par conséquent une meilleure définition des rôles respectifs de chacun, avec un souci convergent du bien commun dans le traitement de la délinquance qui se joue des frontières professionnelles mutuelles.

## ► Histoire professionnelle

34552

FASCICULE  
HARDY-DUBERNET (A.-C.), FAURE (Y.)

### **Le choix d'une vie... : étude sociologique des choix des étudiants de médecine à l'issue des épreuves classantes nationales 2005.**

SERIE ETUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2006/12 ; vol. : n° 66 : 101p.

Cote Irdes : S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud66.pdf>

Depuis 2004, les étudiants en médecine passent, pour accéder au troisième cycle des études médicales, les épreuves classantes nationales (ECN), ancien concours de l'internat. A l'issue des épreuves, chaque étudiant choisit, en fonction de son rang de classement, une discipline et une subdivision d'affectation. Cette étude porte sur ces choix (ECN 2005). Les déterminants des choix sont d'ordre personnel, professionnel, ou liés à la procédure elle-même. Le paysage professionnel des étudiants tend à se modifier du fait de l'existence des ECN. L'accent est mis sur les grandes tendances qui se dessinent deux ans après la mise en place de cette nouvelle procédure. Le cas particulier de la médecine générale est étudié, de même que les spécificités des spé-

cialités médicales et chirurgicales, mais également de la filière anesthésie-réanimation, dont l'évolution est assez particulière.

35312

FASCICULE  
VANDERSCHULDEN (M.)

**Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2006.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/04 ; n° 571 : 8p.  
Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er571/er571.pdf>

A l'issue des épreuves classantes nationales (ECN) de 2006, 4 430 étudiants en médecine ont été affectés sur des postes d'internes, mais seulement 4 000 d'entre eux environ sont effectivement entrés en troisième cycle. De nombreux résidents ayant terminé leur cursus de médecine générale sous le régime antérieur se sont en effet présentés aux épreuves cette année à la seule fin d'obtenir un diplôme d'études spécialisées de médecine générale. Les spécialités médicales sont toujours la discipline la plus choisie.

## ► Option de coordination

33894

ARTICLE  
VINCENT (W.)

**L'option de coordination.**

MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)  
2006/11 ; n° 286 : 11-  
Cote Irdes : P145/2

Cet article présente l'option de coordination. Cette dernière et une des nouvelles mesures de la convention médicale. En y souscrivant, le praticien s'engage à respecter les tarifs opposables et, en contrepartie, peut coter la majoration de coordination et bénéficier de la prise en charge d'une partie de ses cotisations sociales par la Caisse d'assurance maladie.

## ► Pédiatrie

36034

FASCICULE  
FRANC (C.), LE VAILLANT (M.), ROSMAN (S)

**La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/08 ; n° 588 : 8p.  
Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er588/er588.pdf>

Les enfants de moins de 16 ans sont pris en charge pour les soins primaires autant par les pédiatres que par les médecins généralistes et constituent 13 % de l'ensemble des consultations et visites de ces derniers. 88 % des jeunes patients consultant un généraliste le font dans le cadre d'un suivi régulier. Les consultations ont le plus souvent lieu au cabinet du médecin et sont en moyenne plus courtes que celles des adultes. Les affections des enfants, généralement bénignes, touchent principalement les voies aériennes supérieures. Un tiers des visites ne donnent lieu à aucune prescription et près de la moitié des prescriptions relèvent de seulement trois sous-classes médicamenteuses. La prévention et le dépistage font l'objet d'une visite sur huit et concernent moins souvent les enfants issus de milieux défavorisés. La prise en charge des maladies chroniques par les médecins généralistes ne représente chez l'enfant que 10 % des séances contre 27 % chez les adultes pour le suivi des affections de longue durée (ALD).

## ► Pratique médicale

ARTICLE  
KANKAANRANTA (T.), NUMMI (T.)

**The role of job satisfaction, job dissatisfaction and demographic factors on physicians' intentions to switch work sector from public to private.**

HEALTH POLICY  
2007/09 : vol. 83 : n° 1 : 50-64  
Cote Irdes : P92

This study is based on a unique data set for the years 1988–2003 and uses structural equation models to examine the impact of job satisfaction and job dissatisfaction on physicians' intention to switch from public- to private-sector work. In Finland, physicians who work primarily in a public-hospital or health-centre setting can also run a private practice.

Therefore, we also analysed the impact of having a private practice on a physician's intention to change sector. We found that private practice had a positive, statistically significant effect on the intention to switch sector in 1998 and 2003. Results also suggest that job satisfaction decreases a physician's intention to switch sector, although for 1998 it had no effect. Surprisingly, job dissatisfaction significantly increased the physicians' intentions to leave the public sector only in the 1988 data.

ARTICLE  
MIDTTUN (L.)

***Medical specialists' allocation of working time.***

HEALTH POLICY  
2007/09 : vol. 83 : n° 1 : 114-127  
Cote Irdes : P92

The aim of this study is to map the time-allocation of medical specialists and to examine how it relates to internal organising of work, wage incentives, physicians' preferences and the demand structure in the population. With regards to internal organising of work and wage incentives, special attention is granted to the private-public divide in specialised healthcare. Survey data from 1183 Norwegian physicians is employed and the empirical models are estimated by means of ordinary least squares (OLS) regression analysis, linear logit analysis, binomial logistic regression analysis and multilevel analysis. Physicians working in the private sector and physicians combining private and public work spend relatively more time on patient-assignments than their public counterparts, while public physicians allocate more time to administrative and research/educational tasks. These findings support the proposition that work time allocations mirror the differences in on-call commitments, wage incentives and the division of labour between the sectors. Furthermore, whereas the demand-specific set of variables in the model contributes moderately to the explanation of working time allocation, internal organising of work and physicians' preferences exert significant effects across the sectors. Future research should focus on physicians' time allocation since the topic will remain relevant as the European Union's (EU's) Working Time Directive continues to shake the European healthcare systems with traditions for long workdays.

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

***Preventive service delivery : a new insight into French general practice.***

HEALTH POLICY  
2007/10 : vol. 83 : n° 3-31 : 268-276  
Cote Irdes : P92

Objective: The importance of prevention is increasingly recognised in most developed countries. General practitioners (GPs) have got a key role to play in this domain in primary care. But, the research evidence still concludes that GPs' preventive activities remain most of the time insufficient. The aim of our study was to contribute to this debate in adopting a more broad view of prevention-related activities to better understand the GPs practice in this matter. Our study was undertaken to measure the part of prevention-related activity hidden in each of the morbid conditions (MC) seen by the doctors daily.

Methods: We carried out a cross-sectional study in a sample of 75 French GPs in the south suburb of Paris. We dropped the usual pre-established and limited list of specific preventive care activities to replace it with a list of 100 most common morbid conditions seen by the GPs in daily practice. The GPs were asked for each selected MC to rate on a five-item Likert scale the amount of primary and secondary prevention they generally offer during a patient visit.

Results: All MC confounded, secondary prevention reached an average score of 3.2 (inter-quartile interval 2.82-3.58). The intensity of primary prevention was somewhat lower, but far from being negligible. Its average score was 2.3 (inter-quartile interval of 1.86-2.73). If more than 50 % of the GPs declare a low intensity of primary prevention activity or even no primary prevention activity at all in nearly 3/4 of the MC encountered in their daily practice, they also declare that they carry out a considerable amount of primary prevention or in some cases spend the entire patient visit to primary prevention for MC covering more than 25 % of their daily activity. Also, even if a majority of GPs did not give clear-cut scores for secondary prevention for 2/3 of the MC, they declare a considerable amount of it for the remaining 1/3 which covers more than 25 % of their activity.

Conclusion: Our study was useful to offer a more realistic view of the real place of the prevention-related activities in the GPs daily primary care practice even if we assess neither the appropriateness nor the quality of these activities.

35873

ARTICLE

BEJEAN (S.), PEYRON (C.), URBINELLI (R.)

***Variations in activity and practice patterns: a French study for GPs.***

*Etude française sur les variations des modèles de pratique et d'activité des médecins généralistes.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2007/09 ; vol. 8 : n° 3 : 225-236, tabl.

Cote Irdes : P151

This study aims to identify the different practice profiles of general practitioners (GPs) in order to test the hypothesis of heterogeneity in physician behaviour. The data collected concerns 4,660 GPs from two regions in France for the year 2000. The used variables were the volume and the structure of the physicians' medical activity, income level, personal characteristics, socioeconomic and geographical environment, characteristics of their patients. A cluster analysis identifies different practice profiles and a regression analysis displays the determinants of the physicians' activity. Four different homogeneous groups can be identified, each one associating a physician's level of activity to his socioeconomic status. The level and the intensity of medical activity depend on individual factors, patients' characteristics as well as the socioeconomic context. There is no uniformity in the way GPs practice medicine. An immediate consequence is that any cost-containment measure that is applied uniformly to all GPs inevitably results in different outcomes according to the physicians' category type.

## ► Profils des patients

FELL (D.B.), KEPHART (G.)

***The relationship between work hours and utilization of general practitioners in four Canadian provinces.***

HEALTH SERVICES RESEARCH

2007/ 08 : vol. 44 : n° 2 : 1483 - 1498

Cote Irdes : P33

Objective. To assess whether long work hours act as a barrier to accessing general practitioner (GP) services.

Data Sources. Secondary data from the 1996/1997 National Population Health Survey (NPHS) and administrative health services utilization data from four Canadian provinces.

Study Design. This study was cross-sectional,

however, employment variables and GP utilization were reflective of the 12-month period preceding the NPHS interview date. Negative binomial regression was used to model the relationship between the number of GP visits in a 1-year period and employment-related variables while adjusting for other determinants of GP utilization including education, income, and health status.

Data Extraction Methods. NPHS and administrative data were linked to create an analysis file.

Principal Findings. Subjects with long, standard work hours (445 hours/week, with most hours during the day) had significantly lower GP utilization rates compared with full-time workers. White-collar workers with long work hours visited a GP significantly less often than white-collar workers with regular hours.

Conclusions. Long work hours may act as a nonfinancial barrier to accessing GP services independent of health status.

## ► Recherche médicale

35252

ARTICLE

POUVOURVILLE (G. DE)

***Qu'est-ce que la recherche en médecine générale ?***

REVUE DU PRATICIEN (LA) : MEDECINE GENERALE

2007/06/15 ; vol. 57 : n° 11 : 1181-1202, 1227-1228

Cote Irdes : c, P20

Pour toutes les spécialités médicales, la recherche est un moteur essentiel de l'amélioration de la qualité des soins. Or dans ce domaine, la médecine générale souffre généralement en France d'un handicap par rapport aux autres spécialités médicales. Pour comprendre cette difficulté, il est important de répondre, dans un premier temps, à la question : qu'est-ce que la recherche en médecine générale ? Quelle place a-t-elle dans la recherche médicale, et plus généralement dans la recherche en santé. L'analyse présentée dans cet article est un extrait du rapport de Gérard de Pouvourville sur la recherche en médecine générale (Développer la recherche en médecine générale et en soins primaires en France, 31 mai 2006).

## ► Régulation

35590

ARTICLE  
BARNAY (T.), HARTMANN (L.), ULMANN (P.)

### **Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France.**

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2007/01-03 ; n° 1 : 109-126

Cote Irdes : P59

L'objectif d'efficience du système de soins et la nécessité de réagir face à une offre de soins médicaux localement déficitaire (objectif d'équité) conduisent le modèle initial de la médecine de ville à évoluer. Ainsi, à partir de la réforme du médecin traitant sont présentés les nouveaux enjeux auxquels est confrontée la médecine de ville en France. Un panorama des modes de régulation actuels de ce secteur sanitaire est proposé en présentant les alternatives aux principes du paiement à l'acte exclusif et à la liberté d'installation des médecins libéraux.

## ► Relation médecin-famille

35986

ARTICLE  
FANTINO (B.), WAINSTEN (J.-P.), BUNGENER (M.), et al.

### **Représentations par les médecins généralistes du rôle de l'entourage accompagnant le patient.**

SANTE PUBLIQUE

2007/05-06 ; n° 3 : 241-252

Cote Irdes : C, P143

L'objectif de cette étude est de décrire la perception des médecins généralistes du rôle et de la place de l'entourage accompagnant le patient en consultation. 435 médecins représentatifs de leur profession ont rempli deux questionnaires, l'un auto-administré déclaratif, l'autre décrivant trois situations cliniques réelles et la place des accompagnants en cas de maladie d'Alzheimer, de maladie de Parkinson, de dépression, d'épilepsie, d'asthme, d'insuffisance cardiaque ou de diabète de type 2. Les médecins pensent répondre de façon globalement satisfaisante aux attentes de l'entourage concernant la maladie et son traitement mais s'estiment peu compétents pour les questions administratives et sociales. Le rôle de l'accompagnant est majoritairement perçu comme positif et contributif à l'efficacité

des soins. Cette étude correspond à la nouvelle donne de l'exercice médical moderne, dominé par le poids des pathologies chroniques et invalidantes impliquant la présence d'un tiers.

## ► Relation soignant-soigné

35054

ARTICLE  
MANTZ (J.-M.), WATTEL (F.)

### **Importance de la communication dans la relation soignant-soigné.**

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2006 ; vol. 190 : n° 9 : 1999-2011

Cote Irdes : c, P70

La plupart des litiges voire des conflits qui surviennent entre soignants et soignés résultent d'un manque ou d'une insuffisance de communication. La qualité des premiers contacts, les informations que le patient, inquiet, attend sur sa maladie, son traitement, son avenir, sa confiance qu'il porte à son médecin s'en trouvent compromises de même, à terme, que la relation médecin-malade elle-même. Les principales causes de cette carence sont une prise de conscience insuffisante de l'importance de l'information du malade, un manque de temps, et une formation quasi-inexistante du personnel soignant à la communication. Il est urgent de remédier à cette situation en veillant à la qualité de l'accueil, particulièrement en urgence, à la formation à la communication de tous les acteurs de santé et en permettant aux médecins de consacrer l'essentiel de leur temps aux malades, aussi bien en milieu hospitalier que libéral. La population elle-même, instruite par les médias, devrait également participer à cette véritable « culture de la communication », gage d'une qualité essentielle de la relation médecin-malade, la confiance partagée (Résumé d'auteur).

35177

ARTICLE  
PIERON (J.P.)

### **Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins**

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

2007/06 ; vol. 25 : n° 2 : 43-65

Cote Irdes : P86

Fruit d'une construction sociale, la relation médecin-malade connaît aujourd'hui des mu-

tations sensibles. La récente formulation d'un code des droits du malade et de la qualité du système de santé modifie le contexte et la nature de la décision médicale. Entre un modèle traditionnel de la décision faisant du malade un patient soumis au paternalisme médical et la crainte d'un malade devenu consommateur de soins, le malade a changé de statut. On interroge ici ce qu'il peut alors en être d'une décision médicale partagée, notamment dans un contexte marqué par une technicisation de la pratique médicale, une sécularisation des mœurs hospitalières et un individualisme démocratique. Les relations entre décision médicale et vulnérabilité opèrent ainsi comme le révélateur de la façon qu'a une société de prendre en compte l'homme malade.

35178

ARTICLE  
JAUNAIT (A.)

***La relation de coopération médicale et l'asymétrie médecin-patient.***

SCIENCES SOCIALES ET SANTE  
2007/06 ; vol. 25 : n° 2 : 67-72  
Cote Irdes : P86

Commentaire de l'article de J.P. Pierron  
« Une nouvelle figure du patient ? Les transformations contemporaines de la relation de soins ».

## ► Revenus

34048

FASCICULE  
SAMSON (A.-L.)

***La dispersion des honoraires des omnipraticiens sur la période 1983-2004 : une application de la méthode des régressions quantiles.***

SERIE ETUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL  
- DREES  
2006/08 ; : n° 62 : 99p., tabl., fig.  
Cote Irdes : S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud62.pdf>

Cette étude s'attache à décrire l'évolution des honoraires des omnipraticiens entre 1983 et 2004, particulièrement à en mesurer et à en expliquer la dispersion. La croissance des honoraires moyens de 27,5 % a surtout bénéficié aux médecins ayant les honoraires les plus faibles, induisant une diminution de la dispersion globale des honoraires. Plusieurs facteurs ont influencé le niveau de la disper-

sion. La hausse de l'activité féminine s'est accompagnée d'une croissance prononcée des honoraires des omnipraticiennes sur la période (+41 % contre +4 % pour les hommes) et d'une homogénéisation des honoraires perçus par les femmes médecins. Ensuite, la part des omnipraticiens en début de carrière (en phase de constitution de leur clientèle) est passée de 45 % en 1983 à 12 % en 2004, conséquence des politiques gouvernementales en matière de numerus clausus. Cette réduction s'est accompagnée de moindres disparités, les médecins nouvellement installés bénéficiant d'une clientèle plus nombreuse dès leurs premières années d'installation.

35594

FASCICULE  
ATTAL-TOUBERT (K.), LEGENDRE (N.)

***Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/06 ; vol. : n° 578 : 8p.  
Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er578/er578.pdf>

Si les revenus d'activité libérale des médecins sont régulièrement évalués, ce n'est pas le cas de leurs revenus salariés. Or, 40 % des médecins libéraux perçoivent aussi des salaires. Ainsi, entre 35 et 64 ans, les revenus et le niveau de vie des médecins libéraux sont proches de ceux des autres professions libérales. Au sein des professions de santé, les médecins libéraux ont en moyenne des revenus légèrement inférieurs à ceux des pharmaciens et dentistes libéraux (-10 %) mais supérieurs à ceux des professionnels de santé salariés. Ils gagnent ainsi 26 % de plus que les médecins hospitaliers. Les revenus d'activité des médecins libéraux hommes représentent environ 1,7 fois ceux des femmes, tandis que leur niveau de vie sont du même ordre. Enfin, les médecins libéraux ont des revenus et des niveaux de vie d'autant plus élevés qu'ils sont âgés.

## ► Accidents thérapeutiques

34027

ARTICLE

DJIHOUD (A.), QUENON (J.-L.), MICHEL (P.), TRICAUD VIALLE (S.), DE SARASQUETA (A.-M.)

Comité de Coordination de l'Évaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. (C.C.E.C.Q.A.). Hôpital Xavier Armozan. Pessac. FRA

**Hospitalisations causées par des événements indésirables liés aux soins, résultats de l'étude Eneis dans les établissements de santé français, 2004.**

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2006/12/05 ; n° 49 : 388-390

Cote Irdes : P140

Les objectifs de cette étude est d'estimer l'incidence des hospitalisations causées par un événement indésirable lié aux soins (EI) dans les unités de soins de médecine et chirurgie d'établissements de santé publics et privés. Une évaluation prospective des événements indésirables liés aux soins a été réalisée par des enquêteurs externes infirmiers et médecins avec l'équipe de soins. L'échantillon était randomisé, stratifié, avec sondage en grappe à trois degrés, constitué de tous les patients admis pendant sept jours dans chaque unité de soins. La principale mesure était la proportion de patients hospitalisés pour un événement indésirable. Au total, 4 839 patients ont été admis dans 292 unités de soins de 71 établissements de santé. Près de 4 admissions sur 100 avaient pour cause un EI (IC 95 % [3,3 - 4,6]), 47 % de ces admissions étaient évitables. Les actes invasifs, les produits de santé et les infections étaient respectivement à l'origine de 50 %, 49 % et 22 % des EI. Les EI liés à l'utilisation de médicaments étaient les plus évitables. Les EI concernaient surtout des patients vulnérables. Pour 36 % des 195 EI, un défaut de soins a été identifié. Chaque année, 125 000 à 205 000 séjours hospitaliers causés par des EI pourraient être évités. Ces séjours ne représentent qu'une partie de la iatrogénie, environ 40 % de la iatrogénie observée en milieu hospitalier (Résumé d'auteur).

34046

FASCICULE

MICHEL (P.)

**Étude nationale sur les événements indésirables graves liés aux soins.**

SERIE ETUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2006/06 ; n° 60 : 107p.

Cote Irdes : S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud60.pdf>

L'étude ENEIS a pour objectifs d'estimer l'incidence des événements indésirables graves liés aux soins pris en charge dans les établissements de santé publics et privés et d'en connaître la part évitable. Il s'agit d'une étude d'incidence sur une population ouverte de patients hospitalisés et observés dans les établissements de santé publics et privés pendant 7 jours au maximum. L'étude a été menée sur 292 unités de médecine et de chirurgie tirées au sort. L'échantillon de séjours était constitué de 8 754 patients observés pendant un total de 35 234 journées d'hospitalisation. Parmi les 450 EIG identifiés pendant la période d'étude, 40 % ont été considérés comme évitables. Les médicaments étaient à l'origine de près de 40 % de ces EIG.

## ► Accréditation

34787

ARTICLE

POTHIER (F.)

**Le dispositif d'accréditation des médecins.**

*Gestion des risques. Dossier.*

GESTIONS HOSPITALIERES

2007/01 ; n° 462 : 42-45

Cote Irdes : P67

Le déploiement de l'accréditation des médecins en établissements de santé vient de débuter et les premières demandes d'agrèments des organismes, futurs « OA-accréditation » sont en cours d'instruction à la Haute Autorité de santé. L'engagement des médecins dans la démarche sera possible début 2007. On attend de cette mise en oeuvre la prévention de la survenue d'événements indésirables liés aux soins ou la limitation de leurs effets (Résumé d'auteur).

35945

ARTICLE  
CETTOUR-BARON (G.)

**Certification, management et valeurs professionnelles. Vers une éthique nouvelle ?**

GESTIONS HOSPITALIERES  
2007/03 ; n° 464 : 187-196  
Cote Irdes : C, P67

La certification à la française va bientôt fêter ses dix ans. Fin 2006, les établissements de santé avaient tous franchi la première version de l'accréditation et bon nombre avaient découvert la seconde. Au moment où se mettaient progressivement en place la réduction du temps de travail, les Sross de différentes générations, la T2A, les conventions tripartites et les multiples dispositifs communautaires, les hôpitaux et cliniques se sont frottés à une démarche nouvelle. Leurs équipes ont dû intégrer une culture d'évaluation, à laquelle elles n'étaient pas préparées et où tout dysfonctionnement pouvait résonner comme une mise en cause individuelle ou une faute personnellement imputable. Sans compter les nouvelles dispositions relatives aux droits du patient, la progression régulière des déclarations de sinistres auprès des assureurs et l'émergence des dispositifs sécuritaires. Malgré tout, les établissements se sont engagés dans la démarche d'accréditation devenue certification, priorisant souvent l'amélioration de la qualité sur la gestion des risques.

## ► Cliniques privées

36029

FASCICULE  
LEGENDRE (M.-C.), LE RHUN (B.)

**L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2004 et 2005.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/07 ; n° 583 : 8p.  
Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er583/er583.pdf>

Depuis le 1er mars 2005, les activités médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des cliniques privées à but lucratif sont entièrement soumises à la T2A. Ainsi, en 2005, le chiffre d'affaires des cliniques privées a augmenté de 8.7 %. Cette augmentation est due en partie à l'accroissement de l'activité mais aussi à une hausse des tarifs. Le nombre d'entrées et venues a progressé de 4.6 % pour l'ensemble des cliniques. L'amélioration de la situation

financière des cliniques concerne principalement les cliniques MCO. La rentabilité de ces dernières s'est établie à 15.1 % des capitaux propres supérieure de 7 points à celle de 2004.

## ► Indicateurs de gestion

34062

FASCICULE  
ARNAULT (S.), FIZZALA (A.), LEROUX (I.),  
LOMBARDO (P.)

**L'activité des établissements de santé en 2005 en hospitalisation complète et partielle.**

ETUDES ET RESULTATS  
2006/12 ; n° 546 : 8p.  
Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er546/er546.pdf>

En 2005, l'activité des établissements de santé publics et privés de France métropolitaine s'est accrue de 3,2 %. Cette hausse s'explique essentiellement par celle de l'hospitalisation partielle (+6,5 %). En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), l'hospitalisation partielle poursuit sa croissance (+11,3 %), notamment en chirurgie ambulatoire et dans les cliniques privées. Par ailleurs, la durée moyenne de séjour continue de diminuer (moins de 6 jours). En psychiatrie générale, l'activité à temps complet enregistre une baisse de 0,8 %, surtout dans les établissements publics. L'activité des établissements de santé en soins de suite et de réadaptation (SSR) continue de croître, quel que soit le mode d'hospitalisation. Globalement, en hospitalisation partielle, le nombre de places augmente (+2,5 %) mais beaucoup moins que l'activité ; parallèlement, en hospitalisation complète le nombre de lits diminue alors que l'activité est stable.

35592

FASCICULE  
DUMONTAUX (N.), LE RHUN (B.), LEGENDRE (M.-C.)

**Indicateurs de suivi économique et financier des établissements de santé de 2002 à 2005.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/06 ; n° 576 : 8p.  
Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er576/er576.pdf>

Un état des lieux économique et financier des établissements de santé par catégorie est dressé ici. Il est déterminé au début de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) dans le secteur privé à but lucratif et en amont

de sa montée en charge dans le secteur public. Ainsi, en 2005, plus d'un hôpital public sur trois est déficitaire, ils n'étaient qu'un sur quatre en 2002. Pour toutes les catégories d'hôpitaux publics, les investissements progressent dans le cadre du volet investissement du plan Hôpital 2007. La trésorerie des hôpitaux publics, globalement en augmentation sensible, est pour autant presque nulle pour les plus grands hôpitaux. Dans le secteur privé, le champ d'observation se limite aux seules sociétés d'exploitation. En effet, les données relatives aux sociétés civiles immobilières ne sont pas connues.

## ► Hospitalisation à domicile

33931

ARTICLE  
SHEPPERD (S.), ILIFFE (S.)

### ***Hospital at home versus in-patient hospital care (review).***

*Hospitalisation à domicile contre hospitalisation classique. Revue de la littérature.*

COCHRANE DATABASE OF SYSTEMATIC REVIEWS

2006 ; n° 4 : 1-80, tabl.

Cote Irdes : B5777

'Hospital at home' is care provided at home that would otherwise require a hospital stay. This review looked at hospital at home schemes for adults, excluding maternity and mental health schemes and paediatric and long term care programmes. Most trials evaluated early discharge schemes while a few focused on schemes set up either in the community or an Emergency Room to prevent patients being admitted to hospital. Patients admitted to hospital at home did not generally have significantly different outcomes than those treated in hospital. While there is some evidence that patient satisfaction may be higher at home, the burden on carers can also be greater and there is little evidence of cost savings to the health service.

## ► Organisation des soins

35982

ARTICLE  
MARTIN (C.), TROMBERT-PAVIOT (B.),  
VERCHERIN (P.), et al.

### ***Les prises en charges hospitalières des affections cardiovasculaires.***

SANTE PUBLIQUE

2007/05-06 ; n° 3 : 193-202

Cote Irdes : C, P143

Afin d'identifier et de décrire l'organisation hospitalière des activités de « référence » pour les affections cardiovasculaires, les auteurs ont appliqué la méthode de classification de Barubés et al. aux séjours hospitaliers français de plus de 24 heures. La référence est définie comme la médecine de pointe pour des pathologies de forte complexité. Cette méthode, simple d'utilisation a permis d'identifier six activités de référence au sein des séjours pour affections cardiovasculaires et de connaître le rôle des offreurs de soins hospitaliers publics et privés, rôle variable selon les régions métropolitaines.

## ► Performance

SANDOVAL (G.A.), BARNESLEY (J.)

### ***Sustained public preferences on hospital performance across Canadian provinces.***

HEALTH POLICY

2007 : vol. 83 : n° : 246-256

Cote Irdes : P92

Objectives: To compare the Canadian public's view of various components of hospital performance at two points in time, and to investigate differences across provinces.

Methods: Random telephone interviews were conducted across Canada in 2001 and again in 2004. Respondents were asked to rate the importance of 10 aspects of hospital performance including coordination, skills of providers, the use of technology, medical errors, and waiting times. Aggregate importance scores were estimated in 2001 and 2004 and compared using t-tests. Provincial comparisons were investigated using analysis of covariance (ANCOVA) with a Bonferroni correction of 0.005 (0.05/10). The covariates were sex, age, marital status, education, working status, and income.

Results: Public preferences were similar across provinces and consistent over the two periods; however, respondents from Quebec showed a pattern somewhat different in each year and over time. Overall, the importance

scores in Quebec tended to be lower than those from the other provinces. Respondents from all provinces except Quebec ascribed the greatest value to 'skill of medical staff' in 2001 and 2004. Those from Quebec, however, gave the highest rating to 'skill of medical staff' in 2001 and 'medical errors' in 2004; the latter climbed from the 8th to the 1st place over time. All respondents gave 'waiting time for a non-emergency surgical procedure' the lowest score in both years, although its importance score increased a significant 18 % between 2001 and 2004 excluding the responses from Quebec. Significant covariates were sex, marital status, and education.

Conclusions: Public preferences can help inform the work of health care policy and decision makers, particularly that related to resource allocation decisions.

## ► Réseaux de soins

33996

ARTICLE

FRATTINI (M.O.), MINO (J.C.)

***Les réseaux, un outil de recherche et développement au service de l'évolution du système de santé.***

SANTE PUBLIQUE

2006/09 ; vol. 18 : n° 3 : 475-481

Cote Irdes : P143

Les réseaux de santé font couler beaucoup d'encre. Au sein du système de santé, les représentants des professionnels, des financeurs et des tutelles reconnaissent tous l'intérêt de ce type de dispositifs favorisant des pratiques dites « coopératives » (c'est-à-dire impliquant une collaboration entre différents acteurs et institutions) afin d'améliorer l'efficacité et la qualité des soins à coûts davantage maîtrisés. Certains considèrent d'ailleurs que la définition des réseaux est stabilisée depuis la loi du 4 mars 2002 et leur pérennité assurée avec leur financement par la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR). D'autres, dont font partie les auteurs, pensent au contraire qu'il est temps, après plus de 15 ans d'expériences, de les reconnaître comme des formes d'organisation hybrides et évolutives. Les auteurs ne font pas là le constat désabusé d'un « échec » des réseaux. Au contraire, ils considèrent, en s'appuyant sur leurs travaux de recherche et d'évaluation, qu'ils assurent un rôle indispensable dans le système de santé : celui d'un outil « de recherche et de développement » au service de l'intérêt général.

35924

ARTICLE

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

***Réseaux de soins. Le chaînage des données médicales.***

*GISEH 2006 (Gestion et ingénierie des systèmes hospitaliers).*

GESTIONS HOSPITALIERES

2007/04 ; vol. : n° 465 : 286-291, graph., tabl.

Cote Irdes : C, P67

Le réseau périnatal de Bourgogne est doté d'une évaluation continue portant sur l'ensemble des couples mère/enfant de la région (18 000 naissances par an). Les auteurs décrivent ici la mise en place de la méthode de chaînage des items jugés nécessaires à l'évaluation du réseau périnatal de Bourgogne et proposent une extension de cette méthode pouvant être applicable à l'ensemble des pathologies, notamment les maladies multifactorielles nécessitant la prise en compte de la composante familiale du dossier médical.

## ► Séjour

THEURL (E.), WINNER (H.)

***The impact of hospital financing on the length of stay : evidence from Austria.***

HEALTH POLICY

2007/08 : vol. 82 : n° 3 : 375 – 389

Cote Irdes : P92

In 1997, Austria has changed the hospital financing system from a per diem-based payment scheme to a per case-based one. This paper assesses whether this reform has influenced the hospital length of stay. Empirically, we use data for 20 diagnostic groups (according to the ICD10) from the nine Austrian provinces (Bundesländer) between 1989 and 2003. Our findings suggest that the change of the hospital financing system has induced a substantial decrease in the average hospital length of stay. This effect is more pronounced for diagnostic groups with a longer length of stay.

## ► Soins de suite et de réadaptation

35278

ARTICLE  
MINETTI (M.)

**Évaluer la pertinence de la prise en charge en soins de suite ou de réadaptation. L'outil SSR-Pertipoly.**

GESTIONS HOSPITALIERES  
2007/02 ; vol. : n° 463 : 117-120  
Cote Irdes : P67

Dans le but de définir des indices de performance de la prise en charge en soins de suite ou de réadaptation (SSR), la direction du centre de moyen séjour et de convalescence de Charleville-sous-Bois, en Moselle, a constitué un groupe de travail pluridisciplinaire chargé de définir la particularité de la prise en charge en SSR et de dégager des processus communs à la multiplicité des prises en charge. Pour mener à bien son étude, le groupe de travail a élaboré et testé l'outil SSR-Pertipoly. Cet article constitue le récit d'une expérimentation réussie.

## ► Tarification

35283

ARTICLE  
LE LUYER (B.), DAIRE (I.), LE ROUX (P.),  
GARBACCIO (E.), BRIQUET (E.)

**La T2A en pédiatrie. L'exemple du groupe hospitalier du Havre.**

GESTIONS HOSPITALIERES  
2007/02 ; vol. : n° 463 : 142-146  
Cote Irdes : P67

La mise en place de la T2A soulève l'inquiétude de la majorité des responsables des services de pédiatrie. Pourtant, d'après l'exemple du service de pédiatrie rapporté ici, l'allocation budgétaire générée est valorisée à un niveau comparable, voire supérieur, à celle qui aurait été allouée par la « tarification » ISA. Le financement optimal des activités telles que les urgences nécessite des autorisations de fonctionnement. Les activités éducatives concourant à la prise en charge du diabète, de l'asthme, de l'obésité, de l'hémophilie ainsi que les centres de ressource et de compétence doivent faire l'objet de dossiers spécifiques éligibles à un financement par les Migac (Mission d'intérêt général et des activités de soins). Pour les activités exercées en collaboration avec d'autres services, chirurgie, urgences, des modes de reconnaissance des activités dans le cadre de la contractualisation interne

en s'appuyant si possible sur la comptabilité analytique sont suggérés. Les dépenses attribuées au service s'imputent en fonction de clés de répartition qui doivent être discutées avec l'administration.

35284

ARTICLE  
MENGUY (C.), BLOND (M.-H.)

**Tarification des séjours en néonatalogie.**

GESTIONS HOSPITALIERES  
2007/02 ; vol. : n° 463 : 147-152  
Cote Irdes : P67

Depuis 2004, le PMSI est devenu clairement un outil budgétaire. Il a subi de profondes transformations, que ce soit en terme de groupage et de valorisation des séjours hospitaliers ou de rapidité dans la transmission des informations. Les établissements sont désormais tenus de transmettre tous les trimestres aux tutelles (Drass, ARH) leurs données informatisées sous forme de résumé de sortie anonyme. L'application de la réforme de la tarification à l'activité a très rapidement conduit les pédiatres et les directeurs des établissements à poser les questions suivantes : les séjours de néonatalogie sont-ils correctement valorisés au travers des tarifs des groupes homogènes de séjour ? Sinon, quels sont les problèmes rencontrés ? Comment comprendre l'évolution des tarifs depuis 2004 ?

## ► Transfert de compétences

33870

ARTICLE  
DUPIN (L.)

**La lame de fond du transfert de compétences.**

SANTE MENTALE  
2006/11 ; n° 112 : 10-11  
Cote Irdes : P50

Les transferts de compétences entre professionnels de santé, initiés en 2004, viennent de passer à la vitesse supérieure. Début avril 2006, cinq expérimentations de délégation de compétences des médecins vers les personnels infirmiers se sont ajoutées aux cinq déjà existantes. Parmi ces nouvelles mises en place, un programme est étudié dans le service de neurologie Mazarin de l'hôpital Pitié-Salpêtrière à Paris.

## ► Urgence hospitalière

34790

ARTICLE  
PETON-KLEIN (D.)

**Surveillance des données d'activité des services d'urgence et de l'aide médicale urgente : les serveurs régionaux.**

*Gestion des risques. Dossier.*

GESTIONS HOSPITALIERES

2007/01 ; n° 462 : 57-59

Cote Irdes : P67

Suite à la canicule de 2003 qui a fait apparaître la nécessité de disposer rapidement d'un système d'information en temps réel de la situation des services, plusieurs régions ont participé au développement d'un outil de suivi des données d'activités, sous l'égide des agences régionales de l'hospitalisation. Le fonctionnement du dispositif repose sur une saisie quotidienne par les établissements de santé disposant d'un service d'urgence d'un certain nombre d'indicateurs prédéterminés. Il permet aux établissements d'accéder aux données de leur région et de se situer les uns par rapport aux autres. Cependant il connaît un certain nombre de limites et de freins auxquels il conviendra de statuer dans les semaines à venir.

## PROFESSIONS DE SANTÉ

### ► Accréditation

36036

FASCICULE  
MUNOZ (J.), BERTRAND (D.), RAYMOND (A.)

**Conditions de travail et accréditation : incidences dans l'activité de travail des professionnels de santé.**

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2007/07 ; n° 112 : 116p., tabl., annexes

Cote Irdes : C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat112.pdf>

La procédure d'accréditation, à présent conduite par la Haute autorité de santé, a pour objectif de s'assurer que les établissements développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. Elle doit permettre une meilleure maîtrise de la gestion de l'hô-

pital et, le cas échéant, aboutir à une modification des conduites des professionnels des établissements de santé. Cette étude mesure l'incidence de la mise en place de l'accréditation sur les conditions de travail de différents acteurs des établissements de santé.

### ► Conditions de travail

34042

FASCICULE  
LE LAN (R.)

**Enquête sur les conditions et l'organisation du travail auprès de 5 000 actifs des établissements de santé.**

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2006/08 ; n° 102 : 109p.

Cote Irdes : S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat102.pdf>

Réalisée en 2003, l'enquête -Conditions et organisation du travail dans les établissements de santé- est spécifique aux établissements hospitaliers néanmoins largement inspirée des enquêtes de la Dares sur ce thème. Ce document retrace l'historique de cette enquête. Le champ, le plan de sondage, la stratification, le déroulement de la phase de test et de l'enquête, et d'autres informations pouvant s'avérer utiles à une nouvelle édition de l'enquête ou même à des concepteurs d'enquête en général, sont répertoriés dans ce document. Il contient également le questionnaire d'enquête, la lettre-avis préalablement envoyée au personnel, et répertorie l'ensemble des publications qui ont découlé de l'exploitation de cette enquête. En fin d'ouvrage, sont présentés sous forme de tableaux, les résultats descriptifs de l'enquête par catégorie socio-professionnelle (médecins salariés, médecins libéraux, cadres administratifs, infirmières, autres professions intermédiaires, aides-soignantes, agents de service hospitaliers, autres employés, ouvriers) croisée au statut juridique d'établissement d'appartenance (public, privé non lucratif, privé lucratif).

## ► Démographie médicale

35015

FASCICULE  
SICART (D.)

### **Les professions de santé au 1er janvier 2007.**

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES  
2007/03 ; : n° 108 : 75p.  
Cote Irdes : S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat108.pdf>

Les statistiques publiées dans ce document portent sur les pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, infirmiers, masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, audioprothésistes, opticiens lunetiers, pédicures podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, manipulateurs ERM inscrits dans le répertoire ADELI (inscription en préfecture) comme étant actifs au 1er janvier 2007. L'ouvrage présente pour chaque profession un ensemble de tableaux comportant l'effectif global et sa répartition par situation professionnelle (libérale, salariée), département d'exercice, sexe, tranche d'âge, tranche d'unité urbaine, et secteur d'activité.

## ► Infirmiers

34045

FASCICULE  
MARQUIER (R.), IDMACHICHE (S.)

### **Les débuts de carrière des infirmiers diplômés en 2001.**

SERIE ETUDES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES  
2006/05 ; n° 59 : 63p.  
Cote Irdes : S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud59.pdf>

La présente étude a pour but d'examiner la trajectoire de l'insertion professionnelle des jeunes infirmiers diplômés d'État de la génération 2001, à partir de l'enquête Céreq : les caractéristiques individuelles et familiales, celles de leur insertion professionnelle, les différentes situations traversées entre 2001 et 2004, la rémunération et les opinions que les infirmiers se font de leur métier à la première embauche et au bout de trois ans. Des comparaisons systématiques sur ces caractéristiques sont également proposées, entre les Infirmiers diplômés d'État (IDE) et les titulaires d'autres diplômes de niveau proche ou équivalent, entre les infirmiers nouveaux arrivants

et diplômés-expérimentés, entre les infirmiers nouveaux arrivants de la génération 2001 et ceux de la génération 98.

## ► Mobilité professionnelle

33892

ARTICLE  
VINCENT (W.)

### **Personnels de santé et migrations : vers un marché mondial.**

MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)  
2006/11-12 ; hors-série n° 3 : 8  
Cote Irdes : P145/2

Cet article présente des statistiques de l'OMS sur les personnels de santé et leurs migrations de travail aux Etats-Unis et dans les autres pays de l'OCDE.

## MÉDICAMENTS

## ► Antidépresseurs

ARTICLE  
SEALE (C.), CHAPLIN (R.)

### **Antipsychotic medication, sedation and mental clouding: An observational study of psychiatric consultations.**

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE  
2007/08 : vol. 65 : n° 4 : 898-711  
Cote Irdes : P103

Sedation and mental clouding are of concern to people on antipsychotic medication and are implicated in social withdrawal but their severity may be underestimated by psychiatrists. Existing studies of communication about adverse effects of medication are based on reports made by doctors or patients. This study is based on audiotapes of 92 outpatient consultations in two UK mental health trusts involving nine consultant psychiatrists where antipsychotic medication was discussed. When interviewed, these doctors and their colleagues had expressed a commitment to 'patient-centred' practice as well as recording concerns about the difficulties involved in the discussion of medication side effects. The study focuses on the ways in which sedation and mental clouding are presented and engaged with. Analysis of audiotape transcripts showed that patients raise these issues more often than doctors, contrasting with other ad-

verse effects (such as blood changes) where doctors are more frequently the initiators of discussion. Sleepiness is sometimes presented by both patients and doctors as a part of normal experience and therefore to be welcomed. When presented as troublesome, patients' reports were sometimes met by doctors offering no response, changing the subject, or disagreeing with the patient's interpretation of the experience. Equally, there were some attempts by doctors to engage with patients' troubles and seek solutions. These could be unsuccessful where they involved challenges to the patients' medication-taking rationale, or more successful where they involved sympathetic and supportive listening. We speculate that the capacity to avoid addressing these problems is linked to the informal conversational style of these consultations, which means that concerns raised by one party can remain unaddressed without offending conversational norms. Doctors in these consultations are able to exercise considerable discretion over whether to define reports of sedation and mental clouding as medication-related problems.

ARTICLE

KURDYAK (P.A.), JUURLINK (D.N.)

***The effect of antidepressant warnings on prescribing trends in Ontario.***

AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH

2007/04 : vol. 97 : n° 4 : 750-754

Cote Irdes : P36

**Objectives.** We studied whether 5 regulatory agency advisories concerning the possible increased risk of suicidal behavior during antidepressant therapy had an effect on antidepressant prescription trends in Ontario.

**Methods.** We conducted a population-based, time-series analysis of new monthly antidepressant prescriptions dispensed by the Ontario Drug Benefits program in 3 age groups (younger than 20 years, 20–65 years old, and older than 65 years) over a 7-year period (April 1998 to March 2005). The impact of five advisories about the possible risk of suicide during antidepressant therapy was also analyzed.

**Results.** The number of new prescriptions for selective serotonin reuptake inhibitors as a group did not change after any antidepressant warning in any age group. However, the rate of new paroxetine prescriptions in patients younger than 20 years declined by 54 % immediately after the first warning for paroxetine was issued in the United Kingdom in June 2003. That same warning had no effect on new paroxetine prescriptions in the other age categories.

**Conclusion.** The warning about paroxetine use in depressed patients younger than 18 years that was issued in the United Kingdom led to a significant decrease in new paroxetine prescriptions for young patients in this country. By contrast, warnings in North America did not influence new antidepressant prescription rates in any patient group.

34981

ARTICLE

DARDENNES (R.), ROUILLON (F.), FRIEDMAN (S.), et al.

***Mieux prescrire les antidépresseurs.***

CONCOURS MEDICAL

2007/04/03 ; vol. 129 : n° 13-14 : 401-412

Cote Irdes : P19

Aux yeux du public, les antidépresseurs ont deux visages ; ils sont à la fois médicaments à succès et objets de toutes les craintes. Selon les uns, les Français consomment trop d'antidépresseurs, mais selon les autres, trop de patients déprimés sont insuffisamment ou mal traités. A ce titre, la publication récente (octobre 2006) par l'Afssaps du « bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte » est précieuse. Ce dossier en résumé les points importants et développe les éléments qu'un professionnel doit maîtriser tant pour soigner ses patients que pour juger des idées reçues. En psychiatrie, peut-être plus qu'ailleurs, le pouvoir du médicament influence la définition et le vécu de la maladie. Dans ce schéma, telle plainte résolue par antidépresseurs ou par anxiolytiques serait ainsi a posteriori classée comme relevant de tel ou tel registre nosologique. C'est une démarche pleine d'embûches et plusieurs auteurs en ont dénoncé le travers. Ce dossier entend aider chaque praticien à « bien » prescrire les antidépresseurs.

35034

ARTICLE

ARDENNES (R.), ROUILLON (F.), FRIEDMAN (S.), EVEN (C.)

***Dossier Antidépresseurs : pour un bon usage s'affranchissant des préjugés.***

CONCOURS MEDICAL

2007/04/03 ; vol. 129 : n° 13-14 : 401-412,

fig., carte

Cote Irdes : P19

Ce dossier s'interroge sur la surconsommation française des antidépresseurs (différence de prévalence ou différence comptable liée

au conditionnement en boîte ?), et revient sur les recommandations de l'AFSSAPS en la matière (recommandations d'octobre 2006). La méthodologie et les résultats de l'étude STARD (Sequenced treatment alternatives to relieve depression) sont présentés. Un article est consacré au risque de suicide des antidépresseurs chez le jeune patient.

## ► Industrie pharmaceutique

33782

ARTICLE

***Vers un rééquilibrage du marché mondial.***

PHARMACEUTIQUES

2006/11 ; n° 141 : 26-27, tabl.

Cote Irdes : c, P28

Le marché pharmaceutique mondial devrait connaître, en 2007, une croissance de 5 à 6 %. Les pays émergents, les anticancéreux et les biotechnologies offrent des perspectives intéressantes aux industriels.

34462

ARTICLE

MINTZES (B.)

***Fabriquer des maladies pour vendre des médicaments.***

REVUE PRESCRIRE

2007/01 ; n° 279 : 63-65

Cote Irdes : P80

Toujours en quête de croissance, les firmes pharmaceutiques rivalisent d'ingéniosité pour élargir leurs marchés au plus grand nombre de personnes solvables possible. Parmi les tendances lourdes observées aujourd'hui, on remarque la volonté des firmes de promouvoir directement leurs médicaments auprès des patients (en court-circuitant les professionnels de santé, trop critiques), et d'élargir toujours plus les limites de ce qui est considéré comme pathologique, et donc susceptible d'un traitement médicamenteux, de préférence chronique. Pour la première fois en 2006, un congrès international a été consacré à cette dernière dérive des firmes, la « fabrication de maladies » pour vendre des médicaments. Barbara Mintzes, épidémiologiste et chercheur en politique de santé au Canada, intervenait dans ce congrès sur les liens entre la publicité grand public et la fabrication des maladies.

35972

ARTICLE

ALLAINMAT (T.)

***Fabriquer des maladies pour vendre des médicaments (suite).***

REVUE PRESCRIRE

2007/07 ; n° 285 : 552-553

Cote Irdes : C, P80

Toujours en quête de croissance, les firmes pharmaceutiques rivalisent d'ingéniosité pour élargir leurs marchés au plus grand nombre de personnes solvables possible. Parmi les tendances lourdes observées aujourd'hui, on remarque la volonté des firmes de promouvoir directement leurs médicaments auprès des patients (en court-circuitant les professionnels de santé, trop critiques), et d'élargir toujours plus les limites de ce qui est considéré comme pathologique, et donc susceptible d'un traitement médicamenteux, de préférence chronique. Cet article présente la réaction d'un médecin psychiatre suite à la première partie de cet article publié dans le n°279 de la revue « Prescrire ».

34877

ARTICLE

PENY (J.M.)

***Les marques sont-elles condamnées à mourir ?***

PHARMACEUTIQUES

2007/05 ; vol. : n° 146 : 33-39, fig.

Cote Irdes : P28

La multiplication des « me too », l'ascension fulgurante des génériques et la montée en puissance des prescriptions en dénomination commune sont autant d'événements qui nécessitent de s'interroger sur le rôle des marques de médicaments et leur devenir.

34881

FASCICULE

WILEN (H.)

Eurostat. Luxembourg. LUX

***La R&D dans les entreprises. L'industrie pharmaceutique : secteur à la plus forte densité de R&D en Europe.***

STATISTIQUES EN BREF : SCIENCE ET TECHNOLOGIE

2007 ; n° 39 : 7p., tabl., graph.

Cote Irdes : S30/4

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-07-039/FR/KS-SF-07-039-FR.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-07-039/FR/KS-SF-07-039-FR.PDF)

La plus grande partie des dépenses de R&D des entreprises est réalisée dans l'industrie manufacturière. La Turquie et l'Espagne affichent la plus forte croissance des dépenses de R&D dans les services. L'intensité des R&D est la plus élevée dans l'industrie pharmaceutique. Cette dernière est également en tête pour la proportion de personnel de R&D. Le Royaume-Uni est le champion des dépenses de R&D dans l'industrie pharmaceutique et les activités informatiques.

34911

ARTICLE

**Stratégies de promotion des firmes pharmaceutiques : l'exemple de Neurontin.**

REVUE PRESCRIRE

2007/06 ; vol. : n° 284 : 464-466

Cote Irdes : P80

Un procès mené aux Etats-Unis d'Amérique contre une firme pharmaceutique a permis de révéler la stratégie de promotion de Neurotin (gabapentine), un antiépileptique promu en fait dans le traitement de très nombreuses situations hors autorisation de mise sur le marché. Les documents internes de la firme dévoilent les méthodes utilisées par les firmes pour faire prescrire leurs médicaments : organisation de séances de formation continue, mise en place de comités consultatifs, incitation à des publications favorables aux indications hors AMM, etc.

## ► Innovation médicale

LYBECKER (K.M.), FREEMAN (R.A.)

**Funding pharmaceutical innovation through direct tax credits.**

HEALTH ECONOMICS POLICY AND LAW

2007 : vol. 2 : n° 3 : 267 – 284

Cote Irdes : P197

Rising pharmaceutical prices, increasing demand for more effective innovative drugs and growing public outrage have heightened criticism of the pharmaceutical industry. The public debate has focused on drug prices and access. As a consequence, the patent system is being reexamined as an efficient mechanism for encouraging pharmaceutical innovation and drug development. We propose an alternative to the existing patent system, instead rewarding the innovating firm with direct tax credits in exchange for marginal cost pricing. This concept is based on the fundamental assumption that innovation that bene-

fits society at large may be financed publicly. As an industry which produces a social good characterized by high fixed costs, high information and regulatory costs, and relatively low marginal costs of production, pharmaceuticals are well-suited to such a mechanism. Under this proposal, drug prices fall, consumer surplus increases, access is enhanced, and the incentives to innovate are preserved.

## ► Médicaments génériques

35663

ARTICLE

SARRADON-ECK (A.), BLANC (M.A.), FAURE (M.)

**Des usagers sceptiques face aux médicaments génériques : une approche anthropologique.**

REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

2007/06 ; vol. 55 : n°3 : 179-185, rés.

Cote Irdes : P11

Position du problème : Différentes études quantitatives montrent que l'adhésion des prescripteurs et des utilisateurs tend à croître en France depuis les mesures législatives de 2002 en faveur de la prescription des génériques. Néanmoins, il demeure un scepticisme et une méfiance envers ces médicaments qui se focalisent sur leur efficacité comparative aux médicaments de marque, sur leurs dangers, et sur la rupture qu'ils occasionnent dans les habitudes de prescription et de consommation. Dans une démarche compréhensive, l'article analyse les logiques sociales et culturelles qui sous-tendent les représentations négatives des médicaments génériques.

Méthodes : Les matériaux sont issus d'une étude ethnographique sur le suivi de l'ordonnance de médicaments antihypertenseurs. 68 entretiens semi-directifs ont été réalisés entre avril 2002 et octobre 2004 auprès de 39 femmes et 29 hommes âgés de 40 à 95 ans, traités depuis plus d'un an pour hypertension artérielle dans le Sud-est de la France, en zone rurale. Treize personnes se sont exprimées spontanément sur les génériques.

Résultats : L'analyse des discours fait apparaître diverses représentations des génériques : une contrefaçon, un médicament étranger. Ces représentations interfèrent dans les processus d'appropriation et de fidélisation au médicament. Elles s'inscrivent dans un ensemble de représentations collectives du médicament qui traduisent et construisent la

réalité des consommateurs. Dans celles-ci, le médicament est un objet ambivalent, porteur à la fois d'une efficacité biologique et d'une toxicité ; il est aussi l'extension métonymique du prescripteur, conférant à la prescription une valeur symbolique.

Conclusion : En resituant le générique dans son réseau de significations symboliques et sociales, l'étude souligne la cohérence du scepticisme envers les génériques des consommateurs (et des prescripteurs) avec un système de pensée populaire dans lequel le médicament est un objet du quotidien, personnalisé et compatible à l'utilisateur, support des échanges symboliques dans la relation médecin-malade, et dans lequel la confiance dans le médicament est aussi celle accordée au système de santé en général (Résumé d'auteur).

## ► Observance thérapeutique

34329

ARTICLE  
BURLET (N.), DELMAS (P.D.)

**Observance et ostéoporose. Moins d'un patient sur deux poursuit son traitement au bout d'un an.**

CONCOURS MEDICAL  
2007/02/06 ; vol. 129 : n° 5-6 : 138-140  
Cote Irdes : P19

L'observance peut se mesurer grâce à l'indice MPR (Medication Possession Ratio). La mauvaise observance d'un traitement anti-ostéoporotique a des conséquences individuelles et collectives, notamment financières (coût d'une prise en charge des fractures). Il faut donc impliquer mieux les patients dans le choix du traitement.

35175

ARTICLE  
SARRADON-ECK (A.)

**Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues.**

SCIENCES SOCIALES ET SANTE  
2007/06 ; vol. 25 : n° 2 : 5-34  
Cote Irdes : P86

L'étude de l'expérience des traitements hypotenseurs met au jour les logiques plurielles, sociales et symboliques, permettant de comprendre ce qui construit culturellement les pratiques médicamenteuses des individus. Le suivi de l'ordonnance répond à des logiques

d'imputation (mécanisme causal de l'hypertension artérielle, effets indésirables des médicaments), des logiques d'appropriation (fidélisation au traitement, expérimentation, intégration du traitement dans la vie quotidienne) et des logiques d'autorégulation (continuité du traitement, maîtrise du corps et du traitement). L'observance est analysée dans la relation médecin-patient comme un comportement de soumission à l'autorité médicale, mais aussi comme une manière d'objectiver la relation de confiance et de renforcer l'identité professionnelle des généralistes.

35176

ARTICLE  
CONSOLI (S.M.)

**Et pourquoi pas aussi un « sens de la non-observance » ?**

SCIENCES SOCIALES ET SANTE  
2007/06 ; vol. 25 : n° 2 : 37-41  
Cote Irdes : P86

Commentaire de l'article de A. Sarrandon-Eck « Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues ».

## ► Pharmacie hospitalière

35658

ARTICLE  
GRASSIN (J.), VINOT (D.)

**La mesure des activités des pharmacies hospitalières : proposition et validation d'un référentiel multi-dimensionnel.**

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE  
2007/03 ; vol.25, n° 2 : 89-106  
Cote Irdes : P85

Dans un contexte généralisé de maîtrise des dépenses de santé et de mise en place de la tarification à l'activité à l'hôpital, la connaissance et la mesure de l'activité pharmaceutique sont devenues indispensables à la maîtrise des budgets hospitaliers. L'objectif de ce travail a été d'élaborer et de valider une série d'indicateurs de mesure de la production et de la qualité des activités pharmaceutiques. Il s'est agi de chercher à connaître les activités principales consommant la majorité des ressources en management d'une pharmacie et à aider les responsables de Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) à évaluer les activités « critiques » de leur cœur de métier. A côté des indicateurs de production, nécessaires à la mesure des activités liées aux missions

confiées aux pharmaciens hospitaliers, des indicateurs de la qualité des services et produits fournis par les PUI ont été développés, afin que ceux-ci puissent à terme s'intégrer à la démarche de certification des établissements pour garantir la qualité des soins fournis aux patients pris en charge. Ce travail a été élaboré par une équipe de 11 pharmaciens et chercheurs sous l'égide de la Société Française de Pharmacie Clinique (SFPC) (Résumé d'auteur).

## ► Pharmaco-épidémiologie

35045

ARTICLE

MARTIN (K.), LATRY (P.), MORIDE (Y.), BEGAUD (B.)

### ***Où trouver des données pour la pharmaco-épidémiologie en France ?***

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2007/02 ; vol. 55 : n° 1 : 58-63, rés.

Cote Irdes : P11

La mise en place d'une étude de pharmaco-épidémiologie nécessite plusieurs prérequis : 1) réaliser une analyse de la littérature afin de savoir si une étude similaire ou sur la même thématique que celle prévue existe déjà ; 2) et plus généralement, recenser les informations disponibles sur le (s) médicament (s). Or, la recherche de ces informations n'est pas aisée dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet d'études indexées sur les bases de données médicales classiques comme, par exemple, Pubmed. En effet, il n'existe pas d'organisme chargé de colliger ces informations. Dans cet article, nous nous proposons de recenser les sources d'informations françaises disponibles sur le médicament que nous avons identifiées. Ces sources sont éparpillées, d'origine et d'accès variés.

## ► Pharmacovigilance

34063

ARTICLE

DOUCET (J.), QUENEAU (P.), DREUX (C.), NORDMANN (R.), DE GENNES (J.-L.)

Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique.

(A.P.N.E.T.). Lille. FRA

### ***Effets indésirables des médicaments chez les sujets âgés : Accidents médicamenteux : comment les prévenir.***

Académie nationale de médecine - Académie nationale de pharmacie. Séance commune. BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2005 ; vol. 189 : n° 8 : 1693-1709

Cote Irdes : C, P76

Les effets indésirables des médicaments (EIM) sont plus fréquents et plus graves après 65 ans. Leur symptomatologie est très variée, voire atypique. Les médicaments en cause sont principalement les médicaments cardiovasculaires, les psychotropes, les anticoagulants et les anti-inflammatoires non stéroïdiens. A côté de facteurs favorisant inévitables en rapport avec les altérations associées au vieillissement, il existe d'autres circonstances dont la correction peut diminuer les EIM : ces facteurs évitables de iatrogénèse concernent certaines caractéristiques des médicaments ainsi que certains comportements du prescripteur et/ou du malade. Compte tenu de l'impact humain et économique de la iatrogénèse en gériatrie, il est urgent de mettre en oeuvre une véritable politique de prévention axée à la fois sur le développement de l'évaluation des médicaments chez la personne âgée et sur la diffusion institutionnelle d'informations à tous les professionnels de santé, aux malades et à leurs entourages, mais aussi à tous les citoyens.

35281

ARTICLE

FARAGGI (L.), QUENON (J.-L.), POHYER (A.), DE SARASQUETA (A.-M.)

### ***Le circuit du médicament et sa sécurité. Résultats du projet régional aquitain Securi-med.***

GESTIONS HOSPITALIÈRES

2007/02 ; n°463 : 130-134

P67

Le comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine, chargé d'aider les établissements de santé dans le domaine de l'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins, a décidé de retenir pour 2003-2004, comme axe de travail prioritaire en gestion des risques, la sécurisation du circuit du médicament. Une des premières étapes d'un programme de gestion des risques est l'implication des personnes-clés : administration, leaders, encadrement. Cependant, les directeurs d'établissement de santé, les présidents de commission médicale d'établissement, les directeurs de soins participent-ils au comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles ? Connaissent-ils le circuit

du médicament ? Qu'elle est leur perception de la sécurité du circuit du médicament, leur opinion sur les améliorations possibles ? Le projet aquitain d'évaluation de la sécurité du circuit du médicament Securimed essaie toujours d'apporter des éléments de réponse.

## ► Politique du médicament

34297

ARTICLE

BOUVENOT (G.), MILHAUD (G.) / disc.,  
JOLY (P.) / disc., DELAVEAU (P.) / disc.

**Quantification et valorisation du progrès thérapeutique médicamenteux par la Haute Autorité de Santé. Discussion.**

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE  
DE MEDECINE

2006 ; vol. 190 : n° 4-5 : 893-904

Cote Irdes : P76

En France, l'instance chargée de définir, de quantifier et de valoriser le progrès thérapeutique médicamenteux est la Haute Autorité de Santé par l'intermédiaire de la Commission de la Transparence (CT). Il revient donc à la CT de reconnaître le progrès dans ses différentes modalités et tout d'abord de bien distinguer la notion d'innovation pharmacologique de celle de progrès thérapeutique. La CT ne retient comme innovations susceptibles d'induire un progrès thérapeutique que celles qui répondent aux trois conditions suivantes : constituer une nouvelle modalité de prise en charge d'une maladie, être susceptible d'apporter un progrès cliniquement pertinent et répondre à un besoin non couvert. La démonstration du progrès doit avoir été faite sur des critères cliniques pertinents. Les différentes modalités de progrès reconnus sont d'ordre quantitatif ou qualitatif ou encore en termes de tolérance, d'observance et de maintenance thérapeutique. La CT quantifie le progrès par l'amélioration du service médical rendu (ASMR) résultant de l'utilisation du nouveau médicament. La détermination de l'ASMR prend en compte les données issues des essais ayant comparé le nouveau produit aux produits existants. Dans la réalité, de telles comparaisons directes sont rarement disponibles. La commission doit donc, trop souvent, faire appel aux résultats de comparaisons indirectes. Les textes réglementaires prévoient cinq classes d'ASMR allant du type I (progrès majeur) au type V (absence de progrès). Une ASMR peut n'être attribuée que dans le cadre d'une population cible restreinte, sous-ensemble de la population correspondant à l'indication de

l'AMM. Les ASMR attribuées ne sont jamais que des progrès espérés ou attendus dont il importera, par la suite, en particulier dans les cas de médicaments « sensibles », de confirmer ou non les performances dans la vie réelle par des études dites de post-inscription. Outre la mention d'une ASMR, les avis de la CT, publiés et diffusés, comportent un certain nombre de rubriques permettant de valoriser les médicaments facteurs de progrès. La valorisation économique des médicaments passe par la CT puisque ses évaluations sont prises en compte par le Comité économique des produits de santé chargé de fixer leurs prix. Parmi les problèmes mal résolus se pose celui des « me too ». En effet, s'il n'appartient pas à une commission d'experts de « faire » le marché à l'intérieur d'une classe thérapeutique, on doit se poser la question de savoir à partir de combien de produits d'une classe présents sur le marché, il serait souhaitable d'alerter décideurs et payeurs sur le fait que le besoin thérapeutique est largement couvert. Un autre problème est celui du contournement des génériques, en particulier dans le cadre de l'introduction sur le marché d'associations à doses fixes contenant un produit susceptible de donner lieu à un générique. Bien que l'appréciation du progrès thérapeutique repose sur des critères objectifs, vérifiables et reproductibles, elle ne se conçoit qu'à l'intérieur d'une instance collégiale et indépendante des firmes pharmaceutiques, des organismes payeurs et des associations d'usagers.

35248

ARTICLE

POUZAUD (F.)

**Revoilà les TFR.**

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES  
LABORATOIRES (LE)

2007/06/30 ; n° 2684-2685 : suppl. - cahier  
1 : 6-7

Cote Irdes : P44

Après l'annonce des plans de redressement des organismes-payeurs de la protection sociale, les réactions des syndicats de pharmaciens ne se sont pas fait attendre. Si l'heure est aux discussions, il suffirait d'un rien pour en revenir à une situation de crise : le gouvernement reparle des TFR (tarifs forfaitaires de responsabilité) hauts pour les génériques dont le taux de pénétration est inférieur à 70 %, ce qui reviendrait à bafouer les accords sur les génériques.

35875

ARTICLE

COHEN (J.), FADEN (R.), PREDARIS (S.),  
YOUNG (B.)

***Patient access to pharmaceuticals : an international comparison.***

*Comparaison internationale concernant l'accès des patients aux médicaments.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2007/09, vol. 8 : n°3 : 253-266

Cote Irdes : P151

We have identified eight sub-dimensions of patient access to pharmaceuticals: marketing approvals, time of marketing approval, coverage, cost sharing, conditions of reimbursement, speed from marketing approval to reimbursement, extent to which beneficiaries control choice of their drug benefit, and evenness of the availability of drugs to the population. For a sample of commonly used best-selling drugs in the United States (US), we measured these eight access sub-dimensions across four health systems: France, the Netherlands, the United Kingdom (UK), and the US. Although the US approved between 15 and 18 % more drugs than the other three countries, the US was slower than France and the UK to approve drugs licensed in all four countries. The percentage of drugs covered is approximately the same for all four countries. For covered drugs, we observe the least cost sharing by patients in the Netherlands. The Netherlands imposes conditions of reimbursement on a much larger percentage of drugs. France seems to be the slowest in respect of speed from marketing approval to reimbursement. The US is the most flexible in terms of the extent to which beneficiaries control their choice of drug benefit but it is the least universal in terms of evenness of the availability of drugs to the population. Our study confirms the frequently cited problems of access in European countries: lag between marketing approval and reimbursement, and inflexibility in respect of the extent to which beneficiaries control their choice of drug benefit. At the same time, our study confirms, qualitatively, different kinds of access problems in the US: relatively high patient cost sharing for pharmaceuticals, and wide variation in coverage.

## D Prix

34873

ARTICLE

STARGARDT (T.), SCHREYOGG (J.)

***Impact of cross-reference pricing in pharmaceutical prices. Manufacturers' pricing strategies and price regulation.***

APPLIED HEALTH ECONOMICS AND HEALTH POLICY

2006 ; vol. 5 : n° 4 : 235-247, tabl., fig.

Cote Irdes : P181

Several EU countries are determining reimbursement prices of pharmaceuticals by cross-referencing prices of foreign countries. Our objective is to quantify the theoretical cross-border spill-over effects of cross-reference pricing schemes on pharmaceutical prices in the former EU-15 countries.

Methods: An analytical model was developed estimating the impact of pharmaceutical price changes in Germany on pharmaceutical prices in other countries in the former EU-15 using cross-reference pricing. We differentiated between the direct impact (from referencing to Germany directly) and the indirect impact (from referencing to other countries that conduct their own cross-reference pricing schemes).

Results: The relationship between the direct and indirect impact of a price change depends mainly on the method applied to set reimbursement prices. When applying cross-reference pricing, the reimbursement price is either determined by the lowest of foreign prices (e.g. Portugal), the average of foreign prices (e.g. Ireland) or a weighted average of foreign prices (e.g. Italy). If the respective drug is marketed in all referenced countries and prices are regularly updated, a price reduction of 1.00 euro in Germany will reduce maximum reimbursement prices in the former EU-15 countries from 0.15 euros in Austria to 0.36 euros in Italy.

Discussion: On one side, the cross-border spill-over effects of price reductions are undoubtedly welcomed by decision makers and may be favourable to the healthcare system in general. On the other side, these cross-border spill-over effects also provide strong incentives for strategic product launches, launch delays and lobbying activities, and can affect the effectiveness of regulation.

Conclusions: To avoid the negative effects of cross-reference pricing, a weighted index of prices from as many countries as possible should be used to determine reimbursement prices in order to reduce the direct and indirect impact of individual countries.

34882

FASCICULE  
KONIJN (P.)  
Eurostat. Luxembourg. LUX

**Pharmaceutical products comparative price levels in 33 European countries in 2005.**

*Produits pharmaceutiques - comparaison des niveaux de prix dans 33 pays d'Europe en 2005.*

STATISTIQUES EN BREF : ECONOMIE ET FINANCES  
2007 ; vol. : n° 45 : 3p., tabl., graph.  
Cote Irdes : S30/4

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-07-045/FR/KS-SF-07-045-FR.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-07-045/FR/KS-SF-07-045-FR.PDF)

Dans le cadre du programme conjoint Eurostat-OCDE sur la parité de pouvoir d'achat (PPA), les Instituts nationaux de statistiques (INS) réalisent des enquêtes sur les prix des biens et services. 37 pays participent actuellement aux enquêtes coordonnées par Eurostat<sup>1</sup>. L'OCDE coordonne les enquêtes pour les 12 États membres de l'OCDE des autres continents. Ces enquêtes de prix sont les pierres angulaires des travaux qui aboutissent à des comparaisons annuelles en volume des agrégats des comptes nationaux : le produit intérieur brut (PIB) et ses principaux composants. Le présent article fournit des résultats de l'enquête sur les prix des produits pharmaceutiques réalisée en novembre 2005 pour 33 pays.

## ► Régulation

34856

ARTICLE  
GARATTINI (L.), GHISLANDI (S.)

**Should we really worry about « launch delays » of new drugs in OECD countries ?**

*Devrions-vous nous inquiéter des délais de lancement des nouveaux médicaments dans les pays de l'OCDE ?*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)  
2007/03 ; vol. 8 : n° 1 : 1-3  
Cote Irdes : P151

35215

ARTICLE  
FAUNCE (T.A.), LEXCHIN (J.)

**Linkage pharmaceutical evergreening in Canada and Australia.**

AUSTRALIA AND NEW ZEALAND HEALTH POLICY

2007 ; vol. 4 : n° 8 : 1-11  
Cote Irdes : C, INI 1063

'Evergreening' is not a formal concept of patent law. It is best understood as a social idea used to refer to the myriad ways in which pharmaceutical patent owners utilise the law and related regulatory processes to extend their high rent-earning intellectual monopoly privileges, particularly over highly profitable (either in total sales volume or price per unit) blockbuster' drugs. Thus, while the courts are an instrument frequently used by pharmaceutical brand name manufacturers to prolong their patent royalties, 'evergreening' is rarely mentioned explicitly by judges in patent protection cases. The term usually refers to threats made to competitors about a brand-name manufacturer's tactical use of pharmaceutical patents (including over uses, delivery systems and even packaging), not to extension of any particular patent over an active product ingredient. This article focuses in particular on the 'evergreening' potential of so-called 'linkage' provisions, imposed on the regulatory (safety, quality and efficacy) approval systems for generic pharmaceuticals of Canada and Australia, by specific articles in trade agreements with the US. These 'linkage' provisions have also recently appeared in the Korea-US Free Trade Agreement (KORUSFTA). They require such drug regulators to facilitate notification of, or even prevent, any potential patent infringement by a generic pharmaceutical manufacturer. This article explores the regulatory lessons to be learnt from Canada's and Australia's shared experience in terms of minimizing potential adverse impacts of such 'linkage evergreening' provisions on drug costs and thereby potentially on citizen's access to affordable, essential medicines.

## ► Imagerie médicale

33755

ARTICLE  
VINCENT (W.)

**IRM : des délais d'attente en hausse.**  
MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)  
2006/10 ; n° 279 : 46-47, 1 graph.  
Cote Irdes : P145/2

Comme chaque année, l'association ISA, Imagerie Santé Avenir, a analysé les conditions d'accès des patients à l'IRM et étudié les délais d'attente par région. Le principal enseignement est que les délais d'attente, en 2006, se sont allongés à 33 jours alors qu'ils s'étaient réduits au cours des trois années précédentes. L'objectif du plan Cancer visant, sur ce point, un délai moyen de quinze jours à l'horizon 2007, s'éloigne donc de la réalité (tiré de l'introduction).

## ► Information médicale

35974

ARTICLE  
QUANTIN (C.)

**L'identifiant et le chaînage de l'information.**  
*Le dossier médical personnel.*  
ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE  
2007/03 ; n° 58 : 50-52  
Cote Irdes : C, P49

Comment choisir un identifiant pour l'utilisateur du DMP qui permette le chaînage individuel des données en vue d'un traitement épidémiologique au service des patients ? Compte tenu de l'importance du choix et de la nécessité de l'identifiant patient pour la réussite des enjeux du DMP, il paraît primordial que celui-ci préserve une interopérabilité future avec les dossiers patients des autres pays de l'Europe, et par voie de conséquence ne se limite pas à un dérivé anonyme du NIR mais englobe, après anonymisation d'autres données d'identités.

## ► Allemagne

34053

ARTICLE  
BODE (I.)

**Financement solidaire et gouvernance concurrentielle : le modèle allemand d'organisation de la santé en débat.**

*Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES  
2006/04-09 ; n° 2-3 : 191-216  
Cote Irdes : C, P59

En Allemagne, la fourniture des soins est assurée grâce à la coopération (régulée par la puissance publique) d'une multitude de caisses d'assurance maladie à but non lucratif et de divers offreurs, avec lesquels les caisses entretiennent des relations contractuelles. Le système allemand, d'inspiration bismarckienne, est financé selon le principe de la répartition par des cotisations sociales payées par les employeurs et les salariés - ce mode d'organisation institutionnelle a toutefois récemment été mis en question. Par ailleurs, l'organisation administrative du système de santé allemand se caractérise par l'introduction (récente) de la gouvernance concurrentielle. Cet article examine l'évolution du financement de la santé et des structures de gouvernance. Il avance que le système de financement a changé de manière parcellaire, tandis que les structures de gouvernance ont subi une transformation plus radicale.

## ► Canada

34230

ARTICLE  
DENTON (M.), ZEYINOGLU (I.), KUSCH (K.), DAVIES (S.)

**Market-modelled home care: impact on job satisfaction and propensity to leave.**

*Approche de marché dans les soins à domicile : impact sur la satisfaction au travail et la propension à quitter son emploi.*

CANADIAN PUBLIC POLICY - ANALYSE DE POLITIQUES  
2007 ; vol. XXXIII : suppl. 1 : S81-S99, tabl.  
Cote Irdes : B5850

Face à l'augmentation des coûts des soins de santé, à la nécessité de financer les déficits et au vieillissement de la population, plusieurs

pays de l'OCDE explorent de nouveaux modèles de soins de santé économiques. L'Ontario a déjà adopté ce genre de modèle, pour gérer, sur la base des principes de quasi-marché, le système de soins à domicile. Les résultats de cette étude de cas, impliquant 835 travailleurs du domaine des soins à domicile, indiquent que choisir une approche de marché pour restructurer l'organisation des soins de santé peut conduire, chez les travailleurs du domaine des soins à domicile, à une baisse du niveau de satisfaction à l'égard du travail et à une plus grande propension à abandonner leur emploi.

34231

ARTICLE

BIRCH (S.), KEPHART (G.), TOMBLIN-MURPHY (G.), O'BRIEN-PALLAS (L.), ALDER (A.), MACKENZIE (A.)

***Human resources planning and the production of health : a needs-based analytical framework.***

*Planification des ressources humaines et production de soins : cadre analytique basé sur les besoins en ressources humaines.*

CANADIAN PUBLIC POLICY - ANALYSE DE POLITIQUES

2007 ; vol. XXXIII : suppl. 1 : S1-S16, tabl., fig.

Cote Irdes : B5851

Dans le domaine de la santé, l'approche traditionnelle en planification des ressources humaines accorde une très grande importance aux effets des changements démographiques sur les besoins en ressources humaines. La planification est largement basée sur la taille et la composition démographique de la population, appliquées à de simples ratios population/fournisseur de soins ou population/utilisation des soins. Dans cette étude, nous proposons un cadre d'analyse plus large basé sur la production de services de soins de santé et sur les multiples facteurs qui déterminent les besoins en ressources humaines. Nous posons comme hypothèse que les besoins dépendent de quatre facteurs distincts : la démographie, l'épidémiologie, les standards de soins et le niveau de productivité des fournisseurs de soins. Pour illustrer notre propos, nous appliquons le cadre théorique à des scénarios hypothétiques concernant l'ensemble de la population des provinces atlantiques canadiennes.

34233

ARTICLE

KEEFE (J.), LEGARE (J.), CARRIERE (Y.)

***Developing new strategies to support future caregivers of older Canadians with disabilities : projections of need and their policy implications.***

*Développement de nouvelles stratégies de soutien aux futurs aidants des Canadiens âgés souffrant d'incapacités : projections des besoins et conséquences politiques.*

CANADIAN PUBLIC POLICY - ANALYSE DE POLITIQUES

2007 ; vol. XXXIII : suppl. 1 : S65-S80

Cote Irdes : B5852

Dans cet article, grâce à des projections, nous évaluons la croissance annuelle au Canada, de 2001 à 2031, du soutien structuré et bénévole dont auront besoin les personnes âgées vivant avec des incapacités. Nous y analysons également les implications, sur le plan des politiques publiques, du besoin croissant d'aidants naturels. Basées sur le modèle de microsimulation LifePaths, de Statistique Canada, ces projections intègrent les taux d'incapacité et la disponibilité potentielle d'aidants naturels à l'intérieur des familles. Nous en concluons que continuer à trop compter sur les familles pour répondre aux besoins des personnes âgées ne constitue pas une approche durable. Enfin, nous proposons la mise en place de politiques publiques pour offrir du soutien financier et du répit aux aidants naturels, et nous évaluons la faisabilité économique de ces politiques.

34234

ARTICLE

ZEYTIKOGU (I.), DENTON (M.), DAVIES (S.), BAUMANN (F.), BLYTHE (J.), BOOS (L.)

***Deteriorated external work environment, heavy workload and nurses' job satisfaction and turnover intention.***

*Détérioration de l'environnement de travail externe, lourdeur des charges de travail, satisfaction du personnel infirmier à l'égard du travail et intentions des travailleurs face à un changement possible d'emploi.*

CANADIAN PUBLIC POLICY - ANALYSE DE POLITIQUES

2007 ; vol. XXXIII : suppl. 1 : S31-S47, tabl.

Cote Irdes : B5854

Les divers projets de réforme du système de santé au Canada depuis les années 1990 ont profondément modifié les milieux de travail et les attitudes des travailleurs dans le domaine

de la santé. Dans cet article, nous examinons les liens entre, d'une part, la lourdeur des charges de travail et la satisfaction du personnel infirmier à l'égard du travail, et, d'autre part, les intentions des travailleurs face à un changement possible d'emploi. Les données étudiées proviennent d'une enquête réalisée en 2002 et à laquelle ont répondu 1396 infirmières et infirmiers de trois hôpitaux d'enseignement du sud de l'Ontario. Nous avons d'abord analysé les données globalement ; ensuite, nous avons étudié de façon séparée celles qui concernent le personnel à plein temps, à temps partiel et occasionnel. Par environnement externe, nous entendons les perceptions qu'ont les infirmières et les infirmiers des décisions importantes prises à l'extérieur de l'hôpital, les ressources limitées et les réductions de budgets. Les résultats indiquent que, quand les travailleurs considèrent que l'environnement externe se détériore et que les charges de travail sont élevées, ils éprouvent aussi une faible satisfaction à l'égard du travail. Cette faible satisfaction et les lourdes charges de travail, à leur tour, sont associées à des intentions de changer d'emploi. Pourtant, quand les infirmières et les infirmiers perçoivent une détérioration de l'environnement externe, ils sont plus enclins à rester. Par ailleurs, les effets de la détérioration de l'environnement externe et de la lourdeur des charges de travail sur les intentions de changer d'emploi varient selon qu'il s'agit de travailleurs à plein temps, à temps partiel ou occasionnels. Nous suggérons donc aux décideurs et aux gestionnaires de tenir compte de l'impact de la détérioration de l'environnement externe de travail et des lourdes charges de travail quand ils conçoivent des stratégies pour améliorer la satisfaction des employés à l'égard du travail et pour retenir le personnel. Et, plus important encore, ils devraient considérer les impacts différents de ces facteurs selon les conventions collectives quand ils mettent en place des politiques en ressources humaines pour améliorer la satisfaction au travail et la rétention du personnel.

34235

ARTICLE

JEONG (S.E.), HURLEY (J.)

***The relationship between physician hours of work, service volume and service intensity.***

*Liens entre nombre d'heures de travail des médecins, volume de service et intensité du service.*

CANADIAN PUBLIC POLICY - ANALYSE DE POLITIQUES

2007 ; vol. XXXIII : suppl. 1 : S31-S47, tabl.  
Cote Irdes : B5855

Avoir accès aux soins d'un médecin est de plus en plus difficile au Canada, et ce, alors que le temps de travail des médecins s'est beaucoup modifié. Au cours de cette étude, nous avons examiné le lien entre, d'une part, le nombre d'heures que les médecins consacrent directement à des patients et, d'autre part, la disponibilité des médecins. Pour cela, nous avons eu recours aux données individuelles d'un échantillon aléatoire de médecins familiaux et généralistes de l'Ontario. Les résultats empiriques révèlent que, parmi les médecins, la variation de la facturation totale est régie par la variation de la facturation des médecins par heure plutôt que par la variation de leurs heures de travail. On observe également une corrélation négative entre la facturation moyenne par heure et le nombre moyen d'heures de soins consacrées aux patients. Cette constante est démontrée par des analyses de sous-groupes définis selon les critères suivants : le sexe des médecins, le lieu de pratique, le type de pratique et le nombre d'années écoulées depuis l'obtention du diplôme.

## ► Espagne

35881

ARTICLE

ANTONANZAS (F.), OLIVA (J.), PINNELLOS (M.), JUAREZ (C.)

***Economic aspects of the new spanish laws on pharmaceutical preparations.***

*Aspects économiques de la nouvelle loi espagnole concernant les préparations pharmaceutiques.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2007/09 ; vol. 8 : n° 3 : 297-300

Cote Irdes : P151

In this article, we provide readers with a summary of the main economic features of the recently approved Spanish law regarding pharmaceutical preparations entitled the Law of Guarantees and Rational Use of Pharmaceuticals and Health Products (Law 29/2006 of July 26th). We review information on pricing, reference pricing, promotion of generic drugs, public reimbursement, patients' contributions, and penalties. Other aspects of minor economic relevance such as the information on prices shown in the packs and the transparency on the results of clinical trials irrespective of whether these are positive or not, are not ad-

dressed in this paper. We conclude with some observations on the new horizons opened up by this new legal framework. We have not included any detailed references to the new law; we merely wish to comment on certain aspects of its application.

## ► États-Unis

ARTICLE  
SOLHEIM (K.), McELMURRY (B.)

### **Multidisciplinary teamwork in US primary health care.**

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE  
2007/08 : vol. 65 : n° 3 : 622-634  
Cote Irdes : P103

Primary health care (PHC) is a systems perspective for examining the provision of essential health care for all. A multidisciplinary collaborative approach to health care delivery is associated with effective delivery and care providers' enrichment. Yet data regarding multidisciplinary practice within PHC are limited. The purpose of this exploratory qualitative descriptive study was to better understand team-based PHC practice in the US. Aims included (a) describing nursing faculty involvement in PHC, (b) analyzing ways that multidisciplinary work was enacted, and (c) recommending strategies for multidisciplinary PHC practice. After institutional review board (IRB) protocol approval, data collection occurred by: (a) surveying faculty/staff in a Midwestern nursing college (N=94) about their PHC practice, and (b) interviewing a purposive sample of nursing faculty/staff identified with PHC (n=10) and their health professional collaborators (n=10). Survey results (28 % return rate) were summarized, interview notes were transcribed, and a systematic process of content analysis applied. Study findings show team practice is valued because health issues are complex, requiring different types of expertise; and because teams foster comprehensive care and improved resource use. Mission, membership attributes, and leadership influence teamwork. Though PHC is not a common term, nurses and their collaborators readily associated their practice with a PHC ethos. PHC practice requires understanding community complexity and engaging with community, family, and individual viewpoints. Though supports exist for PHC in the US, participants identified discord between their view of population needs and the health care system. The following interpretations arise from this study: PHC does not explicitly frame health care activity in the US, though some practitioners are committed to its

ethics; and, teamwork within PHC is associated with better health care and rewarding professional experience. Nurses integrate PHC in multiple roles and are experts at aspects of PHC teamwork.

34287

ARTICLE  
DAVIS (K.)

### **Uninsured in America : problems and possible solutions.**

*Population non assurée aux États-Unis : problèmes et solutions possibles.*

BMJ : BRITISH MEDICAL JOURNAL  
2007 ; vol. 334 : n° : 346-348, tabl.  
Cote Irdes : Dossier presse Géographie :  
Etats-Unis

<http://www.bmj.com/cgi/reprint/334/7589/346>

The United States is the only major industrialised nation without universal health insurance, and coverage has deteriorated in the past six years. The consequences are increasingly well known: inequities in access to care, avoidable mortality and poor quality care, financial burdens on people who are uninsured or underinsured, and lost economic productivity. The US spends twice as much on health care as the median industrialised nation but does not systematically achieve the best quality care. What are the prospects for reform ?

34591

ARTICLE  
DIONNE (M.-G.)

### **The United States health workforce profile. Excerpts.**

*Le profil des professions de santé aux États-Unis. Extraits.*

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES  
2006/04-06 ; vol. 46 : n° 2 : 221-252, stat., graph., carte, tabl., rés.  
Cote Irdes : P14

En 2004, sur les 145 millions de personnes en activité aux États-Unis, près de 13 millions sont des professionnels de santé : les 2/3 d'entre eux travaillent dans le cadre de l'organisation des soins et le tiers restant en dehors du domaine de santé au sens strict. Par ailleurs, les structures de santé emploient plus de 4 millions de non-professionnels de santé. Au total, ces structures font appel aux compétences de près d'un actif américain sur 10. En un contexte de raréfaction croissante

de personnel soignant, le Profil a été conçu afin de permettre aux divers États de l'Union, et plus généralement aux collectivités locales, de mieux identifier les zones, les spécialités ou les métiers qui sont ou seront les plus affectés. Ils pourront ainsi mettre en oeuvre à temps des politiques adéquates (Résumé d'auteur).

34590

ARTICLE

MAC GINNIS (S.-L.), MOORE (J.)

***The impact of the aging population on the health workforce in the United States. Summary of key findings.***

*L'impact du vieillissement démographique sur les personnels soignants aux États-Unis. Résumé des conclusions principales.*

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES

2006/04-06 ; vol. 46 : n° 2 : 193-220, tabl., stat., rés.

Cote Irdes : P14

Cet article présente les grandes lignes d'un rapport du New York Center for Health Workforce Studies. Le nombre d'américains âgés de 65 ans et plus, de 35 millions en 2000, vont s'accroître de 138 % en un demi-siècle. Cependant, les personnes très âgées (de 85 ans et plus) vont accuser une augmentation de 377 %, soit presque un quadruplement en 50 ans. La composition du 3ème âge va aussi se modifier profondément ethniquement. Le pays aura donc besoin de ressources humaines soignantes différentes pour faire face à l'évolution ethnique et linguistique des patients âgés, avec des formations spécifiques. De plus, compte tenu de l'évolution dans le système de santé, la demande marquera des rythmes de croissance différents selon le cadre de la dispense des soins. Les prévisions 2000-2010 sont fondées sur l'hypothèse d'une plus grande autonomie des seniors dans l'avenir. La demande en personnel soignant induite par l'explosion du 3ème âge pourra-t-elle néanmoins être satisfaite par l'offre ? Rien n'est moins sûr. Par delà la pénurie du nombre, il y a et il y aura une pénurie de la qualité : actuellement, la formation en gériatrie fait défaut dans quasiment toutes les professions et il est urgent de combler la lacune (Extrait du résumé d'auteur).

35375

ARTICLE

MORIN (S.), MORIN (A.), FONTENEAU (R.)

***Évolution des systèmes américains d'assurance santé. Première partie : Origine, répartition et utilisation des ressources.***

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2007/01 ; vol. 25 : n° 1 : 49-69, fig., tabl., rés.

Cote Irdes : P85

Le système américain d'assurance maladie est caractérisé par une grande complexité dont les principales facettes sont exposées dans une présentation en deux parties distinctes. Le premier volet s'intéresse à l'origine, la répartition et l'utilisation des ressources dans les secteurs de l'hôpital et des soins ambulatoires. Il fournit ainsi un éclairage sur l'environnement et les circuits de financement et d'organisation du système de soins. Le second volet aborde les diverses modalités de couverture des assurés et analyse les principales évolutions et réformes engagées. Les principales différences entre les systèmes français et américain sont pointées et mises en perspective : obligatoire, centralisé et faiblement compétitif en France, non obligatoire, avec un niveau relativement modeste de régulation directe par les pouvoirs publics et un fort degré de compétition tant entre assureurs qu'entre prestataires et offreurs de soins aux États-Unis. Au total, il s'agit d'un système fragmenté, volatil et inégalitaire, aujourd'hui en cours d'évolution visant à corriger les principaux excès liés à sa nature de marché compétitif (Résumé d'auteur).

35659

ARTICLE

MORIN (S.), MORIN (A.), FONTENEAU (R.)

***Évolution des systèmes américains d'assurance santé. Seconde partie : modalités de couverture et principales évolutions.***

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2007/03 ; vol. 25 : n° 2 : 107-127, tabl., rés.

Cote Irdes : P85

Le système américain d'assurance maladie est caractérisé par une grande complexité dont les principales facettes sont exposées dans une présentation en deux parties distinctes. Le premier volet s'intéresse à l'origine, la répartition et l'utilisation des ressources dans les secteurs de l'hôpital et des soins ambulatoires. Il fournit ainsi un éclairage sur l'environnement et les circuits de financement et d'organisation du système de soins. Le second volet aborde les diverses modalités de couverture des assurés et analyse les principales évolutions et

réformes engagées. Elle s'interroge aussi sur les raisons susceptibles d'expliquer les écarts importants existant entre les États-Unis et les autres pays industrialisés sur deux aspects : d'une part, l'augmentation des dépenses globales de santé, en dépit du managed care qui prévaut Outre-Atlantique, et d'autre part, le coût moyen per capita américain, double de celui de la France. Les principales différences entre les systèmes français et américain sont ainsi pointées et mises en perspective : obligatoire, centralisé et faiblement compétitif en France, non obligatoire, avec un niveau relativement modeste de régulation directe par les pouvoirs publics et un fort degré de compétition tant entre assureurs qu'entre prestataires et offreurs de soins aux États-Unis. Au total, il s'agit d'un système fragmenté, volatile et inégalitaire, aujourd'hui en cours d'évolution visant à corriger les principaux excès liés à sa nature de marché compétitif. La recherche de la qualité/efficacité des soins au moindre coût a toujours joué un rôle primordial aux États-Unis. Elle s'accompagne désormais d'un souci d'amélioration dynamique et permanente de la qualité des soins (Résumé d'auteur).

## ► Royaume-Uni

34449

ARTICLE  
SLAMA (A.)

***Le nouveau NHS. Service public de santé britannique.***

GESTIONS HOSPITALIERES  
2006/10 ; n° 459 : 542-545  
Cote Irdes : P67

Avec ses 1,3 million de salariés et ses listes d'attente, le National Health Service est parfois perçu comme un système bureaucratique peu coûteux mais inefficace dont la survivance dans une Angleterre libérale surprend. Cette vision sommaire du NHS ignore deux faits majeurs : l'attachement des Britanniques à leur service public de santé et l'ampleur des réformes initiées depuis 1997 par le gouvernement de Tony Blair. Bien que reposant initialement sur des philosophies différentes, les systèmes de santé français et britannique convergent depuis dix ans suite à un enchaînement de réformes. A l'heure où le gouvernement prépare l'Hôpital 2012, la réforme du NHS peut apparaître comme un modèle de maîtrise médicalisée des dépenses de santé par l'organisation du parcours de soins et la redéfinition des rôles des professionnels de santé.

## ► Russie

35293

ARTICLE  
CLEMENT (M.)

***Un essai d'évaluation de l'incidence des transferts publics sur les dynamiques de pauvreté : le cas de la Russie.***

REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE SOCIALE (AISS)  
2007/01-03 ; vol. 60 : n° 1 : 67-90  
Cote Irdes : P55

L'objet de cet article est de proposer une analyse d'incidence dynamique appliquée au système de transferts russe, qui repose sur la comparaison d'un indicateur de bien-être pré-intervention publique au bien-être post-intervention. Dans un premier temps, nous estimons l'impact des transferts publics sur les formes de pauvreté et montrons que si le système participe à la réduction de la pauvreté chronique et transitoire, les mouvements entre catégories sont très limités. Dans un second temps, nous évaluons la capacité du système à protéger les ménages pauvres contre un risque d'entrée dans la pauvreté (protection) et à aider les ménages pauvres à sortir de la pauvreté (promotion). Plusieurs investigations indiquent que le système de transferts russe semble adapté pour protéger les ménages, mais se révèle incapable de répondre à l'objectif de promotion. En d'autres termes, sous la forme actuelle, il ne peut prétendre être un instrument efficace de lutte contre la pauvreté de longue durée.

## ► Suède

ARTICLE  
HJELMGREN (J.), ANELL (A.)

***Population preferences and choice of primary care models : discrete choice experiment in Sweden.***

HEALTH POLICY  
2007/10 : vol. 83 : n° 2\*3 : 314 – 322  
Cote Irdes : P92

Objective: To examine which attributes are important when individuals choose between primary care models. In particular, we studied whether individuals that were given a choice preferred individual family physicians (GP) or a primary care team consisting of physicians and nurses (PCT).

Method: A questionnaire survey, designed as a discrete choice experiment, was sent to 1600 individuals in Sweden. In the ques-

tionnaire, different primary care models were constructed on the basis of five attributes: GP versus primary care team, waiting time for non-emergency visits, user charges, ability to choose provider, and degree of influence over the care received. Individual preferences and willingness to pay for attributes were regressed against such characteristics as age, gender, education, and health status (as measured by EQ-5D).

Results: The response rate was 58 %. Waiting time, user charges, ability to choose provider, and degree of influence over the care received were each statistically significant discriminants ( $p < 0.001$ ). Willingness to pay per visit was 224 SEK for great compared to limited degree of influence over the care received, 164 SEK for ability to choose a provider and 111 SEK for each 1 day reduction in waiting time for non-emergency visits. Subgroup analysis showed that older individuals and individuals in poor health preferred the option to register with a GP whereas working individuals and individuals living at a greater distance from a hospital preferred the option to register with a primary care team.

34859

ARTICLE

CARLSEN (F.), GRYTTE (J.), KJELVIK (J.), SKAU (I.)

**Better primary physician services lead to fewer hospital admissions.**

*De meilleurs services de soins primaires entraînent un faible taux d'admissions à l'hôpital.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2007/03 ; vol. 8 : n° 1 : 17-24, 6 tabl.

Cote Irdes : P151

The aim of the study was to examine whether improved quality of primary physician services, measured by patient satisfaction, leads to fewer admissions to somatic hospitals. We studied differences in hospital admissions at the municipality level in Norway. In addition to the standard explanatory variables for use of hospitals-gender, age, socio-economic status and travelling distance to the nearest hospital-we also included a measure of patient satisfaction with primary physician services in the municipality. Data on patient satisfaction was obtained from an extensive questionnaire survey of 63,798 respondents. We found a statistically significant negative relationship between patient satisfaction and the number of hospital admissions. This conclusion was robust with regard to the empirical specification, and the effect was large.

34860

ARTICLE

ANDREN (D.)

**Long-term absenteeism due to sickness in Sweden : How long does it take and what happens after ?**

*Les arrêts maladie de longue durée pour raison médicale en Suède : quels sont leurs durées et que se passe-t-il ensuite ?*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2007/03 ; vol. 8 : n° 1 : 41-50, 5 tabl., 2 fig., 23 réf.

Cote Irdes : P151

In this paper, we analyze exits from long-term sickness spells in Sweden. Using data for more than 2,500 people, the aim is to analyze the transition to different states: return to work, full disability pension, partial disability pension, and other exits from the labor force. Given the complexity of the exit decision, which encompasses both the individual's choice, the medical evaluation and the decision of the insurance adjudicator, we consider the outcome as being the result of two aspects of the exit process: one that governs the duration of a spell prior to the decision to exit, and another that governs the type of exit. Therefore, the analysis is done in two steps: first, we analyze the duration of the sickness spells, and then we analyze the process that governs the type of exit. The results indicate that both individual characteristics and push factors, such as regional unemployment, are important for both components of the decision process.

## ► Union européenne

33771

ARTICLE

BROWN (L.D.)

**Remèdes, financement public et insatisfaction politique. La réforme de la politique de santé en Europe vue par un chercheur américain.**

*Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe.*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2006/04-09 ; vol. : n° 2-3 : 313-329

Cote Irdes : C, P59

Dans les pays occidentaux, la réforme du système de santé est devenue une quête incessante qui met en concurrence une multitude de stratégies visant à ce que le système

fonctionne mieux. Bien que des chercheurs et analystes spécialistes de la politique de santé centrent leur attention sur les solutions destinées à améliorer le fonctionnement des systèmes de soins (médecine basée sur des faits, technologies de l'information par exemple) ou à le transformer (définition de priorités, concurrence régulée), dans la pratique, les réformes qui continuent d'occuper le devant de la scène sont celles qui ont vocation d'assurer la viabilité financière du système de santé en trouvant des recettes supplémentaires. C'est finalement à une discipline traditionnelle, en l'occurrence la finance publique, qu'il faut redonner une place dans les débats sur la réforme de la santé (Résumé d'auteur).

34872

ARTICLE  
RUSESKE (J.E.)

**Analysis of healthcare financing, supply and utilisation trends in the new EU countries.**

*Analyse du financement, de l'offre de soins et des tendances en matière d'utilisation des services de santé dans les nouveaux pays de l'Union européenne.*

APPLIED HEALTH ECONOMICS AND  
HEALTH POLICY  
2006 ; vol.5 : n°4 : 215-234, tabl.  
P181

The EU expanded in 2004 to include eight transition countries, i.e. Central and Eastern European (CEE) and newly independent states of the former Soviet Union, and two other CEE countries are scheduled to join the EU in 2007. Each of these countries has undertaken substantial healthcare reform efforts over the past 15 years. The paths of healthcare reform are diverse for a number of reasons including differences in initial economic, political and structural conditions. The objective of this article is to evaluate the process and preliminary outcomes of healthcare reform in the new EU and candidate countries by analysing trends in aggregate financing, supply and utilisation indicators using data drawn from the WHO Health for All database. The analysis is done in the context of an analytical framework built around common healthcare reform themes. The key reform measures examined include implementing social insurance systems, implementing payment systems that promote efficiency, and removal of excess capacity. The trend analysis highlights the importance of the economic, political and social context in driving the direction and pace of healthcare reform. For example, the transition to social insurance systems was smoother in countries

with stronger economies and political commitment to reform. Policies aimed at improving the efficiency of the healthcare system, reducing utilisation and reducing excess capacity were met with some success in all of the countries. However, the reform effort continues as the countries are still addressing the initial challenges of insufficient funding, informal payments, excess capacity and inefficiencies in the provision of healthcare.

35243

ARTICLE  
ETTELT (S.), NOLTE (E.), THOMSON (S.),  
MAYS (N.)

**Capacity planning in health care : reviewing the international experience.**

*La capacité à planifier en santé : passage en revue des expériences internationales.*

EURO OBSERVER - NEWSLETTER OF  
THE EUROPEAN OBSERVATORY ON  
HEALTH SYSTEMS AND POLICIES  
2007 ; vol. 9 : n° 1 : 1-5  
Cote Irdes : Bulletin étranger

Health systems in most high-income countries aim to provide a comprehensive range of health services to the entire population and to ensure standards of quality, equity and responsiveness. Although approaches vary widely, responsibility for developing the overall framework for financing and organizing health care usually lies with the central government, while governance of the health system is often shared by central and regional authorities. We review here approaches to capacity planning, a crucial component of health care governance by concentrating on a selection of countries – Canada, Denmark, England, Finland, France, Germany, Italy, the Netherlands and New Zealand – chosen to represent the diversity in health care financing and organization since both these factors may be expected to impact on approaches to capacity planning.

## Évaluation économique

34876

ARTICLE

LAHATTE (A.), LASSARRE (S.), ROZAN (A.)

***Évaluation économique des conséquences d'un accident de la route non mortel.***

REVUE D'ECONOMIE POLITIQUE  
2007/03-04 ; vol. : n° 2 : 225-242, tabl.  
Cote Irdes : P42

Cet article présente les résultats de la première évaluation des conséquences d'un accident de la route non mortel en France. Par la méthode d'évaluation contingente, dans l'enquête MARC, des répondants révèlent leur consentement à payer (CAP) pour éviter un des 5 scénarii accidentels proposés. Le questionnaire informatisé est administré en face à face à un échantillon représentatif de jeunes conducteurs français âgés de 18 à 25 ans. On observe une relation croissante entre niveau de consentement à payer et gravité des conséquences et une corrélation positive entre le CAP et le revenu. Le sexe et les facteurs liés aux habitudes de conduite des individus n'affectent pas le CAP (Résumé d'auteur).

## Évaluation des pratiques professionnelles

34805

ARTICLE

VIGNALLY (P.), GENTILE (S.), BONGIOVANNI (I.), et al.

***Évaluation des pratiques professionnelles du médecin : historique de la démarche en France.***

SANTE PUBLIQUE  
2007/01-02 ; vol. 19 : n° 1 : 81-86  
Cote Irdes : P143

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est au centre des nouvelles orientations des politiques de santé en France. Cette évaluation fait partie intégrante des démarches visant à augmenter l'efficacité et la qualité du système de santé en responsabilisant les différents acteurs. Son objectif est d'entraîner le médecin à réfléchir sur ses pratiques, notamment en l'incitant à entrer dans une démarche continue d'amélioration. Contrairement aux précédentes démarches sur le sujet, l'EPP est généralisée à l'ensemble du corps médical (obligation légale). Ses modalités sont fixées

par décret mais ce texte laisse un libre choix quant à la méthode employée. Le but est d'accompagner le médecin dans l'amélioration de sa pratique par le biais d'une évaluation ponctuelle (quinquennale) et d'une démarche continue.

35987

ARTICLE

DE GAILLANDE (L.), REGLAT (J.-P.)

***Évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Sensibilisation de la direction et de la CME.***

*Sur la route de la qualité.*

GESTIONS HOSPITALIERES  
2007/03 ; n° 464 : 200-208  
Cote Irdes : C, P67

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) a pour but l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Les auteurs présentent ici une synthèse de la sensibilisation de la direction et de la commission médicale des établissements de santé publics à la mise en oeuvre de cette démarche.

## Médicaments

35872

ARTICLE

GRAF VON DER SCHULENBURG (J.M.), VAUTH (C.), MITTENDORF (T.), GREINER (W.)

***Methods for determining cost-benefit ratios for pharmaceuticals in Germany.***

*Méthodes de détermination de ratios coût-bénéfice des médicaments en Allemagne.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)  
2007/09 ; vol. 8 : n° suppl. 1 : S3-S31, fig.  
Cote Irdes : P151

The aim of this methodological paper is to summarize evidence on how to implement cost-benefit assessment according to the new German legislative framework (Competition Enhancement Act). Given the complexity of existing health policy frameworks within industrialised countries in adapting health economics in their respective regulatory scheme, no clear international scientific consensus on which health economic methods should be chosen for assessment can be determined. Nevertheless, a broad consensus on the internal properties of methods itself can be found.

Based on these common international standards in methodology, this work provides a minimum catalogue of methods and criteria that meet legal and local German requirements with regard to specific factors of its health care system. Aside from categorising clearly defined standards (e.g., study forms, cost and benefit categories) the suggested catalogue specifies some intensively debated areas in Germany (e.g., the QALY, modelling, the perspective used in the assessment). After the proposition of certain methods the paper leads to a first recommendation of a detailed assessment-process itself specific for the German way in implementing cost-benefit ratios within regulatory decision making in Germany.

## D Performance

35921

ARTICLE

GODICHAL (M.), GUISET (A.-L.), HUT (F.), LEDUC (D.), WITTMANN (V.)

**Recommandation d'indicateurs pour la gestion de quartier opératoire. Le projet Path de l'OMS.**

*GISEH 2006 (Gestion et ingénierie des systèmes hospitaliers).*

GESTIONS HOSPITALIERES

2007/04 ; vol. : n° 465 : 255-260, graph., tabl.

Cote Irdes : C, P67

Est présentée ici la réflexion menée par un groupe de travail multi hospitalier belge dans le cadre du projet international Path (Performance Assessment Tool for quality improvement in Hospitals). L'objectif est d'offrir aux hôpitaux participants une évaluation de leur performance et une analyse de leurs résultats, suivies de la traduction de ceux-ci en actions d'amélioration. Le quartier opératoire s'inscrit dans la dimension « efficacité » du modèle de mesure de la performance hospitalière de l'Organisation mondiale de la santé. Le groupe de travail s'est attelé à la construction d'un ensemble d'indicateurs articulé autour de trois objectifs considérés : offrir des processus efficaces de prise en charge du patient, optimiser l'activité du quartier opératoire, garantir des ressources humaines de qualité.

35983

ARTICLE

ROBERT (D.)

**Évaluer l'activité en psychiatrie : un essai de typologie des parcours de soins.**

SANTE PUBLIQUE

2007/05-06 ; : n° 3 : 203-215, tabl., graph.

Cote Irdes : C, P143

Évaluer l'activité psychiatrique sectorisée est un enjeu contemporain, mais rendu complexe par la diversité des pathologies et des organisations structurelles de soins. Un recueil de données existe depuis plus de 15 ans, insuffisamment exploité. Le Département d'Information Médicale a tenté une analyse typologique des trajectoires de soins des patients. Cette analyse montre que les éléments de prédictibilité de la charge en soins ne tiennent pas tant à la pathologie qu'à l'organisation des services qui la prennent en charge.

## MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

### D Demande de santé

35876

ARTICLE

PEACOCK (S.), RICHARDSON (J.R.J.)

**Supplier-induced demand : re-examining identification and misspecification in cross-sectional analysis.**

*Demande induite par l'offre : réexamen de l'identification et d'une mauvaise spécification dans l'analyse transversale.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2007/09 ; vol. 8 : n° 3 : 267-277, tabl., fig.

Cote Irdes : P151

This paper re-examines criticisms of cross-sectional methods used to test for supplier-induced demand (SID) and re-evaluates the empirical evidence using data from Australian medical services. Cross-sectional studies of SID have been criticised on two grounds. First, and most important, the inclusion of the doctor supply in the demand equation leads to an identification problem. This criticism is shown to be invalid, as the doctor supply variable is stochastic and depends upon a variety of other variables including the desirability of the location. Second, cross-sectional studies of SID fail diagnostic tests and produce arte-

factual findings due to model misspecification. Contrary to this, the re-evaluation of cross-sectional Australian data indicate that demand equations that do not include the doctor supply are misspecified. Empirical evidence from the re-evaluation of Australian medical services data supports the notion of SID. Demand and supply equations are well specified and have very good explanatory power. The demand equation is identified and the desirability of a location is an important predictor of the doctor supply. Results show an average price elasticity of demand of 0.22 and an average elasticity of demand with respect to the doctor supply of 0.46, with the impact of SID becoming stronger as the doctor supply rises. The conclusion we draw from this paper is that two of the main criticisms of the empirical evidence supporting the SID hypothesis have been inappropriately levelled at the methods used. More importantly, SID provides a satisfactory, and robust, explanation of the empirical data on the demand for medical services in Australia.

## ► Enquêtes santé

35935

ARTICLE  
BADEYAN (G.)

### ***Le système européen d'enquêtes santé par interview se met en place.***

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2007/03 ; n° 58 : 9-11, tabl.

Cote Irdes : C, P49

Un cadre général pour les enquêtes santé par interview se met en place au niveau de l'Union européenne sous forme de modules. Ceux-ci peuvent être regroupés dans une enquête nationale ad hoc, mais aussi être introduits dans des enquêtes nationales existantes. Pour les enquêtes santé par interview, les premiers travaux en ce sens ont été conduits par le Bureau régional pour l'Europe de l'OMS dans les années quatre-vingt et ils ont abouti à la publication de recommandations sur une série de thèmes. La France a approuvé ce projet dès sa présentation et s'est fortement impliquée dans les groupes techniques de préparation. Le besoin d'analyse comparée avec les pays européens de même niveau de développement pour l'appréciation de la situation française et la définition des politiques de santé publique est en effet désormais totalement reconnu et intégré dans les pratiques, comme cela a été le cas dans la loi de santé publique de 2004 pour

la détermination des objectifs ainsi que pour le travail concret d'élaboration des indicateurs de suivi. S'inscrire dans le schéma européen fournit aussi l'opportunité de faire évoluer le système français, qui n'était plus adapté, en particulier dans son rythme décennal.

## ► Listes d'attente

ARTICLE

SICILIANI (L.), MARTIN (S.)

### ***An empirical analysis of the impact of choice on waiting times.***

HEALTH ECONOMICS

2007/08 : vol. 16 : n° 8 : 763 – 779

Cote Irdes : P173

Policy-makers often claim that enhancing patient choice induces more competition among hospitals and may therefore reduce waiting times. This paper tests this claim using 120 English NHS hospitals over the period 1999–2001. Several proxies for the degree of choice (or competition) are constructed including: (a) the number of hospitals within the catchment area of each hospital; (b) the number of hospitals in the catchment area of each hospital standardised by the population of the catchment area; (c) the inverse of the Herfindahl index (or 'the number of effective competitors'). Several control variables are included: the availability of doctors, junior doctors, nurses, and other personnel; the availability of acute beds; the emergency admission rate; the day-case rate; the average length of inpatient stay; an indicator of case-mix; and mortality and re-admission rates. We find that more choice is significantly associated with lower waiting times at the sample mean (five hospitals) although the quantitative effect is modest: an extra hospital in a catchment area will only reduce waiting by at most a few days (or 1–2 % reduction in waiting). There is also some evidence that increases in choice can boost waiting times when the degree of choice is very high (i.e. more than 11 hospitals are included in the catchment area).

ARTICLE

RISA HOLE (A.)

### ***A comparison of approaches to estimating confidence intervals for willingness to pay measures.***

HEALTH ECONOMICS

2007/08 : vol. 16 : n° 8 : 827 - 840

Cote Irdes : P173

This paper describes four approaches to estimating confidence intervals for willingness to pay measures: the delta, Fieller, Krinsky Robb and bootstrap methods. The accuracy of the various methods is compared using a number of simulated datasets. In the majority of the scenarios considered all four methods are found to be reasonably accurate as well as yielding similar results. The delta method is the most accurate when the data is well-conditioned, while the bootstrap is more robust to noisy data and misspecification of the model. These conclusions are illustrated by empirical data from a study of willingness to pay for a reduction in waiting time for a general practitioner appointment in which all the methods produce fairly similar confidence intervals.

## ► Méthode des choix discrets

35346

ARTICLE  
BERCHI (C.), LAUNOY (G.)

**Principe, intérêts et limites de la méthode des choix discrets pour la révélation des préférences en santé.**

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE  
2007/04 ; vol. 55 : n° 2 : 133-139  
Cote Irdes : P11

Le patient joue un rôle de plus en plus grand dans le processus de décision médicale. Aussi, les méthodes de révélation des préférences des agents constituent désormais un outil essentiel d'aide à la décision publique. La méthode des choix discrets est la technique de révélation des préférences la plus récemment appliquée à la santé. L'objet de cet article était d'exposer le principe, les avantages et les limites de cette méthode. Très utilisée dans les pays anglo-saxons, la méthode des choix discrets s'avère présenter de nombreux avantages par rapport aux techniques traditionnelles, dont les principaux sont la possibilité d'estimer des utilités marginales, l'obtention d'un meilleur taux de réponse et l'assurance de recueillir une plus grande richesse d'information. Ces qualités devraient encourager le développement de travaux fondés sur l'utilisation des choix discrets en France (Résumé d'auteur).

## ► Méthode épidémiologique

35666

ARTICLE  
TROMBERT-PAVIOT (B.), COURIS (C.M.),  
COURAY TARGE (S.), RODRIGUES (J.M.),  
COLIN (C.), SCHOTT (A.M.)

**Qualité et utilité d'un identifiant patient anonyme et unique pour le chaînage des séjours hospitaliers dans les bases de données médicoéconomiques françaises.**

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE  
2007/06 ; vol. 55 : n° 3 : 203-211, rés., tabl., fig.  
Cote Irdes : P11

Depuis 2001, un identifiant anonyme du patient, l'identifiant « FOIN » a été ajouté dans les données médicotarifantes françaises pour « chaîner » les hospitalisations se rapportant à un même patient. Il est créé par hachage-cryptage de trois traits d'identification : numéro d'assuré social, date de naissance et sexe. Avant de l'utiliser dans un objectif de financement, d'épidémiologie ou de coordination des soins, sa capacité de « chaînage » doit être évaluée.

Méthodes : Les anomalies de chaînage signalées dans les données de la région Rhône-Alpes en 2002 ont été décrites. Pour les CHU de Lyon et de Saint-Étienne, les doublons (au moins deux identifiants pour un patient) et les collisions (un même identifiant pour au moins deux patients) ont été recherchés sur l'identifiant Foin par comparaison à d'autres identifiants : l'état civil et un identifiant anonyme obtenu par le logiciel Anonymat (R) à partir du nom, prénom et date de naissance. Enfin, les anomalies de chaînage ont été croisées avec les erreurs de « doublonnage » ou de collision de l'identifiant Foin.

Résultats : Parmi les 1 668 971 hospitalisations des données régionales, 206 710 (12,4 %) comportent au moins une anomalie de chaînage avec Foin. L'absence des trois traits d'identification nécessaires à Foin est l'anomalie majoritaire (93 026 séjours soit 5,5 %). Les taux les plus élevés concernent les séjours de nouveau-nés (38,5 %) et ceux des établissements publics (17,3 %). Foin a provoqué peu d'erreurs de doublonnage : 1,2 % parmi les 137 236 patients du CHU de Lyon et 0,3 % parmi les 39 512 patients du CHU de Saint-Étienne. Mais 7776 (5,7 %) patients de Lyon et 460 (1,2 %) de Saint-Étienne participent à des collisions. L'identifiant Anonymat a chaîné sans doublon et sans collision 99,6 % des patients des deux hôpitaux. La majorité des séjours sans anomalie de chaînage n'a

pas d'erreur sur Foin (plus de 99 % de chaînages corrects) alors que parmi les séjours avec anomalies, il y a pratiquement autant de séjours avec et sans erreur. La qualité du chaînage avec l'identifiant Foin n'est pas suffisante sauf pour certains départements et certaines pathologies. L'amélioration du chaînage des données de santé peut s'orienter dans plusieurs voies (Résumé d'auteur).

## ► Risque moral

ARTICLE  
GEYMAN (J.P.)

***Moral hazard and consumer-driven health-care : a fundamentally flawed concept.***

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES

2007/04 : vol. 37 : n° 2 : 333 – 351

Cote Irdes : P35

For more than 30 years, most health care economists in the United States have accepted a conventional theory of health insurance based on the concept of moral hazard: an assumption is made that insured people overuse health care services because they have insurance. The recent trend toward "consumer-driven health care" (CDHC) is advocated by its supporters based on this same premise, assuming that imprudent choices by patients can be avoided if they are held more financially responsible for their health care choices through larger co-payments and deductibles and other restrictions. This article examines how moral hazard-based CDHC plays out in both private plans and public programs. The author identifies seven ways in which this concept fails the public interest, while also failing to control health care costs. Uninsured and underinsured people, now including many in the middle class, underuse essential health care services, resulting in increased morbidity and more preventable hospitalizations and deaths among these groups than their more affluent counterparts. A case is made to reject moral hazard as an organizing rationale for health care, and the author offers some alternative approaches.

## DÉMOGRAPHIE

### ► Congés parentaux

34077

ARTICLE

ANXO (D.), DELANDER (L.), MANSSON (J.)

***Les déterminants socio-économiques de l'utilisation des congés parentaux par les pères : une analyse comparative entre la France et la Suède.***

RECHERCHES ET PREVISIONS

2006/06 ; vol. : n° 84 : 19-33, graph., tabl., ann

Cote Irdes : P190

L'objet principal de cet article est d'analyser les déterminants socio-économiques de l'utilisation des congés parentaux en France et en Suède. L'étude révèle des disparités nationales importantes concernant l'impact des environnements socio-économique et institutionnel sur l'usage du congé parental. En France, le faible montant de l'indemnité forfaitaire et la faible garantie de retour à l'emploi constituent un obstacle majeur à la participation des pères au congé parental, et influent très fortement sur le processus de sélection des pères au sein du dispositif. Les modalités de mise en oeuvre de l'allocation parentale d'éducation à temps plein créent des effets de seuils importants se traduisant par une sur-représentation de pères « vulnérables » tant du point de vue de leur situation sur le marché du travail que par leur faible niveau de formation et de salaire. En Suède, en revanche, la garantie complète de retour à l'emploi couplé à un taux de compensation de revenu particulièrement généreux fait que le processus de sélection des pères au sein du dispositif est beaucoup moins discriminant, une situation stable dans l'emploi et un niveau de formation élevé des parents favorisant la participation des pères au congé parental. L'exemple suédois révèle, néanmoins, que si la flexibilité et le degré de générosité des dispositifs de congés parentaux restent décisifs, ces modalités favorables ne constituent pas une condition suffisante pour créer une répartition intrafamiliale plus égalitaire de l'absence parentale (Résumé d'auteur).

## ► Données d'ensemble

36092

FASCICULE  
PISON (G.)

**Tous les pays du monde (2007).**  
POPULATIONS ET SOCIÉTÉS  
2007/07-08 ; n° 436 : 8p., 18 tabl.  
Cote Irdes : 0053689

[http://www.ined.fr/fichier/t\\_publication/1318/publi\\_pdf1\\_436.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1318/publi_pdf1_436.pdf)

Tous les deux ans, le numéro d'été de Population & Sociétés, intitulé tous les pays du monde, présente un tableau de la population mondiale. Les données proviennent essentiellement de la World Population Data Sheet publiée par le Population Reference Bureau (PRB) (Résumé d'auteur).

## ► Familles nombreuses

34534

FASCICULE  
BLANPAIN (N.)

**Les conditions de vie des familles nombreuses.**  
ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/02 ; n° 555 : 8p., tabl., carte.  
Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er555/er555.pdf>

En 2005, on comptait 1,7 million de familles vivant avec trois enfants ou plus, soit 19 % de l'ensemble des familles ayant au moins un enfant. Alors que les familles très nombreuses se sont raréfiées entre 1975 et 2005 (de 12 % à 4 %), la part de celles vivant avec exactement trois enfants est restée stable (15 %). Les parents de nationalité étrangère sont plus souvent à la tête d'une famille nombreuse. Seules 36 % des mères travaillent juste après la naissance de leur troisième enfant, contre 69 % après le premier. Le recours au temps partiel des mères croît avec le nombre d'enfants, alors que la quasi-totalité des pères travaillent à temps complet. Malgré des logements plus grands en moyenne, les familles nombreuses, notamment celles ayant au moins quatre enfants, sont davantage confrontées au surpeuplement ; elles restent plus fréquemment concernées par la pauvreté, même si la redistribution sociale et fiscale réduit les écarts de niveau de vie avec les autres familles.

## ► Fécondité

33569

ARTICLE  
MENCARINI (L.), TANTURRI (M.L.)

**Familles nombreuses et couples sans enfant : les déterminants individuels des comportements reproductifs en Italie.**  
POPULATION  
2006/07-08 ; vol. 61 : n° 4 : 463-492, tabl.  
Cote Irdes : P27/1

Les estimations récentes de la fécondité des générations italiennes nées après 1960 révèlent une forte augmentation de la proportion de femmes sans enfant et une proportion élevée de mères ayant un seul enfant. Le groupe des femmes dont la parité est la plus basse (0 ou 1 enfant) est donc désormais plus nombreux que celui des mères de deux enfants. L'objectif de cet article est de dégager le profil des femmes qui n'ont pas reproduit la norme dominante de la famille de deux enfants. L'analyse prend en considération les caractéristiques individuelles de la femme, celles de son conjoint, ainsi que celles du couple durant les premières années de la vie commune. L'article examine les motifs invoqués par les femmes pour expliquer pourquoi elles n'ont pas d'enfant ou pourquoi elles n'en ont pas davantage, et la manière dont elles pourraient réagir à certaines mesures de politique familiale. Cette étude exploite les données d'une enquête réalisée en 2002 dans cinq zones urbaines italiennes. Les résultats montrent que c'est le groupe des femmes sans enfant qui diffère le plus de la catégorie modale des mères de deux enfants. Les facteurs associés à une faible fécondité ou à une fécondité qui s'écarte du standard - entre autres, un niveau d'instruction supérieur et l'absence de pratique religieuse - restent pertinents pour caractériser le comportement reproductif des générations féminines nées vers les années 1960. Il semble que le groupe des mères d'un enfant unique soit le plus susceptible de se laisser influencer par certaines mesures de politique familiale.

## ► Emploi

35073

FASCICULE

EUZEBY (C.), PARMENTIER (A.), COQUET (B.), ARNAUD (S.), TIMBEAU (X.), BLOT (C.), HEYER (E.), PLANE (M.)

### **Emploi et chômage en France : de nouvelles solutions.**

PROBLEMES ECONOMIQUES

2007/04/25 ; vol. : n° 2922 : 2-36, tabl., graph.

Cote Irdes : P160

Si la situation de l'emploi s'améliore indéniablement, depuis presque deux ans, la baisse du nombre des demandeurs d'emploi demeure insuffisante en regard de l'ampleur du chômage. Ce dernier n'est pourtant pas une fatalité comme le démontrent les bonnes performances à cet égard de nombreux pays en Europe. Quatre articles principaux composent ce dossier. Le premier article est consacré aux conditions de retour à l'emploi des chômeurs : l'activation à la française. Le second traite des faiblesses et voies de réforme de la protection de l'emploi en France. Puis un autre article analyse l'indemnisation du chômage et les éléments pour sa réforme. Enfin le dernier article examine dans quelle mesure la contribution sur la valeur ajoutée peut favoriser la création d'emplois.

## ► Inactivité

34932

ARTICLE

MARGOLIS (D.), STARZEC (C.)

### **Les prestations sociales et l'offre de travail : y a-t-il une trappe à l'inactivité ?**

ECONOMIE PUBLIQUE

2005/02 ; vol. : n° 17 : 71-120, tabl., annexes  
Cote Irdes : P192

Ce papier évalue la pertinence de l'argument qui suggère que la générosité de l'aide sociale en France pourrait engendrer une sorte de trappe à inactivité - certains individus préfèrent rester hors du monde du travail - subsistant sur l'assistance fournie par la collectivité, plutôt que d'essayer d'occuper un emploi salarié. Nous utilisons les techniques de microsimulation pour l'évaluation des différences du revenu disponible qui résultent de l'application du barème socio-fiscal à la suite du changement de statut d'activité. Notre approche repose sur

l'hypothèse que la décision de travailler dépend du gain net attendu de l'emploi, compte tenu de la probabilité d'en trouver un. Le gain net d'activité (GNA) est défini comme la différence entre les revenus d'activité et les revenus de transferts en cas d'inactivité. Le GNA est traité comme l'un des déterminants de la décision de se porter sur le marché du travail dans un modèle de participation. L'élasticité de la probabilité d'être actif par rapport à ce gain est interprétée comme une mesure de risque d'une trappe à inactivité. L'analyse économétrique du comportement d'activité face à GNA conduit à la conclusion que son effet incitatif, assimilable à l'existence d'une trappe à inactivité, est de faible importance. Il est identifiable uniquement dans le cas de la spécification linéaire, dans les ménages comportant un seul adulte. Dans les spécifications préférées (non linéaires), son effet incitatif n'est pas retrouvé. Nous concluons que certains ménages vont se porter sur le marché du travail et d'autres non sans que l'influence de l'environnement socio-fiscal de ménage apparaisse comme un élément déterminant dans la prise de décision de travailler même pour l'ensemble des ménages à faibles revenus potentiels de travail.

## ► Innovation

34883

FASCICULE

PARVAN (S.V.)

Eurostat. Luxembourg. LUX

### **Statistiques communautaires de l'innovation. L'Europe devient-elle plus innovatrice ?**

STATISTIQUES EN BREF : SCIENCE ET TECHNOLOGIE

2007 ; n° 61 : 7p., tabl., graph.

Cote Irdes : S30/4

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY\\_OFFPUB/KS-SF-07-061/FR/KS-SF-07-061-FR.PDF](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-07-061/FR/KS-SF-07-061-FR.PDF)

L'innovation joue un rôle-clé en Europe. En 2004 dans l'UE-27, plus de 4 entreprises sur 10 dans l'industrie réalisaient des activités d'innovation. Au niveau des Etats membres de l'Ue, l'Allemagne est leader en la matière, tant dans l'industrie que dans les services. En ce qui concerne l'Union dans son ensemble, plus d'un tiers des entreprises innovatrices (35,9 %) commercialisaient des produits nouveaux ou sensiblement améliorés.

## ► Risque économique

34875

ARTICLE  
GOLLIER (C.)

### **Comment intégrer le risque économique dans le calcul économique ?**

REVUE D'ECONOMIE POLITIQUE  
2007/03-04 ; vol. : n° 2 : 91-117  
Cote Irdes : P42

L'objectif de cet article est d'expliquer pourquoi il est raisonnable d'actualiser des coûts et bénéfices futurs sans risque à 4 % à court terme et à 2 % à long terme. La prise en compte du risque du projet d'investissement doit se faire par l'imputation de primes de risque aux cashflows futurs plutôt que par une hausse arbitraire du taux d'actualisation. Il faut aussi tenir compte des valeurs d'option de report de l'investissement. Ceci suggère que la baisse du taux d'actualisation récemment proposée par le Commissariat au Plan ne devrait pas augmenter massivement le nombre de projets d'investissement public dont la VAN (valeur actuelle nette) est positive, si la prise en compte du risque est convenablement intégrée au calcul économique (Résumé d'auteur).

## DOCUMENTATION - INFORMATIQUE

## ► Nouvelles technologies

34536

FASCICULE  
SAUTORY (O.)

### **L'accès des ménages à bas revenus aux technologies de l'information et de la communication (TIC).**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)  
2007/02; 557 : 8p., tabl., fig.  
Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er557/er557.pdf>

Les ménages à bas revenus ont moins souvent accès aux technologies de l'information et de la communication (TIC) que les autres ménages, particulièrement dans le cas du micro-ordinateur et de l'Internet, technologies globalement moins diffusées que la téléphonie (mobile et fixe) ou la télévision. L'effet de substitution du téléphone portable à la ligne téléphonique fixe est très marqué au sein de ces ménages. En tenant compte des effets

des autres caractéristiques des ménages, le niveau de vie apparaît étroitement corrélé à l'accès aux TIC, même si le moindre accès des ménages à bas revenus à un micro-ordinateur et à l'Internet s'explique en partie par le fait que ces ménages ont, en moyenne, un plus faible niveau de diplôme. Les ménages à bas revenus justifient plus souvent l'absence de micro-ordinateur, de l'Internet et de téléphone portable par un coût trop élevé. Les chômeurs et les étudiants, surreprésentés parmi ces ménages, ressentent des manques spécifiques liés à l'absence de l'Internet.

## RÈGLEMENTATION

## ► Médicaments

34879

ARTICLE  
CAULIN (F.)

### **Médicaments de l'ostéoporose. Aspects réglementaires et logique scientifique du remboursement.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC  
2007/07 ; vol. 3 : n° 4 : 176-179  
Cote Irdes : P198

Le Journal Officiel du 11 octobre 2006 publie l'arrêté du 21 septembre qui modifie les conditions de remboursement par les organismes sociaux des différentes spécialités pour le traitement de l'ostéoporose chez la femme, chez l'homme et en cas de traitement corticoïde. Le traitement des pertes osseuses d'immobilisation et au décours immédiat de la ménopause n'est pas concerné. Les produits dont les conditions de remboursement n'ont pas été modifiées ne sont pas cités (étidronate, parathormone, calcitonine).

35072

ARTICLE  
PERROY-MAILLOLS (A.C.), SERGHE-  
RAERT (E.), VION (D.)

### **La loi d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament.**

NOUVELLES PHARMACEUTIQUES  
2007/04 ; n° 394 : 133-142  
Cote Irdes : c, P29/1

La loi n°2007-248 du 26/02/2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament

apporte un certain nombre de modifications à notre législation pharmaceutique. Les thèmes abordés par le nouveau texte sont relatifs à la définition du médicament et aux règles concernant les préparations, à l'autorisation de mise sur le marché, à l'AFSSAPS, à la promotion des médicaments, et aux matières premières à usage pharmaceutique.

35249

ARTICLE

**Directive européenne sur le médicament : les succès des citoyens finalement transposés en droit français.**

PHARMACEUTIQUES

2007/07 ; vol. 27 : n° 285 : 540-544

Cote Irdes : P80

Des dispositions favorables aux patients, contenues dans la Directive 2004/27/CE sur le médicament, ont été enfin transposées en France. Elles concernent l'accès aux données des agences du médicament, la réévaluation après cinq ans de commercialisation, les retraits pour raisons de pharmacovigilance, etc. Des décrets sont encore attendus. Cet article fait une analyse de la situation.

## ► Travail et santé

33869

ARTICLE

SAVATIER (J.)

**Etat de santé et travail : jurisprudence récente.**

DROIT SOCIAL

2006/12 ; n° 12 : 1117-1125

Cote Irdes : P109

Cet article rassemble des décisions ayant trait aux effets de l'état de santé du salarié sur les rapports de travail. Les questions posées sont regroupées autour de deux thèmes : domaine des nullités de licenciement fondées sur l'interdiction des discriminations ; étendue du monopole du médecin du travail pour apprécier l'inaptitude.

## ► **Index des auteurs**



# A

ADANG (E.D.D.).....	19	BAUMANN (F.).....	81
ADENOT (I.).....	18	BAZEX (J.).....	59
ADOLPHE (M.).....	59	BECKER (F.-W.).....	25
AGREN (H.).....	30	BEGAUD (B.).....	76
AKISKAL (H.).....	34	BEJEAN (S.).....	62
ALDER (A.).....	81	BEJOT (Y.).....	34
ALLAERT (F.-A.).....	68	BELLANGER (M.).....	29
ALLAINMAT (T.).....	73	BELORGEY (J.-M.).....	22
ALLARIA-LAPIERRE (V.).....	39	BELOT (A.).....	37
ALLCOUFE (J.).....	45	BEN ABDELAZIZ (A.).....	39
ALLEMAND (H.).....	39	BENBASSA (A.).....	41
AMALBERTI (R.).....	29	BENEY (J.-M.).....	59
AMOUYEL (P.).....	41	BENHAMOU (D.).....	42
ANDREN (D.).....	86	BERCHI (C.).....	91
ANELL (A.).....	85	BERGH (I.).....	33
ANGUIS (M.).....	26	BERTRAND (D.).....	48, 70
ANTONANZAS (F.).....	82	BESSAGUET (C.).....	37
ANXO (D.).....	92	BINET (J.-L.).....	18
AOUN (A.).....	56	BINGHAM (A.).....	41
APROBERTS (L.).....	24	BINQUET (C.).....	34
ARDENNES (R.).....	72	BIRCH (S.).....	81
ARNAUD (S.).....	94	BLANC (M.A.).....	74
ARNAULT (S.).....	66	BLANC (V.).....	39
ARNOULD (M.-L.).....	23	BLANE (D.).....	52
ARTOISENET (C.).....	33, 58	BLANPAIN (N.).....	93
ARVEILER (D.).....	41	BLOND (M.-H.).....	69
ARVEUX (P.).....	37	BLOT (C.).....	94
Association Pédagogique Nationale pour l'Enseignement de la Thérapeutique. (A.P.N.E.T.).....	76	BLYTHE (J.).....	81
ATTAL-TOUBERT (K.).....	64	BODE (I.).....	80
AUGRIS (N.).....	23	BOETSCH (G.).....	49
AUROY (Y.).....	42	BOISBRAS (F.).....	41
AVENEL (C.).....	26	BOISSONNAT (V.).....	54

# B

BADEYAN (G.).....	90	BONGIOVANNI (I.).....	88
BAILLEAU (G.).....	20	BONITHON-KOPP (C.).....	34
BARDON (M.).....	18	BONNET (C.).....	24
BARDOT (F.).....	46	BOOS (L.).....	81
BARDOUILLET (M.C.).....	46	BORM (G.F.).....	19
BARNAY (T.).....	63	BORSON CHAZOT (F.).....	57
BARNESLEY (J.).....	67	BOSSARD (N.).....	37
BASU (J.).....	57	BOUCHER (J.).....	49
BATTIN (J.).....	59	BOURDON RAVERDY (N.).....	37, 49
BAUDIER (F.).....	28	BOURGOIN (F.).....	57
		BOURQUARD (K.).....	17
		BOUSSAC ZAREBSKA (M.).....	56
		BOUVENOT (G.).....	77
		BOUVIER (A.M.).....	37
		BOUVIER COLLE (M.H.).....	41
		BOVET (M.).....	42
		BREART (G.).....	41
		BREMONT (F.).....	35
		BRICAIRE (F.).....	33
		BRIDENNE (I.).....	24

BRIQUET (E.).....	69
BROWN (L.D.).....	86
BRUGIERES (L.).....	49
BRUN BUISSON (C.).....	33
BUEMI (A.).....	49
BUI (D.H.D.).....	59
BUNGENER (M.).....	63
BURLET (N.).....	75
BURRICAND (C.).....	26

## C

CABUT (S.).....	49
CAILLIER (M.).....	34
CANIARD (E.).....	17
CARDE (E.).....	50
CARLI (P.M.).....	37
CARLSEN (F.).....	86
CARRIERE (Y.).....	81
CASERIO SCHONEMANN (C.).....	37
CASTETBON (K.).....	49
CATRICE-LOREY (A.).....	32
CAULIN (F.).....	95
CETTOUR-BARON (G.).....	66
CHAGNY (O.).....	24
CHANUT (C.).....	39
CHAPLIN (R.).....	71
CHAPUIS-LUCCIANI (N.).....	49
CHAPUT (H.).....	23
CHARPAIL (C.).....	48
CHASTANG (J.F.).....	53
CHATAIN (C.).....	54
CHERIE CHALLINE (L.).....	37, 56
CLEMENT (M.).....	85
CLERC (M.-E.).....	31
COHEN (J.).....	78
COHEN (O.).....	68
COLIN (C.).....	18, 91
COLONNA (M.).....	37
Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine. (C.C.E.C.Q.A.).....	65
CONSOLI (S.M.).....	75
COQUET (B.).....	94
CORDONNIER (A.L.).....	33
COUHIN (J.).....	48
COURAY TARGE (S.).....	91
COURIS (C.M.).....	57, 91
COURTOIS (X.).....	18

## D

DAIRE (I.).....	69
DAKE (S.).....	25
DALICHAMPT (M.).....	51
DANZON (A.).....	36, 37, 49
DARDENNES (R.).....	72
DAUTZENBERG (B.).....	45
DAVID (G.).....	29
DAVIES (S.).....	80, 81
DAVIS (K.).....	83
DE GAILLANDE (L.).....	88
DE GENNES (J.-L.).....	76
DELAFOSSÉ (P.).....	49
DELANDER (L.).....	92
DELAUNAY-BERDAÏ (I.).....	55
DELAVEAU (P.).....	77
DELCHANIDIS (M.).....	45
DELIEGE (D.).....	33
DELMAS (M.C.).....	35
DELMAS (P.D.).....	75
DELOFFRE (A.).....	26
DENTON (M.).....	80, 81
DE PERETTI (G.).....	55
DESANDES (E.).....	49
DE SARASQUETA (A.-M.).....	65, 76
DEVYS (C.).....	20
DEWITTE (J.D.).....	45
DIAZ GOMEZ (C.).....	45
DIB (S.).....	49
DICK (A.W.).....	56
DIDIER (A.).....	35
DIONNE (M.-G.).....	83
DJIHOUD (A.).....	65
DOREAU (C.).....	33
DOUCET (J.).....	76
DRAY SPIRA (R.).....	51
DREUX (C.).....	76
DUBOIS (G.).....	18, 40
DUCIMETIERE (P.).....	41
DUCROT (E.).....	45
DUHAMEL (C.).....	33
DUJONCQUOY (S.).....	27
DUMONTAUX (N.).....	66
DUPIN (J.).....	51
DUPIN (L.).....	69
DUPONT (C.).....	19
DURIER (C.).....	34

## E

ECALLE (F.) .....	20
EID (A.) .....	49
EKMAN (M.) .....	30
ESPARRE (S.) .....	48
ESTEVE (J.) .....	37
ETTELT (S.) .....	87
EUZEBY (C.) .....	94
EVEN (C.) .....	72

## F

FADEN (R.) .....	78
FAGOT CAMPAGNA (A.) .....	51
FAIVRE (J.) .....	37
FALISSARD (B.) .....	49
FANTINO (B.) .....	63
FARAGGI (L.) .....	76
FAUNCE (T.A.) .....	79
FAURE (M.) .....	74
FAURE (Y.) .....	59
FELL (D.B.) .....	62
FENINA (A.) .....	30, 31
FERRIERES (J.) .....	41
FEUR (E.) .....	49
FILLETTE (D.) .....	41
FIZZALA (A.) .....	66
FLEURBAEY (M.) .....	53
FONTENEAU (L.) .....	50
FONTENEAU (R.) .....	84
FOSSE (S.) .....	51
FRANC (C.) .....	60
FRATTINI (M.O.) .....	68
FREEMAN (R.A.) .....	74
FRIEDMAN (B.) .....	57
FRIEDMAN (S.) .....	72
FUHRMAN (C.) .....	35
FUKUSAWA (A.) .....	22

## G

GAHA (K.) .....	39
GARATTINI (L.) .....	79
GARBACCIO (E.) .....	69

GASQUET (I.) .....	34
GAUTIER (A.) .....	28
GAYRARD (P.) .....	28
GEFFROY (Y.) .....	30
GENTILE (S.) .....	88
GEOFFROY PEREZ (B.) .....	44
GERBAUD (L.) .....	54
GEYMAN (J.P.) .....	92
GHANNEM (H.) .....	39
GHISLANDI (S.) .....	79
GILLES (M.) .....	46
GINIOUX (C.) .....	43
GIROUD (M.) .....	34
GLANCE (L.G.) .....	56
GODICHAL (M.) .....	89
GOHIN-PERIO (B.) .....	27
GOLDBERG (M.) .....	40, 44, 47
GOLLIER (C.) .....	95
GOUYON (B.) .....	68
GRAF VON DER SCHULENBURG (J.M.) .....	88
GRANON (C.) .....	28
GRASSIN (J.) .....	75
GREINER (W.) .....	88
GREMION (C.) .....	29
GROSCLAUDE (P.) .....	37, 49
GROUSSET (J.) .....	43
GRYTTE (J.) .....	86
GUEGUEN (R.) .....	54, 55
GUIGNON (N.) .....	50
GUILBERT (P.) .....	28
GUISSET (A.-L.) .....	89
GUIZARD (A.V.) .....	36, 37, 49

## H

HA (C.) .....	47
HAAS (B.) .....	41
HAFDI NEJJARI (Z.) .....	57
HARDY-DUBERNET (A.-C.) .....	59
HARTMANN (L.) .....	63
HAUTEMANIERE (A.) .....	18
HEYER (E.) .....	94
HJELMGREN (J.) .....	85
Hôpital Xavier Armozan .....	65
HORTE (C.) .....	39
HUCHON (G.) .....	36
HURLEY (J.) .....	82
HUT (F.) .....	89

# I

IDMACHICHE (S.).....	71
ILIFFE (S.).....	67
IMBERNON (E.).....	44, 47

# J

JACQUEME (B.).....	39
JAFFRE (A.).....	37
JAKOBSSON (E.).....	33
JAUNAIT (A.).....	64
JEAMMET (P.).....	50
JEGER (F.).....	24
JEGU (J.).....	35
JEONG (S.E.).....	82
JOLIVET (A.).....	47
JOLY (P.).....	77
JONSSON (B.).....	30
JOOSTE (V.).....	34
JOUGLA (E.).....	35, 41, 42
JOURDAIN (A.).....	29
JUAREZ (C.).....	82
JULIENNE (K.).....	23
JULLIARD (S.).....	44
JUURLINK (D.N.).....	72

# K

KANKAANRANTA (T.).....	60
KARSENTY (S.).....	45
KEEFE (J.).....	81
KEPHART (G.).....	62, 81
KIULA (O.).....	51
KJELVIK (J.).....	86
KOLHER (F.).....	24
KONIJN (P.).....	79
KUNST (A.E.).....	52
KURDYAK (P.A.).....	72
KUSCH (K.).....	80
KUSNIK-JOINVILLE (O.).....	39

# L

LABBE (E.).....	54
LABEYRIE (C.).....	49
LACOMBE (C.).....	41
LACOUR (B.).....	49
LAFORE (R.).....	21
LAHATTE (A.).....	88
LANG (T.).....	40
LA ROSA (E.).....	40
LASSARRE (S.).....	88
LATRY (P.).....	76
LAUNOY (G.).....	37, 91
LE (F.).....	32
LECLERC (A.).....	40, 47, 53
LEDUC (D.).....	89
LEGARE (J.).....	81
LEGENDRE (M.-C.).....	66
LEGENDRE (N.).....	64
LE LAN (R.).....	70
LELIEVRE (M.).....	23
LE LUYER (B.).....	69
LEPINE (J.-P.).....	34
LE RHUN (B.).....	66
LEROUX (I.).....	38, 66
LE ROUX (P.).....	69
LETOURMY (F.).....	45
LE VAILLANT (M.).....	60, 61
LEVASSEUR (G.).....	19
LEVY (G.).....	41
LEWALLE (H.).....	20
LEXCHIN (J.).....	79
LIDGREN (M.).....	30
LIENHART (A.).....	42
LIVARTOWSKI (A.).....	18
LOMBARDO (P.).....	66
LOPEZ-CASASNOVAS (G.).....	31
LORANT (V.).....	58
LUCE (D.).....	53
LYBECKER (K.M.).....	74

# M

MAAROUF (N.).....	37, 49
MACE LESEC'H (J.).....	36
MAC GINNIS (S.-L.).....	84
MACIA (J.).....	49
MACKENZIE (A.).....	81

MAGNIER (B.).....	35
MANSSON (J.).....	92
MANTZ (J.-M.).....	59,63
MARGOLIS (D.).....	94
MARIONI (P.).....	48
MARQUIER (R.).....	71
MARTIN (C.).....	67
MARTIN (E.).....	36
MARTIN (K.).....	76
MARTIN (S.).....	90
MASSE (G.).....	58
MATHIEU DAUDE (H.).....	36
MAYNADIE (M.).....	37
MAYS (N.).....	87
McELMURRY (B.).....	83
MELCHIOR (M.).....	40
MELIHAN-CHEININ (P.).....	45
MENCARINI (L.).....	93
MENEGOZ (F.).....	36
MENGUY (C.).....	69
MENVIELLE (G.).....	53
MERCIER (F.).....	41
MESTARI (S.).....	43
MICHAUD (C.).....	28
MICHEL (P.).....	65
MIDTTUN (L.).....	61
MIESZKOWSKI (P.).....	51
MIGEOT (V.).....	27
MILHAUD (G.).....	77
MILLAT-GUITTARD (L.).....	18
MINETTI (M.).....	69
MINO (J.C.).....	68
MINTZES (B.).....	73
MITTENDORF (T.).....	88
MOISY (M.).....	38
MOLINIE (A.F.).....	46
MOLINIE (F.).....	37
MONPERRUS-VERONI (P.).....	24
MONTAYE (M.).....	41
MOORE (J.).....	84
MORIDE (Y.).....	76
MORIN (A.).....	84
MORIN (S.).....	84
MORIN (T.).....	38
MORMICHE (P.).....	54
MOTIN (J.).....	41
MOULIN (J.J.).....	54,55
MUKAMEL (D.B.).....	56
MUNOZ (J.).....	70

## N

NAMER (M.).....	28
NELSON (K.).....	21
NETUVELI (G.).....	52
NEUKIRCH (F.).....	36
NICOLAU (J.).....	35
NOLTE (E.).....	87
NORDMANN (R.).....	34,76
NUMMI (T.).....	60

## O

O'BRIEN-PALLAS (L.).....	81
OLIVA (J.).....	82
OSLER (T.M.).....	56
OSMAN (J.).....	45
OSSEBY (G.V.).....	34

## P

PAOLAGGI (J.-B.).....	59
PAPIERNIK (E.).....	41
PARMENTIER (A.).....	94
PARVAN (S.V.).....	94
PASQUIER (B.).....	36
PEACOCK (S.).....	89
PELISSIER-FALL (A.).....	27
PELLETIER-FLEURY (N.).....	61
PENE (P.).....	18,59
PENY (J.M.).....	73
PEQUIGNOT (F.).....	42
PERROT (L.).....	57
PERROY-MAILLOLS (A.C.).....	95
PESSAC (B.).....	34
PETON-KLEIN (D.).....	70
PEYRON (C.).....	62
PHILIBERT (M.).....	41
PICHETTI (S.).....	23
PIERRON (J.P.).....	63
PINNELLOS (M.).....	82
PISON (G.).....	93
PLA (A.).....	22
PLANE (M.).....	94
POHYER (A.).....	76

POMMIER (J.L.)	46
POTHIER (F.)	65
POUBELLE (V.)	24
POUEY (J.)	35
POUVOURVILLE (G. DE)	62
POUZAUD (F.)	77
PREDARIS (S.)	78
PREVOT (J.)	48
PUECH (F.)	41

## Q

QUANTIN (C.)	68, 80
QUENEAU (P.)	76
QUENON (J.-L.)	65, 76
QUESNEL VALLEE (A.)	52

## R

RATTIER (M.-O.)	23
RAVERDY (N.)	36
RAYMOND (A.)	70
RAYNAUD (D.)	32
REGLAT (J.-P.)	88
REMESY (M.C.)	35
REMONTET (L.)	37
RENAUT (S.)	47
RIBET (C.)	40
RICHARDSON (J.R.J.)	89
RICORDEAU (P.)	39
RISA HOLE (A.)	90
ROBERT (D.)	89
ROCHE (N.)	36
RODRIGUES (J.M.)	91
ROMON (I.)	51
ROQUELAURE (Y.)	47
ROSES (A.)	24
ROSMAN (S.)	60
ROSTILA (M.)	21
ROUAUD (O.)	34
ROUILLON (F.)	72
ROUSSEL (H.)	35
ROZAN (A.)	88
RUIDAVETS (J.B.)	41
RUSESKI (J.E.)	87

## S

SAEZ (M.)	31
SAGNES-RAFFY (C.)	35
SAINT LEGER (S.)	41
SALANAVE (B.)	39
SALOMEZ (J.-L.)	18
SAMSON (A.-L.)	64
SANDOVAL (G.A.)	67
SARRADON-ECK (A.)	74, 75
SASS (C.)	55
SASSOLAS (G.)	57
SAULEAU (E.A.)	37
SAUTORY (O.)	95
SAVATIER (J.)	96
SCHEIDEGGER (S.)	51
SCHLEMMER (B.)	33
SCHOTT (A.M.)	57, 91
SCHREYOGG (J.)	78
SCHVARTZ (C.)	37
SCHWEYER (F.X.)	19
SCHWOEBEL (V.)	35
SEALE (C.)	71
SERGHERAERT (E.)	95
SHEPPERD (S.)	67
SICART (D.)	71
SICILIANI (L.)	90
SIMILOWSKI (T.)	42
SIWEK (P.)	17
SKAU (I.)	86
SLAMA (A.)	85
SMITH (J.P.)	43
SOBAN (L.M.)	28
SOBOCKI (P.)	30
SOLHEIM (K.)	83
SOLTANE (I.)	39
SOMMELET (D.)	49
STARGARDT (T.)	78
STARZEC (C.)	94
STEFFEN (M.)	32
STONE (J.)	52
SUREAU (C.)	29

## T

TANTURRI (M.L.)	93
THABET (H.)	39
THEURL (E.)	68

THOMSON (S.) .....	87
TIMBEAU (X.).....	94
TLILI (H.) .....	39
TOMBLIN-MURPHY (G.).....	81
TONNELIER (F.) .....	40
TOURANCHET (A.).....	46
TRESPEUX (F.).....	20
TRETARRE (B.) .....	37,49
TRICAUD VIALLE (S.).....	65
TROMBERT-PAVIOT (B.) .....	67,91
TROUSSARD (X.) .....	37
TUGORES (F.) .....	48
TURNER (J.) .....	25

WEIT (D.R.).....	43
WIKING (N.) .....	30
WILEN (H.) .....	73
WINNER (H.).....	68
WITTMANN (V.) .....	89

## y

YANO (E.M.).....	28
YOUNG (B.).....	78

## U

ULMANN (P.).....	63
URBINELLI (R.) .....	62

## Z

ZEMOR (P.).....	19
ZEYINOGLU (I.) .....	80,81
ZINS (M.) .....	40
ZUREIK (M.) .....	36

## V

VACHERON (A.) .....	59
VANDERSCHULDEN (M.).....	60
VARROUD VIAL (M.) .....	51
VAUTH (C.) .....	88
VEIL (M.) .....	24
VELTEN (M.) .....	37,49
VERCHERIN (P.).....	67
VERGNEGRE (A.).....	36
VIGNALLY (P.) .....	88
VIGNERON (E.).....	58
VILAIN (A.) .....	51
VINCENT (W.).....	60,71,80
VINOT (D.).....	75
VIOLET (I.) .....	58
VION (D.).....	95

## W

WAINSTEN (J.-P.).....	63
WARSZAWSKI (J.).....	42
WATTEL (F.) .....	63
WEILL (A.).....	39,51



## ► **Carnet d'adresses des éditeurs**



# A

## Actualité et dossier en santé 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  
Tél. : 01 40 15 70 00  
Fax : 01 40 15 68 00  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>  
1<sup>er</sup> accès : <http://hosp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/adsp?ae=adsp&menu=11> (sommaire depuis le n° 1 de 1992, certains articles sont en ligne)  
2<sup>e</sup> accès : BDSP : <http://www.bdsp.tm.fr> =>  
Texte intégral (accès à tous les articles pour les abonnés à la BDSP)

## American journal of public health

Rédaction et diffusion : American public health association  
1015 fifteenth street  
NW, Washington - DC 20005  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 202 789 5600  
<http://www.apha.org/>

## Applied health economics and health policy

Open Mind Journal (OMJ)  
86C Bush Road  
PO Box 300-729  
Albany  
Auckland  
Nouvelle Zélande  
Tél. : 00 64 9 414 6472  
Fax : 00 64 9 414 6491  
Email : [ifo@openmindjournals.com](mailto:ifo@openmindjournals.com)  
<http://www.openmindjournals.com>

## Australia and New-Zealand health policy

Biomed Central Ltd  
Science Navigation Group  
Middlesex House  
34-42 Cleveland Street  
London W1T 4LB  
Royaume-Uni  
Email : [info@biomedcentral.com](mailto:info@biomedcentral.com)  
<http://www.anzhealthpolicy.com/>

## BMJ : British medical journal

Fulfilment department  
BMJ Publishing Group Ltd.  
PO BOX 299  
London WC1H 9TD  
Royaume-Uni  
Tél. : + 44 (0) 20 7383 6270  
<http://www.bmj.com/>

## Bulletin de l'académie nationale de médecine

[http://www.academie-medicine.fr/le\\_bulletin.cfm](http://www.academie-medicine.fr/le_bulletin.cfm)  
Diffusion : Masson  
Service Abonnements  
62, rue Camille Desmoulins  
92442 Issy Les Moulineaux cedex  
Fax : 01 71 16 55 88  
Email : [infos@masson.fr](mailto:infos@masson.fr)  
<http://www.masson.fr>

## Bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH)

Rédaction et diffusion : Institut de veille sanitaire  
BEH Abonnements  
12, rue du Val d'Osne  
94415 Saint-Maurice Cedex  
Tél. : 01 41 79 68 89  
Fax : 01 41 79 68 40  
Email : [mabobeh@invs.sante.fr](mailto:mabobeh@invs.sante.fr)  
<http://www.invs.sante.fr/beh/> (en ligne depuis 1996)  
Egalement diffusé par voie électronique sur liste email (abonnement gratuit)

## Cahiers de sociologie et de démographie médicale (Les)

Rédaction et diffusion : CDSM (Centre de Sociologie et de Démographie Médicales)  
60, boulevard de Latour-Maubourg  
75340 Paris SP 07  
Tél. : 01 45 55 73 77  
Fax : 01 45 55 87 94

▶ **Canadian public policy / Analyse de politiques**

Rédaction :  
Olivier Lebert, Bureau de rédaction –CIREQ  
Université de Montréal  
C.P. 6128, succursale Centre-ville  
Montréal, Québec H3C 3J7, Canada  
Tél. : +1-514-343-2104  
Fax : +1-514-343-5831  
Email : [mcpp@umontreal.ca](mailto:mcpp@umontreal.ca)

▶ **Cochrane library (The)**

Update Software Ltd  
Summertown Pavilion  
Middle Way  
Oxford OX2 7LG  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 1865 51 3902  
Fax : 44 1865 516918  
email : [minfo@update.co.uk](mailto:minfo@update.co.uk)  
<http://www.cochrane.org/index.htm>

▶ **Concours médical**

Rédaction et diffusion : Concours Médical (le)  
114, av. du Gal de Gaulle  
92522 Neuilly sur Seine cedex  
Tél. : 01 55 62 68 00  
Fax : 01 55 62 69 79  
<http://www.egora.fr/services/achat/index.asp>

▶ **Droit social**

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

▶ **Économie publique : études et recherches**

Rédaction et diffusion : IDEP -GRECAM  
(Institut d'Économie Publique)  
Centre de la Vieille Charité  
2, rue de la Charité  
13002 Marseille  
Tél. : 04 91 14 07 70 / 31  
Fax : 04 91 90 02 27  
email: [mdoazan@ehess.univ-mrs.fr](mailto:mdoazan@ehess.univ-mrs.fr)  
<http://www.idep-fr.org>

▶ **Études et résultats (DREES)**

Rédaction et diffusion : Ministère de l'Emploi  
et de la Solidarité  
Centre d'information et de diffusion de la  
DREES  
11, place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon  
75694 Paris Cedex 14  
Tél. : 01 44 56 82 00  
Fax : 01 44 56 81 40  
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/doc.htm> (tous les numéros sont en ligne)  
<http://www.insee.fr/fr/ppp/catalogue.htm> (pour  
retrouver les numéros sur le catalogue)

▶ **Euro observer : newsletter of the European observatory on health systems and policies**

European Observatory on Health Systems and  
Policies  
WHO European Centre for Health Policy  
Rue de l'Autonomie, 4  
B - 1070 Brussels  
Belgique  
Email : [info@obs.euro.who.int](mailto:info@obs.euro.who.int)  
Tél. : 32 2 525 09 35  
Fax : +32 2 525 0936  
<http://www.euro.who.int/observatory>

▶ **European journal of health economics**

Rédaction : Springer Verlag  
Katharina Tolkmitt  
Tiergartenstrasse 17  
69121 Heidelberg  
Allemagne  
Tél. : 00 49 6221 487 929  
Fax : 00 49 6221 487 461  
email : [mtolkmitt@springer.de](mailto:mtolkmitt@springer.de)  
<http://springerlink.metapress.com/> => Search  
HEPAC in publications  
Diffusion : Springer Customer Service  
Haberstrasse 7  
69126 Heidelberg  
Allemagne  
Tél. : 00 49 6221 345 247  
Fax : 00 49 6221 345 200  
email : [morders@springer.de](mailto:morders@springer.de)  
<http://link.springer.de>

## ► Futuribles

Rédaction et diffusion : Futuribles  
47 rue de Babylone  
75007 Paris  
Tél. : 01 53 63 37 71  
Fax : 01 42 22 65 54  
email : [diffusion@futuribles.com](mailto:diffusion@futuribles.com)  
<http://www.futuribles.com/publications.html> - 1

## ► Gestions hospitalières

Rédaction et diffusion : Gestions  
Hospitalières  
44, rue Jules-Ferry  
94784 Vitry sur Seine Cédex  
Tél. : 01 45 73 69 20  
Fax : 01 46 82 55 15  
<http://www.gestions-hospitalieres.fr/>

## ► Health economics

Rédaction et diffusion : CHE (Centre for  
Health Economics)  
Diffusé par : John Wiley & Sons Ltd  
Baffins Lane  
Chichester  
West Sussex PO19 1VD  
Royaume-Uni  
<http://www.interscience.wiley.com>  
[http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/  
jhome/5749](http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/jhome/5749)

## ► Health economics policy and law

Diffusion : Cambridge University Press  
The Edinburgh Building  
Shaftesbury Road  
Cambridge CB2 2RU  
Royaume-Uni  
[http://journals.cambridge.org/action/  
displayJournal?jid=HEP](http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=HEP)

## ► Health policy

Diffusion : Elsevier Science  
PO Box 211  
1000 AE Amsterdam  
Pays-Bas  
Tél. : 00 31 20 485 37 57  
Fax : 00 31 20 485 34 32  
email : <mailto:nlinfo-f@elsevier.nl>  
<http://www.elsevier.com/locate/healthpol>

## ► Health services research

Rédaction et diffusion : Foundation of the  
American College of Healthcare Executives  
One North Franklin Street - Suite 1700  
Chicago, IL 60606-3491  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 312 424 2800  
<http://www.hret.org/hret/publications/hsr.html>

## ► Informations sociales

Diffusion : CNAF (Caisse nationale des  
allocations familiales)  
23, rue Daviel  
75634 PARIS Cedex 13  
Tél. : 01 45 65 52 52  
<http://www.cnaf.fr/> +> Publications

## ► International journal for quality in health care

Diffusion : Oxford University Press  
Journals Customer Service Department  
Great Clarendon Street  
Oxford OX2 6DP  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 1865 353 907

## ► International journal of health services

Diffusion : Baywood Publishing Compagny,  
Inc.  
26 Austin ave.  
PO Box 337  
Amityville, NY 11701  
Etats-Unis

## ► Journal d'économie médicale

Rédaction : Editions Alexandre Lacassagne  
Diffusion : Diffusion ESKA  
12, rue du quatre septembre  
75002 Paris  
Tél. : 01 42 86 56 00  
Fax : 01 42 60 45 35  
<http://www.eska.fr/>

► **Journal of European social policy**

Diffusion : SAGE Publications Ltd  
6 Bonhill Street  
London EC2A 4PU  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 20 7374 0645  
Fax: 00 44 20 7374 8741  
email : [subscription@sagepub.co.uk](mailto:subscription@sagepub.co.uk)  
<http://www.sagepub.co.uk/journal.aspx?pid=105641>

► **Médecin radiologue de France (Le)**

Rédaction et diffusion : FNMR (Fédération Nationale des Médecins Radiologues)  
62, bd de Latour-Maubourg  
75007 Paris  
Tél. : 01 53 59 34 01  
Fax : 01 45 51 83 15  
Email : [info@fnmr.org](mailto:info@fnmr.org)  
<http://www.fnmr.org>

► **Medecine : revue de l'Unaformec**

Rédaction : Unaformec (Union nationale des associations de formation médicale continue)  
261 rue de Paris  
93556 Montreuil cedex  
Tél. : 01 43 63 80 00  
Fax : 01 43 63 68 11  
email : [unaformec@wanadoo.fr](mailto:unaformec@wanadoo.fr)  
<http://www.unaformec.org/>  
Diffusion : Editions John Libbey Eurotext  
Service abonnement  
127, av. de la République  
92120 Montrouge  
Tél. : 01 46 73 01 39  
Fax : 01 40 84 09 99  
email : [mailto:abonnements@jle.com](mailto: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  
Tél. : 01 41 29 77 42  
Fax : 01 41 29 77 35  
<http://www.moniteurpharmacies.com> (recherche des articles en texte intégral depuis 1997)

► **Mouvement social (Le)**

Service Abonnements  
ACO, 7 rue Paul-Lelong, 75002 Paris  
Tél. : 01 42 36 36 11  
Fax 01 40 26 20 18  
Email : [abonnements@acoFrance.fr](mailto:abonnements@acoFrance.fr)

► **Nouvelles pharmaceutiques (Les)**

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

► **Pharmaceutiques**

Rédaction et diffusion : PR Editions  
22, av. d'Eylau  
75116 Paris  
Tél. : 01 44 05 83 00  
Fax : 01 44 05 83 24  
email : [redaction@pharmaceutiques.com](mailto:redaction@pharmaceutiques.com)  
<http://www.pharmaceutiques.com>

► **Population**

Rédaction et diffusion : INED (Institut National des Etudes Démographiques)  
133, Bd Davout  
75020 Paris  
Tél. : 01 56 06 20 00  
Fax : 01 56 06 21 99  
email : [ined@ined.fr](mailto: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)

► **Population et sociétés**

Rédaction et diffusion : INED (Institut National des Etudes Démographiques)  
133, Bd Davout  
75980 Paris cedex 20  
Tél. : 01 56 06 20 00  
Fax : 01 56 06 21 99  
[http://www.ined.fr/publications/pop\\_et\\_soc/index.html](http://www.ined.fr/publications/pop_et_soc/index.html) (tous les numéros sont en ligne à partir du n° 298 de février 1995, et quelques numéros entre 1992 et 1994)

## ► Pharmaceutiques

Rédaction et diffusion : PR Editions  
22, av. d'Eylau  
75116 Paris  
Tél. : 01 44 05 83 00  
Fax : 01 44 05 83 24  
email : [redaction@pharmaceutiques.com](mailto:redaction@pharmaceutiques.com)  
<http://www.pharmaceutiques.com>

## ► Pratiques et organisation des soins

Rédaction : DSES / CNAMTS  
50 avenue Professeur André Lemierre  
75986 Paris Cedex 20  
Diffusion : Société française de santé  
publique  
BP 2040  
83061 Toulon cédex

## ► Prescrire (La Revue)

Rédaction et diffusion : Association Mieux  
Prescrire  
83, bd Voltaire  
BP 459  
75527 Paris cédex 11  
Tél. : 01 49 23 72 86  
Fax : 01 48 07 87 32  
Email : [revue@prescrire.org](mailto:revue@prescrire.org)  
<http://www.prescrire.org> (pour les abonnés :  
articles depuis le n° 103 en ligne, index 2002,  
sommaire des 6 derniers mois)

## ► Problèmes économiques

Diffusion : La Documentation Française  
124, rue Henri-Barbusse  
93308 Aubervilliers cedex  
Tél. : 01 40 15 68 74  
Fax : 01 40 15 68 01  
Email : [infodoc@ladocumentationfrancaise.fr](mailto:infodoc@ladocumentationfrancaise.fr)  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/revues-collections/problemes-economiques/index.shtml> (sommaries des numéros depuis  
1999, index des articles par pays et par  
thème depuis 1993)

## ► Recherches et prévisions

Diffusion : CNAF (Caisse Nationale des  
Allocations Familiales)  
23, rue Daviel  
75634 Paris Cedex 13  
Email : [patricia.christmann@cnafr.fr](mailto:patricia.christmann@cnafr.fr)  
<http://www.cnafr.fr> => Publications =>  
Recherches et Prévisions (en ligne depuis le  
n° 60 de juin 2000)

## ► Retraite & société

Rédaction: CNAV (Caisse Nationale de  
l'Assurance Vieillesse)  
Diffusion : la Documentation française  
Tél. : 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.cnav.fr/5etude/documentation/retraite.htm>

## ► Revue d'épidémiologie et de sante publique

Diffusion : Masson Périodiques  
120, bd Saint-Germain  
75280 Paris cedex 06  
Tél. : 01 40 46 62 00  
Fax : 01 40 46 62 01  
<http://www.e2med.com/>

## ► Revue d'économie politique

Rédaction et diffusion : Éditions Dalloz  
31-35, rue Froidevaux  
75685 Paris cedex 14  
Tél. : 01 40 64 54 54

## ► Revue d'épidémiologie et de sante publique

Diffusion : Masson Périodiques  
120, bd Saint-Germain  
75280 Paris cedex 06  
Tél. : 01 40 46 62 00  
Fax : 01 40 46 62 01  
<http://www.e2med.com/>

## ► Revue du praticien (La)

Rédaction et diffusion : Huveaux France  
114 avenue Charles de Gaulle  
92522 Neuilly sur Seine cédex  
Tél. : 01 55 33 68 00  
Fax : 01 55 33 69 79  
Email : [huveaux@abocom.fr](mailto:huveaux@abocom.fr)

► **Revue française 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  
Tél. : 01 40 56 82 31  
email : [françoise.leclerc@sante.gouv.fr](mailto:françoise.leclerc@sante.gouv.fr)  
Diffusé par : La Documentation Française  
124, rue Henri Barbusse  
93308 Auverville cedex  
Tél. : 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 internationale de sécurité sociale**

Rédaction : AISS (Association Internationale de Sécurité Sociale)  
Diffusé par : Peter Lang SA  
Editions scientifiques européennes Jupiterstr.  
15  
Boite postale  
CH-3000 Berne 15  
Suisse  
Tél. : 00 41 31 940 21 21  
Fax : 00 41 31 940 31 31  
email : [customerservice@peterlang.com](mailto:customerservice@peterlang.com)  
<http://www.peterlang.ch>

► **Santé mentale**

Rédaction et diffusion : Editions Acte Presse  
12, rue Dupetit Thouars  
75003 Paris  
Tél. : 01 42 77 52 77  
Fax : 01 42 77 52 37  
email : [sm mentale@club-internet.fr](mailto:sm mentale@club-internet.fr)

► **Santé publique**

Rédaction et diffusion : Société Française de Santé Publique  
2, Av. du Doyen J. Parisot  
BP 7  
54501 Vandoeuvre les Nancy  
Tél. : 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/sfsp/publications/revue/sommaires.php> (sommaires et texte intégral de 1998 à 2001, sommaires depuis 2002)

► **Sciences sociales et santé**

Rédaction : ADESSS (Association pour le Développement des Sciences Sociales de la Santé)  
Diffusé par : John Libbey Eurotext  
127, av. de la République  
92120 Montrouge  
Tél. : 01 46 73 06 60  
Fax : 01 40 84 09 99  
email : [marketing@jle.com](mailto:marketing@jle.com)  
<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sss/index.htm> (résumés en ligne depuis 1997)

► **Série études - Documents de travail**

Rédaction et diffusion : Ministère chargé de la santé  
DREES  
11, pl. des 5 Martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14  
Tél. : 01 44 36 82 00  
Fax : 01 44 56 81 40  
<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/doc.htm> (sommaires et résumés jusqu'au n° 12, puis en ligne à partir du n° 13)

► **Série statistiques - Documents de travail**

Rédaction et diffusion : Ministère chargé de la santé  
DREES  
11, pl. des 5 Martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14  
Tél. : 01 44 36 82 00  
Fax : 01 44 56 81 40  
<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/doc.htm> (sommaires et résumés jusqu'au n° 19, puis en ligne à partir du n° 20)

► **Social science and medicine**

Diffusion : Elsevier Science  
Customer Service Department  
PO Box 211  
1001 AE Amsterdam  
Pays-Bas  
Tél. : 00 31 20 485 3757  
Fax : 00 31 20 485 3432  
email : [ninfo-f@elsevier.nl](mailto:ninfo-f@elsevier.nl)  
[http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws\\_home/315/description#description](http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/315/description#description)

## ■ Societal

Rédaction : SERPE (Société d'Etudes, de  
Recherche et de Publications économiques)  
29 rue de Lisbonne  
75008 Paris  
Tél. : 01 53 23 05 40  
Fax : 01 47 23 79 01  
email : [contact@societal.fr](mailto:contact@societal.fr)  
<http://www.societal.fr>  
Diffusion : PUF (Presses Universitaires de  
France)  
Tél. : abonnements : 01 58 10 31 63  
Fax : 01 58 10 31 82  
email : [revues@puf.com](mailto:revues@puf.com)

## ■ Statistiques en bref

Rédaction : EUROSTAT  
OSCE (Office Statistique des Communautés  
Européennes)  
2, rue Mercier  
2985 Luxembourg  
Luxembourg  
Tél. : 00 352 2929 42118  
Fax : 00 352 2929 42709  
email : [info-info-opoce@cec.eu.int](mailto:info-info-opoce@cec.eu.int)  
Diffusion en France : Insee Info Service  
Eurostat Data Shop  
Tél. : 01 53 17 88 44  
Fax : 01 53 17 88 22  
email : [datashop@insee.fr](mailto:datashop@insee.fr)  
[http://publications.europa.eu/index\\_fr.htm](http://publications.europa.eu/index_fr.htm)  
[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?\\_pageid=2173,49287715&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL&ci=1130657,0](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page?_pageid=2173,49287715&_dad=portal&_schema=PORTAL&ci=1130657,0)

## ■ Tendances

Rédaction et diffusion : OFDT (Observatoire  
Français des Drogues et Toxicomanies)  
3, av. du Stade de France  
93218 St Denis cedex  
Tél. : 01 41 62 77 16  
Fax : 01 41 62 77 00  
Email : [ofdt@ofdt.fr](mailto:ofdt@ofdt.fr)  
[http://www.drogues.gouv.fr/fr/savoir\\_plus/syntheses\\_dossiers/savoir\\_plus\\_synthese\\_index.html](http://www.drogues.gouv.fr/fr/savoir_plus/syntheses_dossiers/savoir_plus_synthese_index.html) (en ligne)



# Quoi de neuf, Doc?

## Bulletin bibliographique en Économie de la Santé

Publication bimestrielle de l'Institut de Recherche  
d'Étude et Documentation en Économie de la Santé

10, rue Vauvenargues  
75018 PARIS

Tél. : 01 53 93 43 01 - Fax : 01 53 93 43 50  
ISSN : 1148-2605

**Tarif de l'abonnement annuel,**  
avec Questions d'économie de la santé : 100 €

**Consultation des documents :**  
sur rendez-vous exclusivement.

**Vous pouvez venir consulter les documents  
signalés dans ce bulletin au :**

Service de documentation de l'IRDES  
10, rue Vauvenargues 75018 PARIS

**Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01**

**Heures d'ouverture :**  
Lundi - Mardi - Jeudi 9 h15-12 h15

---

<b>Directrice de la publication</b>	Chantal Cases
<b>Rédactrice en chef</b>	Marie-Odile Safon
<b>Rédactrices adjointes</b>	Suzanne Chriqui - Véronique Suhard
<b>Diffusion</b>	Sandrine Bequignon - Nathalie Meunier
<b>Mise en page</b>	Franck-Séverin Clérembault

---

