

## Quoi de neuf, Doc?

Bulletin bibliographique  
en économie de la santé

Mars - Avril 2009

### ■ Service Documentation

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/index.htm>

E-mail : [documentation@irdes.fr](mailto:documentation@irdes.fr)

Tél. : 01 53 93 43 56/01



## ► 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.

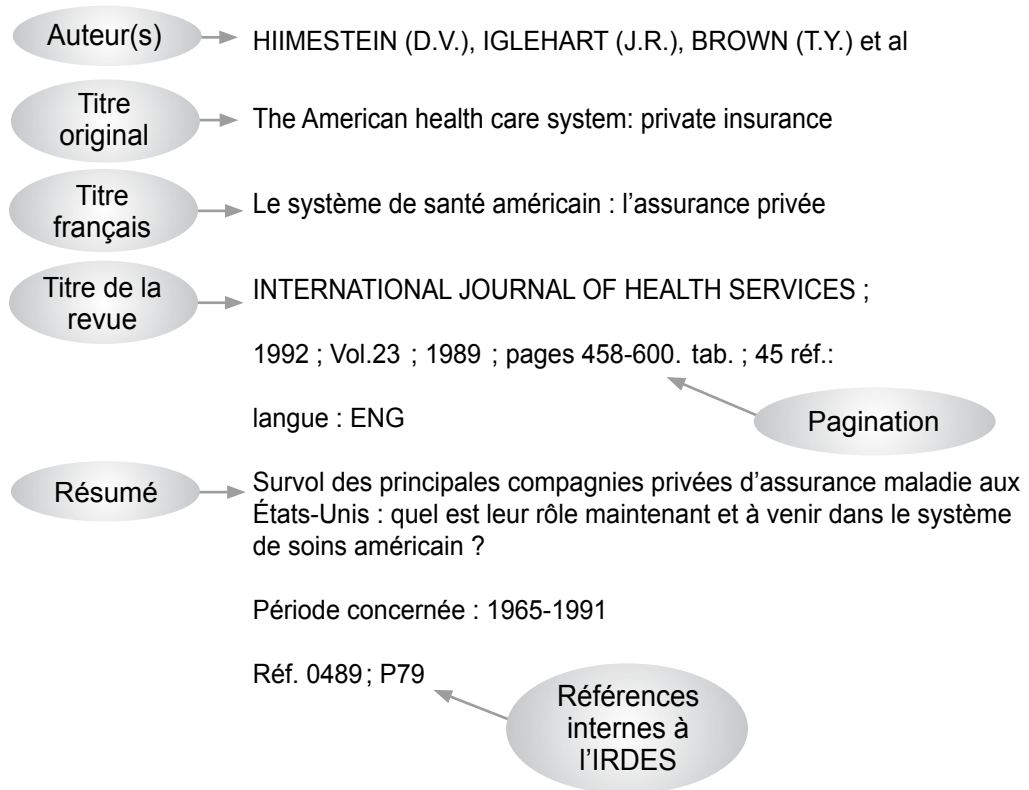
Pour contacter le centre de documentation : email : [documentation@irdes.fr](mailto:documentation@irdes.fr)

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

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



## ► Comment lire une notice?




## ► Signification des abréviations

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



## **Sommaire**





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



# Sommaire

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 17 POLITIQUE DE SANTÉ

Droits des malades .....	17
Périnatalité .....	18
Soins palliatifs .....	18

### 19 PROTECTION SOCIALE

Assurance maladie .....	19
Dépendance.....	20
Prestations familiales .....	20
Protection complémentaire .....	20
Retraite .....	21
Union européenne .....	21

### 22 PRÉVENTION SANTÉ

Éducation pour la santé .....	22
Éducation thérapeutique .....	22

### 23 ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Coût de la maladie .....	23
Coût de la santé.....	23
Dépenses de santé .....	24
Dépenses pharmaceutiques .....	25
Financement des soins .....	25
Indemnités journalières.....	26
Programmes de santé.....	26

### 27 ÉTAT DE SANTÉ

Cancer .....	27
Diabète.....	28
Drogues .....	28
Enquête santé.....	29
Études d'ensemble .....	29
Handicap.....	30

Hypertension artérielle .....	30
Maladies chroniques .....	30
Santé scolaire .....	31
Santé et travail .....	31
Sommeil .....	32
Tabagisme.....	32

### 35 PERSONNES ÂGÉES

Dépendance.....	35
Emploi des seniors.....	36
Vie sociale.....	37
Vieillesse .....	37

### 38 INÉGALITÉS DE SANTÉ

Accès aux soins .....	38
Comparaisons internationales .....	38
Inégalités sociales de santé.....	39
Migrants .....	40
Obésité.....	40

### 41 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Effets contextuels.....	41
Territorialisation.....	42

### 43 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Activité professionnelle .....	43
Collaboration interprofessionnelle.....	43
Démographie médicale .....	43
Densité médicale .....	45
Histoire professionnelle.....	46
Information médicale.....	46
Migration internationale.....	47
Modes de rémunération .....	47
Pratique médicale .....	48

Recours aux soins .....	51	<b>68 TECHNOLOGIES ET INFORMATIQUE MÉDICALES</b>	
Relations médecin-malade .....	52		
Soins non urgents .....	52	Systèmes d'information.....	68
Syndicalisme .....	53		
<b>53 HÔPITAL</b>		<b>68 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS</b>	
Activité hospitalière .....	53	Belgique .....	68
Cliniques privées.....	53	Canada .....	69
Éducation thérapeutique .....	54	Espagne.....	69
Gestion des ressources humaines.....	54	États-Unis .....	69
Hospitalisation à domicile .....	55	Monde .....	71
Indicateurs de gestion hospitalière .....	55	Pays-Bas.....	72
Personnel hospitalier .....	56	Pays baltes .....	72
Planification sanitaire .....	56	Royaume-Uni.....	73
Praticiens hospitaliers.....	57	Suisse .....	73
Réseau ville-hôpital.....	57		
Tarifcation hospitalière .....	58	<b>73 PRÉVISION - ÉVALUATION</b>	
Urgences hospitalières .....	58	Coût de l'hospitalisation .....	73
		Échelles de santé.....	74
<b>59 PROFESSIONS DE SANTÉ</b>		Économie de la santé .....	74
Délégation des tâches .....	59	Évaluation économique.....	75
Démographie médicale .....	59	Évaluation des pratiques professionnelles.....	75
Infirmiers .....	59	Haute Autorité de Santé.....	76
Pharmaciens d'officine.....	60	Médicaments.....	76
Professions paramédicales.....	60	Qualité des soins .....	76
<b>61 MÉDICAMENTS</b>		<b>77 MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE</b>	
Accidents thérapeutiques.....	61	Mesures de la santé.....	77
Automédication .....	61	Méthodes biostatistiques .....	77
Industrie pharmaceutique .....	62	Méthodes épidémiologiques .....	77
Innovation médicale .....	62	Méthodes statistiques .....	77
Médicaments biosimilaires.....	63	Systèmes d'information.....	78
Médicaments génériques.....	64		
Médicaments hospitaliers .....	64	<b>79 DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE</b>	
Observance thérapeutique.....	65	Immigration .....	79
Pharmacies d'officine.....	65	Vieillesse démographique .....	79
Politique des médicaments .....	65		
Prescription .....	66	<b>80 ÉCONOMIE GÉNÉRALE</b>	
Prix.....	67	Marché du travail .....	80
Régulation.....	67		
Sociologie .....	68	<b>80 DOCUMENTATION-INFORMATIQUE</b>	
		Internet.....	80

## 80 RÉGLEMENTATION

Accidents du travail.....80

## — AUTRES RUBRIQUES —

Index des auteurs ..... 83

Carnet d'adresses des éditeurs ..... 91



## ► Références bibliographiques



## D Droits des malades

38595

ARTICLE

THOUVENIN (D.), AVRAM (F.), CARBONNE (A.), TADIE (M.), DINTILHAC (J.P.), et al.

**Indemnisation des accidents médicaux.****Dossier.**

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2008/01-02 ; n° 520 : 36-39

Cote Irdes : C, P22

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite « loi Kouchner », a mis en place un nouveau dispositif d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux. Six ans après sa création, ce dossier dresse un premier bilan du dispositif à travers plusieurs articles. Il décrit notamment le fonctionnement et le rôle des structures de conciliation : Commission nationale des accidents médicaux (CNAM), Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI), Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM), Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ). Il présente également le rôle des professionnels qui oeuvrent dans ces structures de conciliation (avocat de la défense, expert médical) et offre une vision critique du dispositif par l'intermédiaire de différents acteurs (assureur, association de défense des victimes). Par ailleurs, ce dossier évoque quelques autres points particuliers tels que la révision de la nomenclature des préjudices, la protection fonctionnelle du médecin hospitalier, ou bien encore, la mise en place d'une médiation sur la sécurité des soins à travers la création de la mission MIDISS.

40137

ARTICLE , INTERNET

BACKMAN (G.), HUNT (P.), KHOSLA (R.) et al.

**Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries.***Les systèmes de santé et le droit à la santé : une évaluation réalisée dans 194 pays.*

LANCET (THE)

2008/12/13 ; vol. 372 : n° : 2047-2085, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(08\)61781-X/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(08)61781-X/abstract)

The Lancet célèbre à sa manière le 60e anniversaire de la Déclaration universelle des droits de l'homme en publiant un rapport spécial sur le droit à la santé proposant 72 indicateurs reflétant le droit à la santé dans différents systèmes de santé. Des données sont recueillies dans 194 pays. La revue médicale s'est penchée en particulier sur le cas de cinq pays : la Suède, la Mozambique, la Roumanie, le Pérou et l'Equateur.

60 years ago, the Universal Declaration of Human Rights laid the foundations for the right to the highest attainable standard of health. This right is central to the creation of equitable health systems. We identify some of the right-to-health features of health systems, such as a comprehensive national health plan, and propose 72 indicators that reflect some of these features. We collect globally processed data on these indicators for 194 countries and national data for Ecuador, Mozambique, Peru, Romania, and Sweden. Globally processed data were not available for 18 indicators for any country, suggesting that organisations that obtain such data give insufficient attention to the right-to-health features of health systems. Where they are available, the indicators show where health systems need to be improved to better realise the right to health. We provide recommendations for governments, international bodies, civil-society organisations, and other institutions and suggest that these indicators and data, although not perfect, provide a basis for the monitoring of health systems and the progressive realisation of the right to health. Right-to-health features are not just good management, justice, or humanitarianism, they are obligations under human-rights law.

40290

FASCICULE

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

**Santé : vos nouveaux droits.**

QUE CHOISIR ?

2008/12 ; n° 78 : 141p.

Cote Irdes : A3827

Ce dossier fait le point sur les nouveaux droits des malades contenus dans les différents projets de loi en santé : plan hôpital 2007, loi hôpital patients santé et territoires, lois sur les droits des malades...

## ► Périnatalité

38476

ARTICLE  
PAUCHET-TRAVERSAT (A.-F.), BLONDEL (B.), ZEITLIN (J.), et al.

### ***Naître en France.***

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE  
PUBLIQUE

2007/12, 2008/03; n° 61-62: 17-98

Cote Irdes: C, P49

<http://www.hcsp.fr/hcspi/docspdf/adsp/adsp-61/ad611798.pdf>

Des évolutions autour de la naissance ont amélioré l'offre de soins, et l'accompagnement des femmes, couples et familles. Les données sur la santé des femmes et des enfants, la prise en charge médicale au moment de la naissance montrent les progrès concernant la diminution de la mortalité foeto-infantile, et les défis à relever tant organisationnels que dans les réponses aux besoins et attentes des femmes, en évitant la médicalisation de la naissance. L'histoire de la naissance éclaire les causes de ces évolutions, leurs avantages et leurs conséquences. Avec le souhait que la richesse affective des mises au monde d'autrefois puisse réapparaître aujourd'hui, sous d'autres formes restant à expérimenter.

## ► Soins palliatifs

38967

FASCICULE  
MARESCA (B.), ALBEROLA (E.), OLLIVIER (F.), DALAKIAN (I.), MAES (C.), BERARD (I.)  
Ministère chargé de la Santé (M.S.S.P.S.).  
Direction de la Recherche - des Études de l'Évaluation et des Statistiques (D.R.E.E.S.).  
Paris. FRA

### ***Vingt ans après les premières unités, un éclairage sur le développement des soins palliatifs en France: le secteur hospitalier et des soins à domicile.***

SERIE ETUDES ET RECHERCHE -  
DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2008/06; vol.: n° 78: 101p., tabl., ann.

Cote Irdes: C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud78.pdf>

La première unité de soins palliatifs en France a été créée en 1987 à l'hôpital de la Cité Universitaire à Paris. Vingt ans après, différentes lois et circulaires ont donné aux soins

palliatifs une impulsion et un développement important. Les moyens sont encore largement sous dimensionnés par rapport à des besoins grandissants sous l'effet conjugué du vieillissement de la population et des progrès de la médecine. L'étude a pour finalité le recueil de l'avis des professionnels de santé, des bénévoles, des malades en fin de vie et de leurs proches sur les prises en charge relevant des soins palliatifs. Elle s'intéresse autant que possible à l'intégration de la démarche palliative dans les services hospitaliers.

38968

FASCICULE  
DUJIN (A.), MARESCA (B.), FUNEL (F.), DALAKIAN (I.)  
Ministère chargé de la Santé (M.S.S.P.S.).  
Direction de la Recherche - des Études de l'Évaluation et des Statistiques (D.R.E.E.S.).  
Paris. FRA

### ***Étude sur les perceptions et les attentes des professionnels de santé, des bénévoles et des familles des malades dans le cadre de la prise en charge des soins palliatifs: les établissements médico-sociaux.***

SERIE ETUDES ET RECHERCHE -  
DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2008/06; n° 79: 87p., tabl., ann.

Cote Irdes: C, S35/2

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud79.pdf>

L'enquête réalisée à la demande de la DREES avait pour finalité le recueil des points de vue des professionnels de santé travaillant dans ces établissements, des bénévoles, des résidents en fin de vie et de leurs proches sur les prises en charge relevant des soins palliatifs. Ont ainsi été pris en compte les établissements accueillant les personnes âgées (EHPAD) et les établissements pour enfants polyhandicapés et adultes handicapés (IME et MAS). La confrontation des points de vue des différents professionnels fait apparaître des différences de positionnement et des visions contrastées tant du point de vue des finalités des pratiques professionnelles que des besoins des établissements. La prise en compte du point de vue des proches des résidents et des résidents eux-mêmes permet de confronter la construction actuelle des pratiques professionnelles à l'état de la demande sociale.

39836

ARTICLE  
GALLOIS (P.), VALLEE (J.P.), LE NOC (Y.)**Soins palliatifs : une approche globale du malade.**MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC  
2008 ; vol. 4 : n° 7 : 308-313  
Cote Irdes : P198

La conférence de consensus de 2004 se donnait pour objectif d'« impulser une culture commune de l'accompagnement » des patients en fin de vie. Elle s'inscrivait dans l'évolution législative et réglementaire initiée par la loi du 9 juin 1999 sur le droit à l'accès aux soins palliatifs et les deux plans triennaux de développement des soins palliatifs (1999-2001 et 2002-2005). La loi du 22 avril 2005 relative aux droits du malade et à la fin de vie a concrétisé ces différents aspects. La conférence de 2004 complétait par ailleurs les recommandations professionnelles de 2002 sur la prise en charge des symptômes majeurs des personnes en fin de vie. Le jury de la conférence soulignait que la démarche d'accompagnement des personnes en fin de vie par les soignants ne peut être que globale, tenant compte des besoins et des attentes du malade et de sa famille, mais aussi des besoins des soignants et des bénévoles. Elle exige du temps pour échanger et une formation mettant l'accent sur la réflexion éthique, afin d'acquérir les moyens d'accompagner le malade vers la mort, qu'elle soit mise en oeuvre à domicile ou dans un établissement de soins

39847

ARTICLE  
SENTILHES-MONKAM (A.)**Soins palliatifs ; un droit pour tout malade.**MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC  
2008 ; vol. 4 : n° 8 : 364-368  
Cote Irdes : P198

Jusqu'au milieu des années 1980, les structures existantes de soins palliatifs sont d'inspiration caritative. Un fort courant favorable à l'euthanasie existe, relayé par des intellectuels et suscitant une sympathie au sein de la population française ; les soignants sont considérés comme des humanistes chrétiens. Des associations de bénévoles se développent, s'inspirant du modèle anglais.

## D Assurance maladie

37573

ARTICLE  
SPAETH (J.M.)**Les syndicats et l'assurance maladie.**SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE  
2008 ; vol. : n° 18 : 29-37  
Cote Irdes : P168

La Sécurité sociale s'avère être un condensé de contradictions et l'assurance maladie en est un des éléments les plus sensibles. Elle est toujours trop chère pour celui qui cotise, dont les soins ne sont pourtant jamais assez remboursés. Les professionnels de santé jurent la main sur le coeur qu'il faut les payer plus pour qu'ils soignent mieux, et les gouvernements, obsédés par les prélèvements obligatoires et aiguillonnés par les employeurs « écrasés » de charges, sont régulièrement tentés de tout réformer de fonds en comble. Quant aux organisations syndicales, elles n'ont jamais réussi à surmonter leurs divergences, voire leurs antagonismes, sur la conception même de l'assurance maladie. Cet article apporte quelques éclairages pour mieux en comprendre la genèse. Et surtout, il esquisse des pistes pour relever les immenses défis auxquels est confronté cet élément réellement vital du pacte social.

39543

ARTICLE  
JOHANET (G.)**L'échec de la régulation.**SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE  
2008 ; n° 20 : 97-110  
Cote Irdes : P168

Evoquer la régulation et son échec renvoie aux multiples plans de rééquilibrage de l'assurance maladie. Mais le champ de la régulation est plus vaste, portant sur le système de soins et pas seulement la prise en charge. La régulation s'exprime aussi de façons diverses, les décisions isolées, voire les non-décisions, y contribuant significativement. L'échec, enfin, prend des formes multiples. Malgré cela s'opère une modernisation laborieuse et cahoteuse, du système de soins, qui deviendra irréversible si tous les acteurs reconnaissent la légitimité de la régulation et s'éloignent du « tout-Etat » (Résumé auteur).

39577

ARTICLE  
VACARIE (I.), ALLOUACHE (A.), GINON  
(A.S.), FERKANE (Y.), LEROY (S.)

***Crise de l'Etat-providence ou crise de la  
régulation économique ? Les leçons des  
réformes de l'assurance maladie.***

DROIT SOCIAL

2008/11 ; n° 11 : 1103-1114

Cote Irdes : P109

La succession des réformes qui touchent le système de santé français est souvent présentée comme le signe d'une alternance dans les modalités de maîtrise des dépenses. L'objectif serait tantôt de maîtriser l'offre de soins, tantôt la demande. Sans être inexacte, cette présentation du sens des réformes n'en est pas moins insuffisante. En effet, elles ont toutes pour point commun de déroger aux principes fondateurs de l'assurance maladie en invoquant la nécessaire régulation économique des dépenses de santé. Un tel constat conduit à se demander ce qui fonde la croyance, très légèrement partagée, qu'il existerait des outils qui permettraient de maîtriser les dépenses de santé, d'éviter des gaspillages de ressources. A travers un historique des réformes, cet article analyse cette évolution philosophique.

## ► Dépendance

39576

ARTICLE  
ELBAUM (M.)

***Les réformes en matière de handicap et de  
dépendance : peut-on parler de "cinquième  
risque" ?***

DROIT SOCIAL

2008/11 : n° 11 : 1091-1102, 4 tabl.

Cote Irdes : P109

Les réformes engagées en matière de handicap et de dépendance font référence à l'idée d'instaurer un cinquième risque au sein de la protection sociale, qui serait consacré à l'ensemble des limitations d'autonomie. Ce cinquième risque aurait pour vocation à constituer un nouveau champ de la protection sociale, en ouvrant à tous ceux qui ont besoin quel soit leur âge 'un droit universel à la compensation pour autonomie, c'est-à-dire ai financement d'un plan d'aide personnalisé établi en fonction de leurs besoins. Cet article fait le point sur le modèle français existant et présente les réformes en cours. Il analyse aussi quelques modèles expérimentés à l'étranger.

## ► Prestations familiales

38529

FASCICULE, INTERNET  
CLEMENT (J.), MATHIEU (F.), ROBERT (M.-  
J.), SALESSES (C.)

Caisse Nationale des Affaires Familiales.  
(C.N.A.F.). Direction des Statistiques des  
Etudes et de la Recherche. Paris. FRA

***Faible augmentation du nombre de  
bénéficiaires des prestations versées par les  
caisses d'allocations familiales sur un an.***

E-SENTIEL (L) - CNAF

2008/05 ; n° 73 : 4p., pdf, carte, tabl.

Cote Irdes : C, En ligne

[Cliquer ici pour consulter ce document.](#)

Au 31 décembre 2007, les caisses d'Allocations familiales (CAF) ont versé des prestations à 10 768 200 allocataires, soit 53 000 de plus qu'en décembre 2006. Sur un an, cette hausse (+0,5%) - plus soutenue dans les départements d'Outre-mer [DOM (+1,6%) ] qu'en Métropole (+0,4%) - s'explique principalement par le fait que les statistiques publiées intègrent désormais les bénéficiaires d'un contrat aidé ou d'un dispositif de retour à l'emploi [52 000 au 31 décembre 2007 (45 800 en Métropole et 6 200 dans les DOM) ], même s'ils ne perçoivent pas de prestations légales. Parmi les 10,8 millions d'allocataires, 82,4% touchent au moins une prestation sous condition de ressources. Près de 3,7 millions d'allocataires ont un revenu mensuel inférieur au seuil de bas revenus qui s'élève à 871 euros, par unité de consommation. Malgré le grand nombre de prestations versées par les CAF, la majorité des allocataires (66%) ne touche qu'une seule prestation et 14% trois ou plus. En comptant les conjoints et les personnes à charge des familles, 29,5 millions d'individus sont couverts par les CAF, dont 13,2 millions d'enfants (Résumé d'auteur).

## ► Protection complémentaire

38536

FASCICULE  
ARNOULD (M.-L.), RATTIER (M.-O.)  
Ministère chargé de la Santé (M.S.S.P.S.).  
Direction de la Recherche - des Études de  
l'Évaluation et des Statistiques (D.R.E.E.S.).  
Paris. FRA

***Les contrats les plus souscrits auprès des  
organismes complémentaires santé en 2006.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2008/05 ; n° 635 : 8p., tabl., graph.

Cote Irdes: P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er635.pdf>

L'année 2006 voit la mise en place des contrats dits « responsables » pour les organismes complémentaires santé. L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance analyse les garanties offertes par les contrats les plus souscrits (« contrats modaux ») et permet de faire un premier bilan. Un tiers des contrats seulement prennent en charge les dépassements d'honoraires dans le parcours de soins, 20% - hors du parcours de soins. Les médicaments à vignettes blanches et bleues (remboursés respectivement à 65 et 35%) sont pris en charge par plus de 99% des contrats des complémentaires santé. Les médicaments à vignette orange, instaurés en février 2006 font l'objet d'un remboursement moins fréquent (46% des contrats). La nouvelle participation de 18 euros appliquée depuis le 1er septembre 2006 sur les actes lourds est très largement prise en charge (98%) par les organismes complémentaires. La cotisation mensuelle moyenne par bénéficiaire s'élève à 35 euros pour les contrats collectifs modaux et 39 euros pour les contrats individuels.

39904

FASCICULE

ARNOULD (M. L.), VIDAL (G.)

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

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

Paris. FRA

**Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2008/10; n° 663: 8p., tabl., graph.

Cote Irdes: C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er663.pdf>

L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance porte sur les garanties des contrats modaux, c'est-à-dire des trois contrats individuels et des deux contrats collectifs les plus fréquemment souscrits auprès de chaque organisme. Cette étude met en évidence une certaine corrélation des niveaux de garantie concernant les prothèses dentaires, les lunettes et, dans une moindre mesure, les dépassements d'honoraires, et confirme les niveaux de garantie plus élevés des contrats collectifs par rapport aux contrats individuels.

## Retraite

40549

FASCICULE, INTERNET

BENALLAH (S.), LEGENDRE (F.)

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

**Une projection de l'âge de départ à la retraite en 2020.**

CONNAISSANCE DE L'EMPLOI:

LE 4 PAGES DU CEE

2009/01; n° 61: 4p., tabl., graph.

Cote Irdes: Bulletin Français

[http://www.cee-recherche.fr/fr/connaissance\\_emploi/61-projection\\_age\\_depart\\_retraite\\_2020.pdf](http://www.cee-recherche.fr/fr/connaissance_emploi/61-projection_age_depart_retraite_2020.pdf)

Alors qu'est discuté l'avenir du système de retraite français, l'effet des réformes passées sur l'évolution des âge et nombre de départs en retraite est encore largement méconnu. Les projections réalisées à partir du modèle Sidre mettent en évidence un net relèvement de l'âge de départ en retraite des hommes au cours des dix prochaines années. Ce relèvement, de l'ordre de deux années entre 2005 et 2020, fixerait l'âge moyen de départ à 62,4 ans à l'échéance 2020, alors qu'il est actuellement de 60,5 ans. Cette augmentation est en grande partie imputable à deux évolutions majeures: l'élévation, au cours des années 1950 et 1960, de l'âge moyen de fin d'études (passage de la scolarité obligatoire de 14 à 16 ans), et la réforme des retraites de 1993 qui a durci les conditions d'ouverture d'une retraite sans pénalités. Ces deux facteurs expliquent aux trois quarts l'augmentation de l'âge de départ en retraite. Seul un quart tient au passage, prévu par la réforme de 2003, de 40 à 41 annuités de la durée d'assurance requise.

## Union européenne

39465

FASCICULE

CHASSARD (Y.), DAYAN (J.L.)

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

**Le modèle social européen est-il soluble dans la mondialisation ? 1. La protection sociale.**

NOTE DE VEILLE (LA)

2008/09; n° 109: 1-6, 3 tabl., 4 graph.

Cote Irdes: Bulletin français

<http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/NoteVeille109.pdf>

Il existe bien un modèle social proprement européen, caractérisé par un haut niveau de protection des personnes contre les aléas de l'existence. La mondialisation n'a pas entamé les principales sécurités qu'il procure. L'idée selon laquelle celle-ci engendrerait une course vers le bas des normes sociales n'est pas toujours vérifiée dans les faits. L'observation suggère que des coupes dans la protection sociale ne réduiraient pas significativement les coûts salariaux dans les pays de l'Union européenne. Pour autant, rien n'est garanti pour l'avenir. Les systèmes européens doivent relever d'autres défis, internes, dont le moindre n'est pas celui posé par le vieillissement démographique.

## PRÉVENTION SANTÉ

### Éducation pour la santé

38619

ARTICLE

KARRER (M.), BUTTET (P.), VINCENT (I.)

**Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents et de personnes âgées.**

SANTÉ PUBLIQUE

2008/01-02; vol. 20: n° 1: 69-80

Cote Irdes: C, P143

Cette expérimentation a évalué l'élaboration et la mise en oeuvre de cinq actions pilotes d'éducation pour la santé en médecine générale et en pharmacie, fondée sur une approche « globale » et « par population ». Ces actions ont été conçues et mises en oeuvre par 35 médecins généralistes et pharmaciens sur cinq sites en France entre 2001 et 2004, incluant 185 patients. Les professionnels ont fait preuve le plus souvent d'une approche globale de la santé: vision positive de la santé, non cloisonnement de ses différents aspects, effort de personnalisation. Les femmes enceintes, les adolescents et les personnes âgées ont présenté des spécificités à prendre en compte dans une approche par population. Les actions se sont appuyées sur des techniques simples faisant appel à des guides d'entretien et des documents d'aide à l'expression et à la relation professionnel-patient.

### Éducation thérapeutique

GAPP O., SCHWEIKERT B., MEISINGER C., HOLLE R.

**Disease management programmes for patients with coronary heart disease--an empirical study of German programmes.**

*Les programmes d'éducation thérapeutique destinés aux patients souffrant de pathologies coronaires: une étude empirique des programmes allemands.*

HEALTH POLICY

2008: vol. 88: n° 2-3: 176-185.

Cote Irdes: P92

**OBJECTIVE:** To evaluate healthcare and outcomes of disease management programmes (DMPs) for patients with coronary heart disease (CHD) in primary care, and to assess selection of enrollment for these programmes. **METHODS:** A cross-sectional survey of 2330 statutorily insured patients with a history of acute myocardial infarction (AMI) was performed in 2006 by the population-based KORA Myocardial Infarction Register from the region of Augsburg, Germany. Patients enrolled in DMP-CHDs receive evidence-based care, with patients not enrolled receiving standard care. To control for selection bias, a propensity score approach was used. **RESULTS:** Main factors influencing DMP participation were age (OR 0.98, 95% CI 0.96-0.99), diabetes (OR 1.56, CI 1.25-1.95) and time since last heart attack (OR 0.98, CI 0.95-0.99). Significantly more patients enrolled in DMP-CHDs stated that they received medical counselling for smoking (OR 3.77, CI 1.07-13.34), nutrition (OR 2.15, 1.69-2.74) and for physical activity (OR 2.58, 1.99-3.35). Furthermore, prescription of statins (OR 1.58, CI 1.24-2.00), antiplatelets (OR 1.96, CI 1.43-2.69) and beta-blockers (not significant) were higher in the DMP group. With respect to outcomes, we did not see relevant differences in quality of life and body mass index, and only a minor reduction in smoking. **CONCLUSIONS:** Enrollment into DMPs for CHD exhibits systematic selection effects. Participants tend to experience--at least on a short to medium term and for AMI patients--better quality of healthcare services. However, since DMP-CHDs were initiated only 2 years ago, we were unable to identify significant improvements in health outcomes. Only the reduction in smoking provides a first indication of better quality outcomes following DMP-CHD. Thus, policy-makers must provide appropriate incentives to sickness funds and physicians in order to ensure initiation and continuation of high quality DMPs.

## ► Coût de la maladie

40384

ARTICLE  
BASDEVANT (A.)

### ***L'impact économique de l'obésité***

SEVE: LES TRIBUNES DE LA SANTE

2008; n° 21: 57-64, tabl.

Cote Irdes: P168

L'obésité est reconnue comme une pathologie à part entière. Elle résulte de l'interaction complexe d'une variété de déterminants comportementaux, environnementaux et biologiques. Les facteurs sociaux et économiques jouent également un rôle important. Cette malnutrition moderne suscite de nouveaux enjeux pour les systèmes de santé, aussi bien en termes médico-économiques que d'organisation des soins et de la prévention. Les politiques préventives de santé publique sollicitent de plus en plus le secteur économique. D'où l'émergence d'un débat sur la pertinence et les effets secondaires potentiels des mesures préventives sur la responsabilité de l'individu et de la collectivité ( résumé de l'auteur).

37789

ARTICLE  
GUERRERO (I.)

### ***La matrice d'évaluation du risque maladie: un outil de pilotage du système de santé, application au coût du cancer en France.***

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2007/09-10; vol. 25: n° 5-6: 281-294, tabl., rés., fig.

Cote Irdes: C, P85

Cet article propose un outil permettant de mettre en relation les différents aspects d'une politique de santé depuis l'éducation à la santé et la prévention jusqu'au suivi post-clinique d'une maladie, en intégrant la recherche médicale et les phases de traitement. L'élaboration de l'outil proposé s'appuie sur la notion de risque et sur ses spécificités dans le domaine de la santé. La méthode utilisée consiste à élaborer un modèle à partir d'une revue de la littérature, puis à l'opérationnaliser en utilisant la monographie sur les coûts du cancer en France réalisée par l'Institut du Cancer pour 2004. Quatre différentes composantes du risque maladie sont mises en évidence à partir d'une matrice qui met en relation le niveau d'évaluation (individuel ou collectif) et les répercus-

sions identitaires de la maladie (construction ou rupture). L'opérationnalisation du modèle permet d'aboutir à des propositions concrètes sur l'articulation entre l'élaboration de politiques de santé intégrées et le financement du système de soins. (résumé d'auteur).

## ► Coût de la santé

40338

ARTICLE  
KRONBORG (C.), HANDBERG (G.),  
AXELSEN (F.)

### ***Health care costs, work productivity and activity impairment in non-malignant chronic pain patients.***

*Coûts de santé, productivité au travail et restriction d'activité dans le cas de patients souffrant de douleurs chroniques non malignes.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2009/02; vol. 10: n° 1: 5-13, 6 tab.

Cote Irdes: P151

This study explores the costs of non-malignant chronic pain in patients awaiting treatment in a multidisciplinary pain clinic in a hospital setting. Health care costs due to chronic pain are particular high during the first year after pain onset, and remain high compared with health care costs before pain onset. The majority of chronic pain patients incur the costs of alternative treatments. Chronic pain causes production losses at work, as well as impairment of non-work activities.

40382

ARTICLE  
LE PEN (C.)

### ***La rentabilité collective des soins de santé.***

SEVE: LES TRIBUNES DE LA SANTE

2008; n° 21: 23-30, fig.

Cote Irdes: P168

Les soins médicaux sont-ils rentables, doivent-ils l'être ? Au-delà de la santé « privée », ont-ils un effet sur la santé publique ? On prétend parfois que l'amélioration des conditions de vie contribue davantage à l'élévation de l'espérance de vie que la médecine. Cela est exact pour le XIX<sup>e</sup> siècle mais plus aujourd'hui. Les gains pourraient de plus s'épuiser dans le futur si la médecine arrive, comme elle en a l'ambition, à amener la population aux limites de la longévité biologique ( résumé de l'auteur).

40383

ARTICLE

BAUMSTARK (L.), CARRERE (M.O.),  
ROCHAIX (L.)

**Mesures de la valeur de la vie humaine.  
Usages et enjeux comparés dans le secteur  
de la santé et des transports.**

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2008 ; n° 21 : 41-55, tabl.

Cote Irdes : P168

Le terme de valeur de la vie humaine fait référence, dans une approche économique, au prix que les individus sont prêts à payer pour obtenir une réduction de leur probabilité de décès. De manière similaire, le décideur public est amené à opérer de tels choix, la question étant alors de savoir quel est l'effort que la collectivité est prête à consentir pour réduire les probabilités de décès. Pour appréhender cette valeur collective, a été définie la notion de valeur statistique de la vie humaine, utilisée avant que le choix ne soit effectué et sans connaissance de l'identité du bénéficiaire. L'objet de cet article est de présenter les méthodes qui permettent d'estimer les valeurs de ce type, de montrer en quoi elles participent de l'éthique des choix publics et de comparer les usages qui en sont fait dans deux secteurs d'application : les transports et la santé ( résumé de l'auteur).

ARIIZUMI H.

**Effect of public long-term care insurance  
on consumption, medical care demand, and  
welfare.**

*Effets de l'assurance maladie obligatoire  
couvrant les soins de longue durée sur la  
consommation médicale, la demande de santé  
et la protection sociale.*

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 27 : n° 6 : 1423-1435.

Cote Irdes : P79

Many governments allocate public funds to individuals who need long-term care (LTC) services as a result of chronic illnesses and functional problems. In this paper, I investigate the effects of two common eligibility criteria of LTC programs: means-tested and health-based programs. I find that publicly provided health-based LTC crowds out the medical spending among low health individuals. Furthermore, means-tested programs lead to higher initial spending on medical care and consumption goods among middle-wealth individuals. The welfare implications of these programs also

depend critically upon the individuals' initial wealth and health status. Interestingly, it is possible for health-based programs to be less costly than means-tested programs.

FEENSTRA T. L., VAN BAAL P. H.,  
GANDJOUR A., BROUWER W. B.

**Future costs in economic evaluation. A  
comment on Lee.**

*Coûts futurs en évaluation économique.  
Commentaire sur un article de Lee.*

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 27 : n° 6 : 1645-1649.

Cote Irdes : P79

In a recent article in this journal Lee argued that indirect medical costs should be ignored in economic evaluations. To reach this conclusion, Lee uses an unrealistic and uncommon budget constraint. This comment highlights a number of methodological problems in Lee's analysis. Moreover, it highlights that looking at current practice of economic evaluation, Lee's model implies the inclusion rather than the exclusion of indirect medical costs.

## ► Dépenses de santé

37575

ARTICLE

PRIEUR (C.)

**Dépenses de santé. Pourquoi ne pas dire la  
vérité aux Français ?**

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2008 ; n° 18 : 95-104

Cote Irdes : P168

Les dépenses de santé augmentent plus vite que ne croît la richesse nationale. Il s'en suit deux conséquences majeures. D'abord, il convient de réguler le système productif de soins en lui faisant porter la contrainte qui lui serait appliquée s'il était nationalisé ou abandonné au marché. En second lieu, il faudra choisir entre les différentes modalités de financement possibles qui incarnent des valeurs fortes. La majeure partie des dépenses de santé doit relever du financement solidaire, pilier de l'accès de tous à des soins de qualité. Le surplus doit être partagé entre un financement mutualisé généralisé et un appel au revenu direct des ménages à condition qu'il soit équitable.

## ► Dépenses pharmaceutiques

37435

ARTICLE , INTERNET  
DEMERS (V.) , MELO (M.) , JACKEVICIUS (C.) , COX (J.) , KALAVROUZIOS (D.) , RINFRET (S.) , HUMPHRIES (K.H.) , JOHANSEN (H.) , PILOTE (L.) , TU (J.V.)

### **Comparison of provincial prescription drug plans and the impact on patients' annual drug expenditures.**

*Comparaison des plans de prescription de médicaments dans les provinces canadiennes et leur impact sur la dépense pharmaceutique annuelle des patients.*

CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION  
JOURNAL

2008 ; vol. 178 : n° 4 : 405-409, fig.

Cote Irdes : En ligne

<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/178/4/405>

Le remboursement des médicaments d'ordonnance en service externe n'est pas exigé par la Loi canadienne sur la santé, ni par aucune autre loi fédérale. Les gouvernements provinciaux établissent eux-mêmes leur régime de remboursement. Nous voulions décrire les variations entre les régimes publics provinciaux d'assurance-médicaments au Canada et étudier l'effet de cette variation sur les dépenses annuelles des patients. Pour les dix provinces canadiennes, nous avons recueilli de l'information, exacte en décembre 2006, au sujet des régimes publics d'assurance pour les médicaments d'ordonnance. En nous fondant sur des scénarios cliniques, nous avons calculé l'effet des stratégies de partage des coûts des provinces sur les dépenses annuelles individuelles en médicaments pour trois catégories de patients ayant des niveaux différents de revenu et un fardeau annuel d'ordonnance de deux niveaux (260 \$ et 1000 \$). Nous avons constaté que les critères d'admissibilité et les modalités de partage des coûts des régimes publics d'assurance-médicaments d'ordonnance différaient considérablement selon les régions au Canada, tout comme le fardeau financier personnel lié aux coûts des médicaments d'ordonnance. Les personnes âgées paient 35 % ou moins des coûts de leurs ordonnances dans deux provinces, mais ailleurs, elles peuvent payer jusqu'à 100 %. À quelques exceptions près, les personnes autres que les personnes âgées paient plus de 35 % du coût de leurs ordonnances dans chaque province. La plupart des bénéficiaires de l'aide sociale paient 35 % ou moins des coûts de leurs ordonnances dans cinq provinces et ne paient

rien dans les cinq autres. Pour un patient atteint d'insuffisance cardiaque, par exemple, les dépenses directes en médicaments d'ordonnance pour un fardeau de 1283 \$ variaient de 74 \$ à 1332 \$ selon la province. Une variation interprovinciale importante des régimes publics d'assurance-médicaments d'ordonnance produit une variation importante des dépenses annuelles des Canadiens ayant des fardeaux semblables d'ordonnances. Une stratégie pharmaceutique révisée pourrait réduire ces inégalités majeures.

37797

ARTICLE  
SABBAN (C.) , COURTOIS (J.)  
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.).  
Direction de la Stratégie des Etudes et des Statistiques. (D.S.E.S.). Paris. FRA

### **Comparaisons européennes sur huit classes de médicaments.**

POINTS DE REPÈRE

2007/12 ; n° 12 : 8p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, S36

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Points\\_de\\_repere\\_n\\_\\_12.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n__12.pdf)

Les données de l'OCDE montrent que la France se situe au premier rang des pays européens pour la dépense de médicaments par habitant. Une comparaison avec quatre pays voisins (Allemagne, Royaume-Uni, Espagne et Italie) permet d'éclairer cette spécificité française, à partir de l'analyse de huit classes de médicaments couramment prescrits et représentant près de 40% des dépenses totales de médicaments de l'assurance maladie.

## ► Financement des soins

FELDER S.

### **To wait or to pay for medical treatment? Restraining ex-post moral hazard in health insurance.**

*Attendre ou payer pour un traitement médical ? Modérer l'hasard moral ex-post en assurance maladie.*

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 27 : n° 6 : 1418-1422.

Cote Irdes : P79

We explore the hierarchy of two instruments, waiting time and coinsurance for medical treatment, for optimally solving the tradeoff

between the economic gains from risk sharing and the losses from moral hazard. We show that the optimal waiting time is zero, given that the coinsurance rate is optimally set.

PAULY M. V., BLAVIN F. E.

***Moral hazard in insurance, value-based cost sharing, and the benefits of blissful ignorance.***

*Hasard moral en assurance, partage des coûts basés sur la valeur, et les bénéfices d'une ignorance bienheureuse.*

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 27 : n° 6 : 1407-1417.

Cote Irdes : P79

The conventional theory of optimal coinsurance rates for health insurance with moral hazard indicates that coinsurance should vary with the price responsiveness or price-elasticity of demand for different medical services. An alternative theory called "value-based cost sharing" indicates that coinsurance should be lower for services with higher (marginal) benefits relative to costs. This paper reconciles the two views. It shows that, if patient demands are based on correct information, optimal coinsurance is the same under either theory. If patient demands differ from informed demands, optimal coinsurance depends both on information imperfection and price responsiveness. Value-based cost sharing can be superior to providing information (even if the cost of information is minimal) when patient demands fall short of informed demands. An extended numerical example illustrates these points.

## ► Indemnités journalières

37796

ARTICLE

EXPERT (A.)

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Direction de la Stratégie des Etudes et des Statistiques. (D.S.E.S.). Paris. FRA

***Les disparités géographiques de consommation d'indemnités journalières en maladie.***

POINTS DE REPÈRE

2007/11 ; n° 11 : 12p., graph.

Cote Irdes : C, S36

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/pt\\_repere\\_11.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/pt_repere_11.pdf)

[BDSP. Notice produite par CNAMTS R0xFqIEI. Diffusion soumise à autorisation]. Les indemnités journalières maladie versées par le régime général représentent en 2006 plus de 5 milliards d'euros. Elles sont inégalement distribuées sur le territoire : entre départements, la consommation moyenne d'IJ varie de 1 à 2 pour les arrêts courts (moins de trois mois), de 1 à 4 pour les arrêts de plus de trois mois. Cette étude analyse les facteurs explicatifs de ces variables géographiques : contexte économique (secteurs d'activité, CSP, taux de chômage), intensité des contrôles réalisés, et pour les IJ de plus de trois mois, l'état de santé de la population d'âge actif (affections de longue durée, pathologies donnant lieu à des soins de rééducation).

## ► Programmes de santé

HERRERO C., MORENO-TERNERO J. D.

***Estimating production costs in the economic evaluation of health-care programs.***

*Comment estimer les coûts de production dans l'évaluation économique des programmes de santé*

HEALTH ECONOMICS

2009 : vol. 18 : n° 1 : 21-35.

Cote Irdes : P173

We propose a method for calculating the production costs of an intervention in a manner that accounts for differences in productive 'effort.' This method could be used within a cost-effectiveness analysis framework in the evaluation of new medical technologies, pharmaceuticals, treatment programs, or public health interventions. We apply it to show evidence in favor of implementing a newborn screening program to detect congenital hearing impairment.

## ► Cancer

37293

ARTICLE, INTERNET  
ALLEMAND (H.) , SERADOUR (B.) , WEILL (A.) , RICORDEAU (P.)

***Baisse de l'incidence des cancers du sein en 2005 et 2006 en France : un phénomène paradoxal.***

BULLETIN DU CANCER  
2008 ; vol. 95 : n° 1 : 11-15, fig.  
Cote Irdes : en ligne

L'objectif est de mesurer l'évolution du taux d'incidence du cancer du sein entre 2000 et 2006 et d'analyser les variations simultanées du dépistage mammographique et des traitements hormonaux de la ménopause (THM). Les incidences ont été calculées à partir des affections de longue durée attribuées aux patients du régime général d'assurance-maladie pour cancer du sein. Les évolutions des THM et des dépistages ont été mesurées respectivement à partir des bases de données de l'assurance-maladie et des évaluations du programme national de dépistage. Entre 2000 et 2004, la croissance annuelle moyenne du taux d'incidence a été de 2,1 %. Puis, ce taux a décliné : - 4,3 % entre 2004 et 2005, - 3,3 % entre 2005 et 2006. La diminution a été plus forte pour les femmes de 50 ans et plus : - 6 % et - 5,3 % respectivement aux mêmes périodes. Entre 2000 et 2006, les THM ont diminué de 62 % et le nombre de dépistages mammographiques organisés a augmenté de 335 %. La baisse de l'incidence en période de déploiement du dépistage est paradoxale. La diminution massive et simultanée des THM est la seule modification majeure de l'environnement pouvant expliquer cette évolution.

37295

INTERNET , DOSSIER DE PRESSE  
Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).  
Saint-Maurice. FRA

***Présentation des dernières données d'incidence et de mortalité par cancer en France et des tendances des 25 dernières années (1980-2005).***

St Denis : INVS : 2008/02 ; 11p., tabl., ann.  
Cote Irdes : en ligne  
[http://www.invs.sante.fr/presse/2008/communiqués/cancer\\_evolution/DPCancer21FEV08bd.pdf](http://www.invs.sante.fr/presse/2008/communiqués/cancer_evolution/DPCancer21FEV08bd.pdf)

L'évolution des cancers ces 25 dernières années en France est marquée par des divergences entre l'incidence et la mortalité. C'est l'un des constats dressés aujourd'hui à l'occasion de la publication et de la présentation des dernières données d'incidence et de mortalité par cancer en France pour la période 1980-2005. Alors que l'incidence a considérablement augmenté, le risque de mortalité par cancer a diminué. En 2005, on estime à 320.000 le nombre de nouveaux cas de cancer (180.000 chez les hommes et 140 000 chez les femmes). Chez l'homme, les trois cancers les plus fréquents sont ceux de la prostate, du poumon et du colon-rectum. Chez la femme, il s'agit des cancers du sein, du colon rectum et du poumon. En comparaison avec la situation en 2000, en 2005, le cancer de la prostate demeure le plus fréquent chez l'homme et celui du sein le plus fréquent chez la femme. La progression a été plus importante pour les cancers de la prostate qui, avec plus de 62 000 nouveaux cas en 2005, devancent les cancers du sein responsables de près de 50.000 cas. En 25 ans (1980-2005), l'incidence du cancer a quasiment doublé chez l'homme (+93%) et fortement augmenté chez la femme (+84%). Ces augmentations sont liées notamment à l'essor démographique et au vieillissement de la population, mais 52% des cas supplémentaires chez l'homme et 55% chez la femme sont dus à l'augmentation du risque. Concernant la mortalité, on estime à 146 000 le nombre de personnes décédées d'un cancer en 2005 soit une augmentation de 13% depuis 1980. Cette augmentation est très inférieure à celle prévue par l'accroissement et le vieillissement de la population (37%) car le risque de mortalité a sensiblement diminué au cours de ces 25 dernières années (-24% globalement ; -29% chez l'homme et -22% chez la femme). Le cancer du poumon reste le plus meurtrier (26 624 décès en 2005) et touche majoritairement les hommes (78% des 31.000 cas en 2005). Toutefois, la mortalité par cancer du poumon diminue chez l'homme alors qu'elle augmente de façon préoccupante chez la femme entre 2000 et 2005 (+4.2% par an) en lien avec l'évolution du tabagisme. Cette divergence entre mortalité et incidence s'explique par l'évolution croisée des cancers : les tumeurs les plus agressives (œsophage, estomac, voies aérodigestives supérieures) ont chuté ces dernières années chez l'homme en lien avec la diminution de la consommation alcool-tabagique tandis que les cancers de pronostic plus favorable, pouvant être diagnostiqués très précocement, ont augmenté (sein, prostate). Le cancer du sein représente à lui seul la moitié des cas de cancer supplémentaires survenus ces 25 dernières années chez la femme. Chez l'homme,

70% des cas supplémentaires concernent la prostate. Pour ces deux cancers, la modification des pratiques médicales et l'augmentation de l'activité de dépistage ont joué un rôle majeur dans le diagnostic croissant de ces maladies. Notons que le bénéfice de l'extension du dosage de PSA en population générale, responsable de l'augmentation de l'incidence des cancers de la prostate, n'a pas été scientifiquement démontré.

## ► Diabète

40052

ARTICLE

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

Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).  
Saint-Maurice. FRA

**Diabète traité en France en 2007 : un taux de prévalence proche de 4% et des disparités géographiques croissantes.**

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE

2008/11/12; n° 43: 409-413

Cote Irdes : C, P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2008/43/beh\\_43\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/43/beh_43_2008.pdf)

Introduction - L'objectif de cette étude est d'actualiser les données de prévalence du diabète traité en 2007 en France et de mesurer les disparités géographiques en observant les tendances évolutives récentes. Matériel-Méthodes - Étude réalisée à partir de l'analyse des données de remboursement de 56,5 millions de personnes du régime général. Les personnes diabétiques traitées sont définies par la délivrance d'antidiabétiques à au moins trois dates différentes au cours de l'année 2007. Résultats - En 2007, le taux de prévalence du diabète traité était de 3,95%, correspondant à 2,5 millions de personnes. L'analyse des taux de prévalence par classe d'âge montrait des différences importantes: 0-44 ans (0,4%), 45-64 ans (5,8%), 65-74 ans (13,3%) et 75 ans et plus (13,4%). Il existe un sur-risque masculin à partir de 40 ans. Après standardisation sur l'âge et le sexe, les prévalences les plus fortes étaient constatées dans les régions d'outre-mer: La Réunion (7,8%), Guadeloupe (7,3%) et Martinique (6,8%). En métropole, le quart nord-est et la Seine-Saint-Denis (5,1%) étaient des zones de plus fortes prévalences. À l'échelle départementale, l'augmentation du taux de prévalence était d'autant plus élevée que le niveau de prévalence initial était fort. Discussion-Conclusion

- L'épidémie de diabète continue inexorablement de progresser, dépassant les prévisions récentes des experts. La mise en lumière du taux élevé de prévalence après 60 ans et de l'accroissement de disparités géographiques doit être intégrée dans les politiques de santé publique. (Résumé d'auteur).

## ► Drogues

38098

ARTICLE

BECK (F.), LEGLEYE (S.), SPILKA (S.)

**L'usage de cannabis chez les adolescents et les jeunes adultes : comparaison des consommations européennes.**

SANTE PUBLIQUE

2007/11-12; vol. 19: n° 6: 481-488, tabl.

Cote Irdes : C, P143

Les Français figurent parmi les premiers consommateurs de cannabis en Europe, que ce soit selon les enquêtes en population générale adulte des différents pays européens ou selon l'enquête Espad menée auprès de plus de cent mille adolescents de 15-16 ans dans la plupart des pays d'Europe. Parmi les nations présentant les politiques les plus répressives en matière d'usage de stupéfiants, le niveau de consommation du cannabis apparaît particulièrement élevé en France et au plus bas en Suède, alors qu'à l'opposé les Pays-Bas occupent une place médiane. Plus que la législation, ce sont davantage les réseaux de relation noués entre les jeunes qui déterminent les choix de consommation d'un produit comme le cannabis, dans la mesure où les pratiques d'un adolescent s'avèrent très liées aux représentations et aux usages de ses pairs.

38488

ARTICLE

LEGLEYE (S.), LE NEZET (O.), SPILKA (S.),  
BECK (F.)

Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).  
Saint-Maurice. FRA

**Les usages de drogues des adolescents et des jeunes adultes entre 2000 et 2005, France.**

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE

2008/03/25; n° 13 : 89-92

Cote Irdes : C, P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2008/13/beh\\_13\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/13/beh_13_2008.pdf)

La surveillance épidémiologique des usages de drogues à l'adolescence et au début de l'âge adulte est une priorité des pouvoirs publics. Ce travail synthétise les résultats les plus récents publiés pour la France à partir d'enquêtes représentatives de la population adolescente et jeune adulte, ainsi que les principales évolutions observées ces dernières années. Deux enquêtes scolaires auprès des 11,13 et 15 ans, une enquête auprès des adolescents de 17 ans et une autre menée en population générale dont l'exploitation concerne ici les 18-25 ans ont été mobilisées. La diffusion des usages de produits psychoactifs durant l'adolescence est rapide, avec des contrastes selon les produits. Depuis 2000, le tabagisme est en net recul et la consommation d'alcool diminue parmi les 18-25 ans. À 17 ans en revanche, les usages d'alcool sont stables et les ivresses apparaissent en hausse entre 2003 et 2005. La hausse de l'expérimentation du cannabis et de ses usages épisodiques a cessé au cours des années 2000. À 17 ans, la part des usagers réguliers est restée stable. Enfin, si l'ecstasy et la cocaïne se sont diffusés dans la population, leurs niveaux d'expérimentation restent faibles et ceux des autres produits paraissent stables (Résumé d'auteur).

## ► Enquête santé

38586

FASCICULE

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

**État de santé : quelques illustrations des apports, limites et perspectives de l'enquête décennale de santé.**

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES  
SOCIALES

2008/01-03; n° 1: 274p.

Cote Irdes: C, P59

Ce numéro comprend un dossier thématique, plusieurs articles divers et un hommage à Pierre Laroque. La thématique enquête décennale de santé est composée des articles suivants : Écarts entre morbidité déclarée et morbidité diagnostiquée ; Hétérogénéité sociale de déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé ; La dépression co-morbide favorise-t-elle certains comportements à risque chez les personnes ayant des problèmes de poids ? Les accidents de la vie courante ; Les déterminants du recours à l'automédica-

tion. Cette enquête a pour objectif de décrire l'état de santé de la population et d'estimer sa consommation médicale. Statisticiens, économistes, épidémiologistes, médecins, sociologues et démographes ont confronté résultats et questions méthodologiques lors d'un colloque de la DREES en décembre 2007. Chaque intervention résumée dans le numéro témoigne de l'émergence de problématiques nouvelles - hors dossier : Dix ans de New Deal for Lone Parents au Royaume Uni ; Entrer et résider en maison de retraite : des relations de pouvoir autour du corps ; Activité des mères de jeunes enfants et organisation de la garde : des choix complexes et souvent contraints ; Fonds d'aide aux jeunes et inégalités territoriales : aide à minima ou politiques départementales de jeunesse ? Enfin, l'hommage à Pierre Laroque consiste en la reproduction de son discours prononcé en 1945 sur la mise en place de la sécurité sociale.

## ► Études d'ensemble

37766

FASCICULE

DANET (S.), SALINES (E.)

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

**L'état de santé de la population en France : données du rapport 2007 de suivi des objectifs de la loi de santé publique.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2008/02 ; n° 623 : 8p., graph.

Cote Irdes : P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er623.pdf>

L'état de santé de la population en France apparaît globalement bon, mais la mortalité prématurée reste l'une des plus élevées de l'Union européenne. En outre, des disparités sensibles perdurent tant entre hommes et femmes qu'entre territoires ou catégories sociales. Dans la perspective d'une meilleure prévention et prise en charge au long de la vie, la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004, a défini des objectifs de santé quantifiés susceptibles d'être atteints dans la population, ou dans des groupes spécifiques.

## Handicap

HERNANDEZ-QUEVEDO C., JONES A. M.,  
RICE N.

### ***Persistence in health limitations: a European comparative analysis.***

*Persistence du handicap en santé : analyse comparée en Europe.*

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 27 : n° 6 : 1472-1488.

Cote Irdes : P79

This paper investigates the persistence in health limitations for individuals within the member states of the European Union. We use the full eight waves of data available in the European Community Household Panel (ECHP) to explore the relative contributions of state dependence, unobserved heterogeneity and socioeconomic characteristics, in particular income, education and activity status, and how these vary across countries. We focus on binary measures of health limitations, constructed from the answers to the question: "Are you hampered in your daily activities by any physical or mental health problem, illness or disability?". Dynamic non-linear panel data models are specified and estimated using both pooled and random effects probit and logit models together with complementary log-log models. The random effects probit specifications are preferred. Results reveal high state dependence of health limitations, which remains after controlling for measures of socioeconomic status. There is heterogeneity in the socioeconomic gradient across countries ;

Objectifs - Le but de ce travail est d'estimer la prévalence et les modalités de prise en charge de l'HTA en France à partir de l'étude Mona Lisa réalisée dans la Communauté urbaine de Lille et les départements du Bas-Rhin et de la Haute-Garonne entre 2005 et 2007. Méthodologie - Les participants de 35 à 74 ans de ces trois régions ont été tirés au sort sur les listes électorales après stratification (sexe, âge par tranche de 10 ans et taille de la commune). La pression artérielle (PA) a été mesurée sur des sujets assis, au repos depuis dix minutes, de façon standardisée. La moyenne de deux mesures a été utilisée dans les analyses. Une HTA est définie par une PA systolique  $\geq 140$  mm Hg et/ou une PA diastolique  $\geq 90$  mm Hg et/ou un régime ou un traitement antihypertenseur. Un sujet hypertendu traité est considéré comme contrôlé avec une PA  $< 140/90$  mm Hg. Résultats - 4 825 sujets ont été inclus (âge moyen : 55,5 ans). La prévalence de l'HTA est plus élevée chez les hommes (47%) que chez les femmes (35%). Elle augmente avec l'âge, passant de 23,9% et 8,6% dans la tranche d'âge 35-44 ans à 79,8% et 71,3% chez les 65-74 ans, chez les hommes et les femmes respectivement ( $p < 10^{-4}$ ). Un gradient Nord-Sud est constaté avec une prévalence plus forte à Lille et à Strasbourg qu'à Toulouse ( $p < 10^{-4}$  dans les deux sexes). Un traitement antihypertenseur est retrouvé chez 80% des hypertendus avec le plus souvent une plurithérapie (53%), surtout chez les plus âgés (59%). Seuls 24% des hommes et 39% des femmes sont bien contrôlés et ce contrôle s'amointrit en vieillissant. Conclusion - La prévalence de l'HTA reste élevée en France surtout chez les 55-74 ans, les hommes et dans le Nord et l'Est. Le contrôle de l'HTA, bien qu'en voie d'amélioration, nécessite encore des progrès (Résumé d'auteur).

## Hypertension artérielle

40588

ARTICLE

WAGNER (A.), ARVEILER (D.), RUIDAVETS (J.B.), COTTEL (D.), BONGARD (V.), DALLONGEVILLE (J.), FERRIERES (J.), AMOUYEL (P.), HAAS (B.)

Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).  
Saint-Maurice. FRA

### ***État des lieux sur l'hypertension artérielle en France en 2007 : l'étude Mona Lisa.***

Numéro thématique. Surveillance de l'hypertension artérielle en France.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE

2008/12/16 ; n° 49-50 : 483-486

Cote Irdes : C, P140

## Maladies chroniques

38582

ARTICLE

CLERC (P.), LEBRETON (J.), MOUSQUES (J.), HEBBRECHT (G.), DE POURVOUVILLE (G.)

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

### ***Étude Polychrome : construction d'une typologie des pathologies chroniques en médecine générale, pour une analyse de la poly-prescription.***

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2008/01-03; n° 1 : 43-51

Cote Irdes: C, P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Pathologies\\_chroniques\\_et\\_poly-prescription.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Pathologies_chroniques_et_poly-prescription.pdf)

Les auteurs cherchent à élaborer une typologie des pathologies chroniques et de leurs combinaisons lors des rencontres en médecine générale. L'étude Polychrome a donc pour objectif, à son terme, de proposer des outils d'identification et d'amélioration des situations médicamenteuses à risque, liés à la polyprescription en médecine générale. Dans un premier temps, l'objectif opérationnel a été d'identifier et de caractériser les situations cliniques correspondant aux combinaisons les plus fréquentes de maladies chroniques, en fonction de la nature de ces associations, des caractéristiques des séances dans lesquelles ils s'inscrivent, des patients concernés et des médecins les traitant. Cette typologie permettra secondairement la liaison avec les associations médicamenteuses.

40170

ARTICLE

SCHOEN (C.), OSBORN (R.), HOW (S.K.H.), DOTY (M.M.), PEUGH (J.)

***In Chronic Condition: Experiences Of Patients With Complex Health Care Needs, In Eight Countries, 2008.***

*Maladies chroniques: expériences vécues des patients nécessitant des soins complexes dans 8 pays, 2008.*

HEALTH AFFAIRS: WEB EXCLUSIVE

2009/01; vol. 28: n° 1: w1-w16, tabl.

Cote Irdes: P95

This 2008 survey of chronically ill adults in Australia, Canada, France, Germany, the Netherlands, New Zealand, the United Kingdom, and the United States finds major differences among countries in access, safety, and care efficiency. U.S. patients were at particularly high risk of forgoing care because of costs and of experiencing inefficient, poorly organized care, or errors. The Dutch, who have a strong primary care infrastructure, report notably positive access and coordination experiences. Still, deficits in care management during hospital discharge or when seeing multiple doctors occurred in all countries. Findings highlight the need for system innovations to improve outcomes for patients with complex chronic conditions.

## ► Santé scolaire

38534

FASCICULE

GUIGNON (N.), FONTENEAU (L.), GUTHMANN (J.-F.), HERBET (J.-B.)  
Ministère chargé de la Santé (M.S.S.P.S.).  
Direction de la Recherche - des Études de l'Évaluation et des Statistiques (D.R.E.E.S.).  
Paris. FRA

***La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005: premiers résultats.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2008/04; n° 632 : 8p.

Cote Irdes: P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er632.pdf>

En 2005, 16% des enfants de CM2 ont un surpoids modéré et 3,7% sont obèses. La proportion d'enfants en surcharge pondérale est restée stable entre 2002 et 2005, mais les écarts se sont accrus au détriment des enfants dont le père est « ouvrier » par rapport à ceux dont le père est « cadre ». Cette accentuation des inégalités sociales est aussi illustrée par des disparités croissantes entre les élèves scolarisés en zone d'éducation prioritaire et les autres en ce qui concerne l'équipement en lunettes et l'appareillage dentaire. Quant à la santé buccodentaire, elle s'est dégradée dans les DOM avec une proportion d'enfants ayant des dents cariées plus importante en 2005 qu'en 2002, contrairement à la métropole où elle a diminué.

## ► Santé et travail

FISCHER J. A., SOUSA-POZAA.

***Does job satisfaction improve the health of workers? New evidence using panel data and objective measures of health.***

*La satisfaction au travail améliore-t-elle la santé des travailleurs ? une nouvelle évidence à partir de données de panel et de mesures objectives de la santé.*

HEALTH ECONOMICS

2009 : vol. 18: n° 1: 71-89.

Cote Irdes: P173

This paper evaluates the relationship between job satisfaction and measures of health of workers using the German Socio-Economic Panel. Methodologically, it addresses two important design problems encountered frequently in the literature: (a) cross-sectional

causality problems and (b) the absence of objective measures of physical health that complement self-reported measures of health status. Not only does using the panel structure with individual fixed effects mitigate the bias from omitting unobservable personal psychosocial characteristics, but employing more objective health measures such as health-system contacts and disability addresses such measurement problems relating to self-report assessments of health status. We find a positive link between job satisfaction (and changes over time therein) and subjective health measures (and changes therein); that is, employees with higher or improved job satisfaction levels feel healthier and are more satisfied with their health. This observation also holds true for more objective measures of health. Particularly, improvements in job satisfaction over time appear to prevent workers from (further) health deterioration.

NIEDHAMMER I., CHASTANG J. F., DAVID S., KELLEHER C.

***The contribution of occupational factors to social inequalities in health: findings from the national French SUMER survey.***

*L'impact des conditions de travail sur les inégalités sociales de santé: conclusions fondées sur l'enquête nationale française Sumer.*

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE  
2008 : vol. 67 : n° 11 : 1870-1881.  
Cote Irdes : P103

Social inequalities in health have long been demonstrated, but the understanding of these inequalities remains unclear. Work and its related occupational factors may contribute to these inequalities. The objective of this study was to study the contribution of work factors using an integrated approach (including all types of exposures) to social inequalities in three health outcomes: poor self-reported health, long sickness absence, and work injury. Respondents were 14,241 men and 10,245 women drawn from a survey of the national French working population (response rate: 96.5%). Work factors included job characteristics, and occupational exposures of the physical, ergonomic, biological, chemical, and psychosocial work environment. All work factors were measured through expert evaluation by occupational physicians, except psychosocial work factors, which were self-reported. Strong social gradients were found for all work factors, except for psychological demands, workplace bullying, and aggres-

sion from the public. Marked social gradients were also observed for the health outcomes studied, blue collar workers being more likely to report poor self-reported health, long sickness absence, and work injury. The social differences in health were reduced strongly after adjustment for work factors (psychological demands excluded) by 24-58% according to sex and health outcomes. The strongest impacts were found for decision latitude, ergonomic, physical, and chemical exposures, as well as for work schedules. A detailed analysis allowed us to identify more precisely the contributing occupational factors. It suggests that concerted prevention of occupational risk factors would be useful not only to improve health at work, but also to reduce social inequalities in health.

## ▮ Sommeil

39629

ARTICLE  
GERY (Y.)

***Les Français en manque de sommeil.***

SANTE DE L'HOMME  
2008/09-10 ; n° 397 : 50-53  
Cote Irdes : c, P61

Les Français ne dorment pas assez, tel est le principal enseignement des enquêtes menées par l'INPES. Selon une enquête publiée par l'Institut en mars 2008, 45 % de la population des jeunes adultes (25-45 ans) considèrent ne pas assez dormir : 12 % seraient insomniaques et 17 % déclarent une dette chronique de sommeil pendant la semaine (résumé d'auteur).

## ▮ Tabagisme

38511

ARTICLE  
FONG (G.-T.), ARWIDSON (P.), KENNEDY (R.-D.), GUIGNARD (R.), BECK (F.), WILQUIN (J.-L.), DRIEZEN (P.), CRAIG (L.), RATTE (S.)  
Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).  
Saint-Maurice. FRA

***Évaluation des politiques de lutte contre le tabagisme en France: résultats de la première vague de l'enquête ITC France.***

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE  
2008/05/27 ; n° 21-22 : 183-187

Cote Irdes: C, P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2008/21\\_22/beh\\_21\\_22\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/21_22/beh_21_22_2008.pdf)

Au cours des dernières années, prenant la mesure de la menace que représente la consommation de tabac pour la santé publique, de nombreux pays à travers le monde ont fait progresser leurs politiques de prévention du tabagisme. La Convention-cadre pour la lutte anti-tabac (Cclat), premier traité international concernant la santé, a été ratifiée par plus de 150 pays dont la France. La Cclat identifie des champs d'action du contrôle du tabac et les mesures en découlant à mettre en oeuvre par les parties: amélioration des avertissements sanitaires, protection contre l'exposition à la fumée de tabac, interdiction et restriction de la publicité/de la promotion/du parrainage, augmentation des taxes. Une évaluation rigoureuse et détaillée de ces mesures est essentielle pour donner toutes les chances que soit atteint l'objectif principal de la Convention: réduire le coût global du tabac dans le monde. « International Tobacco Control Policy Evaluation Project » (projet ITC) constitue une collaboration de recherche entre différents pays pour mener cette évaluation rigoureuse. Le projet ITC met en place des enquêtes de cohortes prospectives sur des échantillons représentatifs de fumeurs, dans 15 pays qui représentent la moitié de la population mondiale des fumeurs. L'enquête ITC France est un système de veille et d'évaluation des initiatives concernant le contrôle du tabac en France, y compris les deux phases de la mesure d'interdiction de fumer dans les lieux à usage collectif. Cet article présente une sélection des résultats de la première vague (2006) de l'enquête ITC France, dans trois domaines: comportement tabagique et arrêt, réglementation de l'usage du tabac dans les lieux de travail et dans les lieux publics, avertissements sanitaires. Des analyses comparatives avec différents pays européens sont présentées. Les résultats laissent entrevoir un terrain favorable à la mise en oeuvre de l'interdiction de fumer dans les lieux publics en France, et d'éventuelles retombées positives d'une future présence d'avertissements sanitaires graphiques sur les paquets. Les résultats pointent également certains défis à relever dans le contrôle du tabac en France, comme impliquer davantage les professionnels de santé dans l'aide à l'arrêt pour les fumeurs (Résumé d'auteur).

38512

ARTICLE

SPILKA (S.), BECK (F.), LE NEZET (O.), CHOQUET (M.), LEGLEYE (S.)

Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Saint-Maurice. FRA

***Le tabagisme des adolescents suite à l'interdiction de vente aux mineurs de moins de 16 ans en France.***

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE

HEBDOMADAIRE

2008/05/27 ; n° 21-22 : 187-190

Cote Irdes: C, P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2008/21\\_22/beh\\_21\\_22\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/21_22/beh_21_22_2008.pdf)

Malgré une baisse des niveaux de tabagisme depuis près d'une décennie à l'adolescence, peu d'enquêtes ont tenté d'évaluer la pénétration de nouveaux modes de consommation du tabac, comme le narguilé, ou l'impact des dernières mesures de lutte contre le tabagisme des jeunes, notamment l'interdiction de vente de tabac aux moins de 16 ans. L'enquête scolaire autoadministrée Espad (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) est quadriennale et cible les élèves de 16 ans du secteur public, privé et agricole. Le dernier exercice s'est déroulé au deuxième trimestre 2007 en France et dans 35 autres pays européens. La baisse du tabagisme est confirmée par les données 2007. La diminution est importante pour le tabagisme quotidien, passant de 33% en 1999 à 16% en 2007 parmi les filles et de 30% à 18% parmi les garçons, même si la part des gros fumeurs (plus de 10 cigarettes par jour) est restée stable sur la période considérée, soulignant de la sorte la difficulté de modifier le comportement des fumeurs les plus dépendants. A l'opposé, la part des fumeurs occasionnels de moins d'une cigarette par jour augmente notablement. Par ailleurs, un élève sur trois a déjà usé d'un narguilé mais 4% n'ont expérimenté le tabac que de cette façon, alors qu'un peu moins d'un tiers n'a expérimenté que les cigarettes. Parmi les fumeurs quotidiens âgés de 15 ans exactement, 86%, soit 19% de la tranche d'âge, dit avoir acheté du tabac chez un débitant au cours des trente derniers jours, soit illégalement (Résumé d'auteur).

38513

ARTICLE

LEVY (D.-T)

Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).  
Saint-Maurice. FRA

***SimSmoke France : description d'un modèle de simulation des politiques de lutte contre le tabac.***

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE

2008/05/27 ; n° 21-22 : 190-194

Cote Irdes : C, P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2008/21\\_22/beh\\_21\\_22\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/21_22/beh_21_22_2008.pdf)

L'efficacité de la future politique de contrôle du tabac en France nécessite la mise en place de programmes de surveillance et d'évaluation adéquats. Cet article décrit le développement d'un modèle simulant le futur de l'impact des mesures de contrôle du tabac sur la prévalence du tabagisme et la mortalité prématurée qui y est associée en France. Ce modèle a été conçu d'après SimSmoke, un modèle d'évaluation des politiques anti-tabac développé pour plusieurs pays dont les États-Unis. SimSmoke France intègre des données françaises relatives à sa population, à son taux de tabagisme et ses politiques de contrôle du tabac. Il évalue, de manière individuelle et associée, l'effet de sept types de mesures anti-tabac : la fiscalité, les interdictions de fumer, la couverture médiatique, les interdictions publicitaires, l'étiquetage comportant des avertissements sanitaires, l'aide à l'arrêt, et les politiques d'accès des jeunes aux produits du tabac. SimSmoke France étudie également la relation entre l'effet de ces politiques et la composition de la population, la façon dont les mesures sont mises en place, l'existence d'autres politiques, et leur durée d'application. De surcroît, ce modèle sera utilisé pour identifier les domaines où il existe un déficit d'informations pertinentes aussi bien pour l'établissement du modèle que pour la conception de politiques.

38514

ARTICLE

LEON (M.E.), DRESLER (C.M.)

Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).  
Saint-Maurice. FRA

***Bénéfices de l'arrêt du tabac.***

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE

2008/05/27 ; n° 21-22 : 194-197

Cote Irdes : C, P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2008/21\\_22/beh\\_21\\_22\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/21_22/beh_21_22_2008.pdf)

Une évaluation des données de la littérature scientifique portant sur les changements, après arrêt du tabac, du risque de développer un cancer, une maladie cardiovasculaire (MCV) ou une broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) a été menée par un groupe de travail international composé d'experts réunis au Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), à Lyon, du 13 au 19 mars 2006. Trois questions ont été abordées : 1) Le risque de développer un cancer (pour chacun des 13 cancers liés au tabac considérés), une MCV ou une BPCO est-il plus faible chez les anciens fumeurs que chez les fumeurs actuels par ailleurs semblables en tout autre point ? 2) Parmi les anciens fumeurs, la diminution du risque de développer une maladie est-elle proportionnelle à la durée de l'abstinence ? 3) Après une longue période d'arrêt, le risque revient-il au niveau de celui des personnes n'ayant jamais fumé ? Les principaux résultats de cette évaluation sont restitués dans cet article. En résumé, un bénéfice significatif de l'arrêt du tabac, augmentant avec la durée de l'abstinence, a été observé pour tous les cancers majeurs associés au tabagisme, mais il n'atteint qu'à titre exceptionnel le risque des personnes n'ayant jamais fumé. Arrêter de fumer diminue le surrisque de décéder d'un cancer, d'une MCV ou d'une BPCO liés au tabagisme continu. Ces données peuvent être utilisées pour soutenir les politiques publiques d'incitation à l'arrêt du tabac (Résumé d'auteur).

38515

ARTICLE

JOOSSENS (L.), RAW (M.)

Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).  
Saint-Maurice. FRA

***Avancées du contrôle du tabac dans 30 pays européens, de 2005 à 2007.***

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE

2008/05/27 ; n° 21-22 : 198-200

Cote Irdes : C, P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2008/21\\_22/beh\\_21\\_22\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/21_22/beh_21_22_2008.pdf)

Nous présentons ici les résultats d'une étude sur les progrès des activités de contrôle du tabac dans 30 pays européens entre 2005 et 2007, utilisant l'Échelle de contrôle du tabac (ECT) fondée sur les six lignes d'action définies par la Banque mondiale. Le score moyen total a augmenté légèrement (de 47 à 52 sur

## D Dépendance

38164

ARTICLE  
BILAND (E.)**Comprendre la diversité des modes  
d'organisation quotidienne après 50 ans.**

RETRAITE ET SOCIETE

2008/01 ; n° 53 : 68-87, tabl.

Cote Irdes : C, P53

A partir de l'enquête « Handicaps-Incapacités-Dépendance », cet article interroge la pertinence de deux catégories constituées comme distinctes par les politiques sociales : celle de personne handicapée et celle de personne âgée dépendante. Il montre qu'à ces deux catégories correspondent effectivement des types d'aidants différents : prise en charge exclusivement familiale d'un côté, au moins partiellement professionnelle de l'autre. Toutefois ces deux catégories ne suffisent pas à épuiser la diversité des situations de vie à domicile après 50 ans. L'observation des transitions caractéristiques de « l'âge de la vieillesse » dans le champ du droit et des politiques publiques, dans celui des configurations familiales et dans celui des capacités physiques, témoigne d'un allongement du temps marquant l'entrée dans la « vieillesse ». Cet allongement fragilise l'hypothèse d'une homogénéisation des situations de vie, dont la catégorie de « personnes âgées dépendantes » rendrait compte. L'étude montre au contraire qu'à âge donné, les situations de vie rencontrées par les personnes vieillissantes demeurent très diverses. Les personnes handicapées et les personnes âgées dépendantes, statistiquement minoritaires au sein de l'échantillon, sont à certains égards plus proches entre elles, en ce qu'elles ont recours à une aide humaine, que des personnes majoritaires dans l'échantillon, qui parviennent, grâce à des routines ou à des aides techniques, à se passer d'une telle prise en charge (Résumé d'auteur).

38165

ARTICLE  
EIDELIMAN (J.S.), GOJARD (S.)**La vie à domicile des personnes  
handicapées ou dépendantes : du besoin  
d'aide aux arrangements pratiques.**

RETRAITE ET SOCIETE

2008/01 ; n° 53 : 90-111, tabl.

Cote Irdes : C, P53

une échelle de 100), et cette hausse est principalement due aux interdictions de fumer dans les lieux publics, aux dépenses anti-tabac et aux interdictions publicitaires. Aucune augmentation du score total n'a été constatée en ce qui concerne les prix des produits du tabac, les avertissements sanitaires et l'aide au sevrage. Cependant, certains pays (Royaume-Uni, Estonie, Espagne, Roumanie, Suisse, Lituanie, Lettonie et Luxembourg) ont connu, individuellement, des augmentations de score notables. En général, au cours des dernières années, l'Europe a connu une amélioration significative grâce à la directive européenne de 2003 interdisant la publicité sur le tabac et grâce aux nouvelles lois qui imposent des interdictions de fumer, mais de graves lacunes subsistent. Une législation anti-tabac vraiment étendue, comprenant l'interdiction totale sur les lieux de travail, dans les lieux publics et les transports publics devrait être une priorité pour tous les pays européens. Par ailleurs, il y a un besoin urgent en Europe d'investir davantage dans le contrôle du tabac (Résumé d'auteur).

38516

ARTICLE  
GALLOPEL-MORVAN (K.)  
Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).  
Saint-Maurice. FRA**Les avertissements sanitaires apposés sur  
les paquets de cigarettes : quelle efficacité  
dans la lutte contre le tabagisme ?**BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE

2008/05/27 ; n° 21-22 : 201-204

Cote Irdes : C, P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2008/21\\_22/  
beh\\_21\\_22\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/21_22/beh_21_22_2008.pdf)

Dans cet article, nous montrerons que les avertissements sanitaires apposés sur les paquets de cigarettes, sous certaines conditions, améliorent le niveau de connaissance des populations sur les méfaits du tabac, ont un impact sur les réactions comportementales (incitation à arrêter de fumer ou à ne pas commencer) et contrent les efforts marketing des industriels du tabac autour du paquet de cigarettes. Dès lors, il devient urgent pour la France d'adopter les recommandations de l'article 11 de la Convention cadre de lutte contre le tabac de l'Organisation mondiale de la santé relatif à ces avertissements sanitaires (Résumé d'auteur).

La question du maintien à domicile de personnes handicapées ou dépendantes est ici abordée à partir d'une analyse secondaire de l'enquête « Handicap-Incapacités-Dépendance » menée par l'Insee en 1999 auprès de personnes vivant en domicile ordinaire. Les auteurs cherchent à comprendre les conditions d'une mobilisation familiale et le recours à des professionnels de l'aide. Pour l'ensemble des personnes confrontées à d'importantes difficultés quotidiennes, quatre formes d'arrangements pratiques émergent, selon le type d'incapacités et la place dans la structure familiale: l'autonomie domestique - situation où l'absence d'aidants déclarés peut s'interpréter comme le résultat d'une réorganisation interne au ménage - l'aménagement - situation où l'ancienneté des incapacités permet de se passer d'aide humaine - la dépendance - situation où les personnes âgées ne restent à domicile qu'avec le recours à des aidants professionnels - et le handicap - situation où des personnes bénéficiant d'une reconnaissance officielle de leur handicap sont prises en charge par leur famille. Alors que les deux derniers types d'arrangements correspondent peu ou prou aux cibles des politiques sociales de la vieillesse et du handicap, les deux premiers désignent des situations où les individus ne déclarent pas d'aide humaine ; leur interprétation suppose d'avoir repensé les notions de besoin d'aide et d'aidants (résumé d'auteur).

40461

ARTICLE  
LAROQUE (G.)

**Protection sociale - sécurité sociale - handicap et dépendance - cinquième risque.**

DOCUMENTS CLEIRPPA

2008/10 ; n° 32 : 27-31

Cote Irdes : c, B6639

Cet article retrace l'histoire de la protection sociale en France et, plus particulièrement, celui du 5ème risque, ou risque handicap-dépendance. L'auteur, en analysant les lois du 30/06/1975 et du 11/02/2005, montre l'évolution des définitions des termes « personne handicapée » et « personne dépendante » et explique l'évolution de la politique de leur prise en charge qui en résulte.

## ► Emploi des seniors

38027

FASCICULE  
MISSEGUE (N.)

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

**Les arrêts de travail des seniors en emploi.**

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE  
(DREES)

2007/10 ; n° 2 : 23p., tabl., graph.

Cote Irdes : C, S19

Les seniors ne déclarent pas plus d'arrêts que leurs cadets, alors qu'ils se jugent en plus mauvaise santé. Toutefois, lorsqu'ils interrompent leur travail pour des raisons de santé, ils s'arrêtent pour des durées plus longues. Il ressort aussi de cette étude qu'à âge équivalent, tous les actifs ne se ressemblent pas : par exemple, les indépendants s'arrêtent moins et moins longtemps que les ouvriers. Ces derniers sont d'ailleurs les plus touchés par les arrêts de travail allant de pair avec une pénibilité liée à leur profession. On note aussi que les salariés du commerce s'arrêtent moins souvent mais plus longtemps que ceux de l'industrie.

39653

FASCICULE  
MINNI (C.)

MARIONI (P.) / collab., MERLIER (R.) / collab., OMALEK (L.) / collab., THEVENOT (C.) / collab.

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

**Emploi et chômage des 50-64 ans en 2007.**

PREMIERES INFORMATIONS ET  
PREMIERES SYNTHESSES

2008/10 ; n° 44.2 : 8p., 5 tabl., 9 graph.

Cote Irdes : C, Bulletin français

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2008.10-44.2.pdf>

En 2007, 57 % des personnes âgées de 50 à 64 ans sont actives, en emploi ou au chômage. Le taux d'activité décroît très rapidement avec l'âge dès 54 ans. Alors que 85 % des personnes sont actives à 53 ans, 44 % le sont à 59 ans, et seulement une sur quatre

est encore présente sur le marché du travail à 60 ans. Fin 2007, près d'un homme sur cinq et d'une femme sur dix âgés de 55 à 59 ans bénéficient d'une mesure publique de cessation anticipée d'activité. Ces retraits précoces d'activité concernent plus fréquemment les professions les moins qualifiées et les salariés du privé ou des entreprises publiques que ceux de la fonction publique ou les indépendants. Le taux d'activité des hommes âgés de 50 à 59 ans est resté stable depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, tandis que l'activité féminine a progressé régulièrement. L'activité entre 60 et 64 ans reste rare, mais est en légère augmentation depuis 2001. Avec l'accélération générale de l'emploi, les taux d'emploi des seniors ont augmenté au cours des années 2006 et 2007, une fois neutralisé l'effet de la structure par âge. Les hommes âgés de 50 à 64 ans sont très peu présents sur le marché du travail en France comparativement aux autres pays d'Europe. Pour les femmes de la même classe d'âge, la France est dans une situation intermédiaire.

## ► Vie sociale

SIRVEN N., DEBRAND T.

### ***Social participation and healthy ageing: an international comparison using SHARE data.***

*Relation entre la participation à la vie sociale et la santé des seniors: une comparaison internationale fondée sur les données de l'enquête Share.*

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE  
2008 : vol. 67 : n° 12 : 2017-2026.  
Cote Irdes : P103

Using the Survey of Health, Ageing & retirement in Europe (SHARE) data for respondents aged 50 years and over in 2004, this study evaluates the potential contribution of increased social participation to self-reported health (SRH) in 11 European countries. The probability to report good or very good health is calculated for the whole sample (after controlling for age, education, income and household composition) using regression coefficients estimated for individuals who do and for those who do not take part in social activities (with correction for selection bias in these two cases). Counterfactual national levels of SRH are derived from integral computation of cumulative distribution functions of the predicted probability thus obtained. The analysis reveals that social participation contributes by three percentage points to the increase in the share of individuals reporting good or very good

health on average. Higher rates of social participation could improve health status within the whole sample and within most countries. Context and institutional arrangements (such as income inequality) may explain differences in social participation health efficiency.

## ► Vieillesse

38035

FASCICULE  
LAROQUE (G.) / éd.

### ***Nouvelles problématiques du vieillissement.***

GERONTOLOGIE ET SOCIÉTÉ  
2008 ; n° 123 : 330p.  
Cote Irdes : C, P8

Publiées à l'occasion du 40ème anniversaire de la Fondation nationale de gérontologie, ce fascicule aborde les nouvelles problématiques du vieillissement sous l'angle de la recherche (sur le vieillissement réussi, le grand âge, le parcours de vie, les relations intergénérationnelles, la psychologie du développement et les neurosciences cognitives). Les problématiques d'action sont ensuite analysées : au niveau démographique, au sujet du maintien à domicile, des EHPAD, de l'arrivée du secteur privé, de la décentralisation, de la prise en charge de la dépendance, de la maladie d'Alzheimer, de l'âgisme, de la psychogérontologie.

39198

FASCICULE  
HENRARD (J.C.)

### ***Les multiples facettes du vieillissement : nous n'avons pas l'âge de nos artères.***

QUESTIONS DE SANTÉ PUBLIQUE  
2008/09 ; n° 2 : 1-4  
Cote Irdes : c, Bulletin français  
[http://www.iresp.net/imgs/publications/081003100209\\_qspnumero2-vieilliss.pdf](http://www.iresp.net/imgs/publications/081003100209_qspnumero2-vieilliss.pdf)

L'image dominante de la personne vieillissante est limitée à sa seule composante biologique, et la vieillesse devient synonyme de maladie et de dépendance. Parallèlement, le vieillissement de la population est rendu responsable de l'augmentation d'une grande partie des dépenses de soins. Cette vision n'est-elle pas réductrice ? Cet article souhaite ici compléter en situant le vieillissement dans un ensemble de processus individuels et collectifs qui se déroulent tout au long du parcours de vie.

Analyser les relations complexes entre vieillissement et santé permet de mieux comprendre les déterminants de la santé au grand âge, et de mettre en oeuvre des interventions les plus efficaces possibles.

NEW-ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE (THE)

2008/06/05; vol. 358: n° 23: 2458-2481, tabl., fig.

Cote Irdes: R1714

<http://content.nejm.org/cgi/reprint/358/23/2468.pdf>

Comparisons among countries can help to identify opportunities for the reduction of inequalities in health. We compared the magnitude of inequalities in mortality and self-assessed health among 22 countries in all parts of Europe. We obtained data on mortality according to education level and occupational class from census-based mortality studies. Deaths were classified according to cause, including common causes, such as cardiovascular disease and cancer; causes related to smoking; causes related to alcohol use; and causes amenable to medical intervention, such as tuberculosis and hypertension. Data on self-assessed health, smoking, and obesity according to education and income were obtained from health or multipurpose surveys. For each country, the association between socioeconomic status and health outcomes was measured with the use of regression-based inequality indexes. In almost all countries, the rates of death and poorer self-assessments of health were substantially higher in groups of lower socioeconomic status, but the magnitude of the inequalities between groups of higher and lower socioeconomic status was much larger in some countries than in others. Inequalities in mortality were small in some southern European countries and very large in most countries in the eastern and Baltic regions. These variations among countries appeared to be attributable in part to causes of death related to smoking or alcohol use or amenable to medical intervention. The magnitude of inequalities in self-assessed health also varied substantially among countries, but in a different pattern. We observed variation across Europe in the magnitude of inequalities in health associated with socioeconomic status. These inequalities might be reduced by improving educational opportunities, income distribution, health-related behavior, or access to health care.

## INÉGALITÉS DE SANTÉ

### ► Accès aux soins

38531

FASCICULE

BOISGUERIN (B.), PICHETTI (S.)

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

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

***Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2008/03; n° 629: 8p., tabl.

Cote Irdes: P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er629.pdf>

Les débats relatifs aux difficultés d'accès aux soins d'une partie des bénéficiaires de la CMU complémentaire, qui se sont noués en 2007, ont conduit la DREES à engager une étude sur les conditions d'accueil de ces assurés sociaux par différentes catégories de professionnels de santé. Cette étude a privilégié une approche géographique fine par zone d'emploi qui permet de neutraliser l'inégale répartition des bénéficiaires de la CMU sur le territoire. Les médecins généralistes accueillent une part plus élevée de personnes couvertes par la CMU que les spécialistes ou les dentistes.

### ► Comparaisons internationales

37943

ARTICLE

MACKENBACH (J.P.), STIRBU (I.),

ROSKAM (A.J.R.), SHAAP (M.M.),

MENVIELLE (G.), LEINSALU (M.), KUNST

(A.E.)

***Socioeconomic inequalities in health in 22 european countries.***

*Inégalités socio-économiques de santé dans 22 pays européens.*

## ► Inégalités sociales de santé

37799

FASCICULE

CAMBOIS (E.), LABORDE (C.), ROBINE (J.-M.)

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

**La « double peine » des ouvriers : plus d'années d'incapacité au sein d'une vie plus courte.**

POPULATION & SOCIÉTÉS

2008/01 ; n° 441 : 4p., fig., tabl.

Cote Irdes : C, P27/2

[http://www.ined.fr/fichier/t\\_publication/1341/publi\\_pdf1\\_441.pdf](http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1341/publi_pdf1_441.pdf)

En 2003, en France, un homme âgé de 35 ans peut espérer vivre encore 43 ans, dont 28 indemne de toute incapacité, une femme, 49 ans, dont 29 indemne d'incapacité. Les incapacités les plus sévères, impliquant éventuellement une situation de dépendance, n'occupent en moyenne que 3 années d'une vie pour les hommes et 5 années pour les femmes. Le nombre d'années vécues avec ou sans incapacité varie selon la catégorie professionnelle : en 2003, un homme cadre de 35 ans peut espérer vivre encore 47 ans dont 34 indemne de toute incapacité, un ouvrier, 41 ans dont 24 ans sans incapacité. Ces différences se renforcent avec l'avancée en âge : après 60 ans, les ouvriers et les ouvrières vivent en moyenne plus d'années avec que sans incapacité et endureront aussi plus d'incapacités sévères que les cadres. Au sein d'une vie déjà plus courte, les ouvriers passent donc à la fois moins de temps sans incapacité que les cadres, et vivent plus longtemps qu'eux avec des incapacités et des handicaps.

39623

ARTICLE

GERY (Y.), LARCHER (P.), SPIRA (A.), RIDDE (V.), BLAISE (P.), BECK (F.), EL GHOSI (L.), LEBOURDAIS (P.), OUSTRIERE (C.), LOMBRIL (P.), MOUHOU (Y.)  
MOQUET (M.J.) / coor.

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. (I.N.P.E.S.). Saint-Denis. FRA

**Comment réduire les inégalités sociales de santé ?**

SANTÉ DE L'HOMME

2008/09-10 ; vol. : n° 397 : 16-47

Cote Irdes : c, P61

Ce dossier est une synthèse de l'état des connaissances scientifiques ainsi que de la genèse des inégalités sociales, des analyses et aussi des pratiques de terrain.

BLEICHRODT H., CRANICH D.,  
EECKHOUDT L.

**Aversion to health inequalities and priority setting in health care.**

*Aversion aux inégalités de santé et choix des priorités en santé.*

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 27 : n° 6 : 1594-1604.

Cote Irdes : P79

Traditionally aversion to health inequality is modelled through a concave utility function over health outcomes. Bleichrodt et al. [Bleichrodt, H., Diecidue E., Quiggin J., 2004. Equity weights in the allocation of health care: the rank-dependent QALY model. *Journal of Health Economics* 23, 157-171] have suggested a "dual" approach based on the introduction of explicit equity weights. The purpose of this paper is to analyze how priorities in health care are determined in the framework of these two models. It turns out that policy implications are highly sensitive to the choice of the model that will represent aversion to health inequality.

CURRIE J., DECKER S., LIN W.

**Has public health insurance for older children reduced disparities in access to care and health outcomes?**

*Une couverture maladie obligatoire pour les enfants plus âgés réduit-elle les disparités d'accès aux soins et d'état de santé ?*

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 27 : n° 6 : 1567-1581.

Cote Irdes : P79

This paper investigates the effects of expanding public health insurance eligibility for older children. Using data from the National Health Interview Surveys from 1986 to 2005, we first show that although income continues to be an important predictor of children's health status, the importance of income for predicting health has fallen for children 9-17 in recent years. We then investigate the extent to which the dramatic expansions in public health insurance coverage for these children in the past decade are responsible for the decline in the importance of income. We find that while eligibility for public health insurance unambigu-

ously improves current utilization of preventive care, it has little effect on current health status. However, we find some evidence that Medicaid eligibility in early childhood has positive effects on future health. This may indicate that adequate medical care early on puts children on a better health trajectory, resulting in better health as they grow.

HUBER H.

***Decomposing the causes of inequalities in health care use: a micro-simulations approach.***

*Comment décomposer les causes d'inégalités d'accès aux soins: une approche par micro-simulations ?*

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 27 : n° 6 : 1605-1613.

Cote Irdes : P79

We propose an innovative method for the decomposition of factors associated with inequalities in the use of health care. We analyze individual data and make use of micro-simulations to evaluate the effect of heterogeneity of individual behaviors on inequality in access to care. Our study employs methods that, unlike earlier work, permits evaluation of heterogeneity of individual behaviors. We provide an application of this method by decomposing inequality of health care use in France in 1998. We show that half of the inequity in access to care is due to the heterogeneity of behaviors relative to the rank of individuals in the income distribution. This approach reconciles Oaxaca-like decompositions of inequality, focused on outcome gaps, with analyses involving decompositions of inequality by factors, focused on inequity indices.

PARK C., KANG C.

***Does education induce healthy lifestyle?***

*L'éducation génère-t-elle un mode de vie sain ?*

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 27 : n° 6 : 1516-1531.

Cote Irdes : P79

We investigate whether education induces individuals to have healthy lifestyle. To test for causality we instrument education by high school availability and birth order using data of Korean men; to account for correlations among health behaviors, we estimate a multivariate probit model using simulated MLE. Our results indicate that an increase in education induces individuals to exercise regularly, and

to get regular health checkups. We find, however, that education has little effect on smoking or drinking. We also discover that unobserved determinants of health behaviors are correlated, especially between smoking and drinking, and between exercising and getting health checkups.

## ► Migrants

39728

ARTICLE

MIZRAHI (An.), MIZRAHI (Ar.)

***Morbidité et soins médicaux aux personnes nées à l'étranger.***

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2008/05; vol. 26 : n° 3 : 159-176, tabl., graph.

Cote Irdes : C, P85

Peu de données nationales sont disponibles sur la situation sanitaire et médicale des étrangers en France : les auteurs ont cherché à regrouper les informations mobilisables sur ce thème. Les données utilisées proviennent de trois sources nationales : l'enquête décennale auprès des ménages sur la santé et les soins médicaux - ESSM (2003, et 1970, 1980, 1991), l'enquête permanente auprès des ménages sur les soins et la protection sociale - ESPS (2000 et 2002 regroupées), l'enquête sur les hospitalisés (EH) de 1991. Sont analysés quelques résultats sur la morbidité des étrangers comparée à celle des Français, puis la couverture maladie, et enfin la consommation médicale (médecine de ville et hospitalisation).

## ► Obésité

38510

ARTICLE

DE SAINT POL (T.)

Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.).  
Saint-Maurice. FRA

***Obésité et milieux sociaux en France : les inégalités augmentent.***

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE  
HEBDOMADAIRE

2008/05; n° 20 : 175-179

Cote Irdes : C, P140

[http://www.invs.sante.fr/beh/2008/20/beh\\_20\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/20/beh_20_2008.pdf)

En France, la corpulence des femmes comme des hommes a fortement augmenté depuis

1981, avec une accélération depuis les années 1990. Cette évolution concerne aussi bien les jeunes que les plus âgés. Toutefois ce processus n'a pas touché également tous les groupes sociaux. Les différences géographiques se sont renforcées entre le Nord et l'Est, où la prévalence de l'obésité est la plus forte, et l'Île-de-France et la zone méditerranéenne, où elle est plus faible. De même, l'écart entre les catégories socioprofessionnelles s'est fortement accru: l'obésité augmente beaucoup plus vite depuis 1992 chez les agriculteurs ou les ouvriers que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures. Contrairement aux femmes, les hommes les plus pauvres ne sont pas les plus corpulents (résumé d'auteur).

## GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

### ► Effets contextuels

BROWN D., LEYLAND A. H.

#### ***Population mobility, deprivation and self-reported limiting long-term illness in small areas across Scotland.***

*Mobilité de la population, défavorisation et maladies de longue durée invalidantes auto-déclarées: une étude réalisée en Ecosse à l'échelle de petites zones géographiques.*

HEALTH & PLACE

2009 : vol. 15 : n° 1 : 37-44.

Cote Irdes : P118

This study investigates population mobility and its relationship with area level deprivation and health. Based on UK movement in the year preceding the 2001 census, small areas in Scotland were classified as being one of the following population types; decreasing, increasing or stable (with high or low turnover). In the most deprived areas, illness rates for those under 65 were significantly lower in stable populations with low turnover than in other areas of comparable deprivation. Decreasing populations in deprived areas had significantly highest illness rates overall. Leaving those in poor health behind may lead to artifactual increases in area based health inequalities.

HAVARD S., DEGUEN S., BODIN J., LOUIS K., LAURENT O., BARD D.

#### ***A small-area index of socioeconomic deprivation to capture health inequalities in France.***

*Un indicateur socio-économique de défavorisation défini à petite échelle géographique pour déterminer les inégalités de santé en France.*

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2008 : vol. 67 : n° 12 : 2007-2016.

Cote Irdes : P103

In the absence of individual data, ecological or contextual measures of socioeconomic level are frequently used to describe social inequalities in health. This work focuses on the methodological aspects of the development and validation of a French small-area index of socioeconomic deprivation and its application to the evaluation of the socioeconomic differentials in health outcomes. This index was derived from a principal component analysis of 1999 national census data from the Strasbourg metropolitan area in eastern France, at the census block level. Composed of 19 variables that reflect the multiple aspects of socioeconomic status (income, employment, housing, family and household, and educational level), it can discriminate disadvantaged urban centres from more privileged rural and suburban areas. Several statistical tests (Cronbach's alpha coefficient, convergent validity tests with other deprivation indices from the literature) provided internal and external validation. Its successful application to another French metropolitan area (Lille, in northern France) confirmed its transposability. Finally, its capacity to capture the social inequalities in health when applied to myocardial infarction data shows its potential value. This study thus provides a new tool in French public health research for characterising neighbourhood deprivation and detecting socioeconomic disparities in the distribution of health outcomes at the small-area level.

HISCOCK R., PEARCE J., BLAKELY T., WITTEN K.

#### ***Is neighborhood access to health care provision associated with individual-level utilization and satisfaction?***

*Un accès aux soins de voisinage est-il associé à une meilleure utilisation et satisfaction au niveau de l'individu ?*

HEALTH SERVICES RESEARCH

2008 : vol. 43 : n° 6 : 2183-2200.

Cote Irdes : P33

**OBJECTIVE:** To explore whether travel time access to the nearest general practitioner (GP) surgery (which is equivalent to U.S. primary care physician [PCP] office) and pharmacy predicts individual-level health service utilization and satisfaction. **DATA SOURCES:** GP and pharmacy addresses were obtained from the New Zealand Ministry of Health in 2003 and merged with a geographic boundaries data set. Travel times derived from these data were appended to the 2002/03 New Zealand Health Survey (N=12,529). **STUDY DESIGN:** Multilevel logistic regression was used to model the relationship between travel time access and five health service outcomes: GP consultation, blood pressure test, cholesterol test, visit to pharmacy, and satisfaction with latest GP consultation. **DATA COLLECTION/EXTRACTION:** Travel times between each census meshblock centroid and the nearest GP and pharmacy were calculated using Geographical Information System. **PRINCIPAL FINDINGS:** When travel times were long, blood pressure tests were less likely in urban areas (odds ratio [OR] 0.75 [0.59-0.97]), GP consultations were less likely in rural centers (OR 0.42 [0.22-0.78]) and pharmacy visits were less likely in highly rural areas (OR 0.36 [0.13-0.99]). There was some evidence of lower utilization in rural areas. **CONCLUSIONS:** Locational access to GP surgeries and pharmacies appears to sometimes be associated with health service use but not satisfaction.

JACKSON C. H., RICHARDSON S., BEST N. G.

***Studying place effects on health by synthesising individual and area-level outcomes.***

*Comment étudier la relation de voisinage sur la santé à partir d'une synthèse des résultats obtenus au niveau individuel et géographique ?*

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE  
2008 : vol. 67 : n° 12 : 1995-2006.  
Cote Irdes : P103

It is well established that there exist substantial area-level socio-demographic variations in population health. However, area-level associations between deprivation and health cannot necessarily be interpreted as place effects on individual health. We demonstrate how recently developed statistical models for combining individual and aggregate data can help to separate the effects of place of residence and personal circumstances. We apply

these to two health outcomes: risk of hospitalisation for cardiovascular disease (CVD) and risk of self-reported limiting long-term illness (LLTI). A combination of small-area data from UK hospital episode statistics and the UK census and individual data from the Health Survey for England are analysed, using a new multilevel modelling method termed hierarchical related regression (HRR). The standard multilevel model for place and health explains outcomes from individual data in terms of individual and area-level characteristics. HRR models increase precision by also explaining population aggregate outcomes, in terms of the same predictors. Aggregate outcomes are modelled by averaging the individual-level exposure-outcome relationship over the area, which can alleviate the ecological bias associated with interpreting the relationship between aggregate quantities as an individual-level relationship. We find that there are associations between area-level deprivation indicators and both area-level rates of hospital admission for CVD and area-level rates of LLTI. Multilevel models fitted to the individual data alone had insufficient power to determine whether these associations were due to compositional or contextual effects. Using HRR models which incorporate area-level outcomes in addition to individual outcomes, we found that for CVD, the area-level differences were mostly explained by individual-level effects, in particular the increased risk for individuals from non-white ethnic backgrounds. In contrast, there remained a significant association between LLTI and area-level deprivation even after adjusting for the significant increased risk associated with individual-level ethnicity and income. Our study illustrates that extending multilevel models to incorporate both individual and area-level outcomes increases power to distinguish between contextual and compositional effects.

## ▮ Territorialisation

40701  
ARTICLE  
RICAN (S.), VAILLANT (Z.)

***Territoire et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé. Commentaire.***

SCIENCES SOCIALES ET SANTE  
2009/01 ; vol. 27 : n° 1 : 33-42  
Cote Irdes : P86

Au moment où un projet de loi intitulé - Hôpital, patients, santé, territoires - vient d'être

présenté et bientôt débattu au parlement, la question des enjeux territoriaux des politiques de santé publique est plus que jamais d'actualité, d'autant plus que l'on assiste, depuis les années 1980, à un renforcement des inégalités sociales et spatiales de santé. Dans un premier temps, cet article revient sur les questions des niveaux d'interventions et des nécessaires articulations des actions locales et des actions nationales pour les politiques de santé publique. Dans un second temps, il se penche sur la question de l'adéquation entre besoins et organisations des soins.

## SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

### ► Activité professionnelle

38575

ARTICLE

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

***Un an de codage CCAM en secteur libéral - Premiers résultats sur une année complète : 2006.***

POINTS DE REPÈRE

2008/03 ; n° 14 : 1-12, tabl., graph.

Cote Irdes : C, S36

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Points\\_de\\_repere\\_n\\_14.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_14.pdf)

Les données issues du codage de la CCAM permettent de connaître la nature et la fréquence des actes techniques médicaux réalisés par les médecins libéraux, selon leur spécialité et le lieu de réalisation de l'acte, ainsi que les honoraires qui en découlent. En complément au panorama général de l'année 2006, deux éclairages sont présentés, le premier sur les échographies, le second sur l'activité des praticiens de médecine générale et de médecine à mode d'exercice particulier.

### ► Collaboration interprofessionnelle

39862

FASCICULE

SMITH (S.M.), ALLWRIGHT (S.), O'DOWD (T.)

The Cochrane Library. Oxford. GBR

***Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management: review.***

*Efficacité des soins partagés au moyen d'une interface soins primaires/soins de spécialistes dans la gestion des maladies chroniques : revue.*

COCHRANE LIBRARY (THE)

2008 ; n° 4 : 59p., 32 tabl.

Cote Irdes : En ligne

Shared care has been used in the management of many chronic conditions with the assumption that it delivers better care than either primary or specialty care alone. It has been defined as the joint participation of primary care physicians and specialty care physicians in the planned delivery of care, informed by an enhanced information exchange over and above routine discharge and referral notices. It has the potential to offer improved quality and coordination of care delivery across the primary-specialty care interface and to improve outcomes for patients.

### ► Démographie médicale

37798

ARTICLE

BORIES-MASKULOVA (V.)

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Direction de la Stratégie des Etudes et des Statistiques. (D.S.E.S.). Paris. FRA

***Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2005.***

POINTS DE REPÈRE

2007/12 ; n° 13 : 12p., graph., tabl.

Cote Irdes : C, S36

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/pt\\_repere\\_13.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/pt_repere_13.pdf)

Ce Point de repère présente quelques résultats synthétiques, issus du système national inter-régimes (SNIR), sur la démographie et les honoraires des médecins libéraux. Il propose notamment l'évolution du nombre de médecins libéraux de 1980 à 2005, la répartition par secteur conventionnel, les honoraires et dépassements en 2005.

38104

FASCICULE

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

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

***Carrières des médecins généralistes : les  
inégalités entre générations.***

SERIE ETUDES ET RECHERCHE -  
DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2008/01 ; n° 75 : 39p.

Cote Irdes : C, S35/2

[http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/  
pdf/serieetud75.pdf](http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud75.pdf)

Cet article vise à étudier l'impact de la régulation de la démographie médicale sur les carrières des médecins généralistes du secteur 1. A partir d'un panel représentatif des omnipraticiens en exercice sur la période 1983-2004, il met en évidence que les conditions d'installation des médecins, qui sont liées au *numerus clausus*, affectent leurs honoraires de manière durable. Une analyse économétrique permet d'identifier les effets de la date, de l'ancienneté et de la cohorte sur les honoraires. Les inégalités intergénérationnelles sont considérables. Les cohortes installées dans les années 1980 subissent les impacts conjoints du *baby-boom* et d'un *numerus clausus* élevé : elles perçoivent les honoraires les plus faibles. En revanche, la diminution progressive du *numerus clausus* a amélioré la situation financière des cohortes installées à partir du milieu des années 1990. L'écart estimé entre les honoraires permanents des différentes cohortes peut atteindre 25%, toutes choses égales par ailleurs.

38128

ARTICLE

SCHOFIELD (D.)

***Change of the guard in obstetrics and  
gynaecology : projected retirement to 2025.***

*La relève de la garde en obstétrique et en  
gynécologie : prévisions de retraites d'ici 2025.*

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE  
DEMOGRAPHIE MEDICALES

2008/01-03 ; vol. 48 : n° 1 : 107-122

Cote Irdes : C, P14

Le présent article traite des prévisions en matière de retraite chez les obstétriciens et les gynécologues spécialistes en Australie d'ici 2025. Il compare le sexe et les heures de travail des cohortes plus jeunes et plus vieilles

pour déterminer les impacts probables de la transition des cohortes plus vieilles vers les plus jeunes. Il utilise les sondages annuels sur le personnel médical menés par l'institut australien de la santé et du bien-être pour examiner les tendances relatives aux départs naturels des obstétriciens et des gynécologues de 45 ans et pour prévoir leur taux de retraite d'ici 2025. Selon les résultats des projections, entre 2000 et 2025, 59% des obstétriciens et des gynécologues prendront leur retraite. La croissance de la proportion des femmes en obstétrique et en gynécologie ainsi que la réduction des heures de travail chez les hommes et les femmes auront un effet cumulatif sur les retraites des médecins. L'article conclue que les changements apportés à la pratique, l'augmentation de la féminisation, la retraite ainsi que la croissance supérieure de la population féminine à l'âge de procréation et la fécondité légèrement élevée signifient que la disposition d'un nombre adéquat d'obstétriciens et de gynécologues en Australie sera un important obstacle à surmonter dans les vingt années à venir. En outre, une carence potentielle en soins obstétriques est à prévoir, laquelle présente des risques particuliers pour les secteurs ruraux (Résumé d'auteur).

38130

ARTICLE

BASU (K.), GUPTA (A.)

***Effects of population ageing on future  
demand for physicians : a case study of nova  
scotia, Canada 2000-2025.***

*Effet du vieillissement de la population sur la  
demande future en médecins : étude du cas de  
la Nouvelle-Écosse (Canada) de 2000 à 2025.*

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE  
DEMOGRAPHIE MEDICALES

2008/01-03 ; vol. 48 : n° 1 : 139-154

Cote Irdes : C, P14

Depuis un certain temps, le système de santé subit des pressions pour suivre le rythme de ses besoins en ressources humaines en santé (RHS). Qui plus est, les tendances démographiques futures accentuent ces pressions. Il faudra du temps pour combler les lacunes entre l'offre et la demande de médecins en raison de leur longue période de formation. Le présent article tente d'explorer l'utilisation future des médecins en termes d'équivalent plein temps (ETP) en Nouvelle-Ecosse en 2025 selon quatre types généraux de disciplines médicales : médecine générale, spécialités médicales, spécialités chirurgicales et spécialités diagnostiques. De plus, il présente

des projections selon les diagnostics les plus responsables, la situation des patients hospitalisés et des patients en consultation externe ainsi que selon leur âge et leur sexe. L'étude montre que pour les patients en pédiatrie, l'incidence de toutes les maladies diminuerait et que pour les patients entre 15 et 54 ans, l'incidence de la maladie diminuerait ou augmenterait marginalement. Conformément à la vague de vieillissement des baby-boomers, la prévalence de la maladie augmenterait de façon importante pour les personnes de plus de 54 ans. Cette situation entraînerait la baisse des besoins relatifs à toutes les catégories de médecins chez les patients de plus de 54 ans, alors que la demande augmenterait considérablement chez les personnes 55 ans ou plus. Il constate également la plus forte croissance des besoins, selon leur ordre d'importance, en spécialistes diagnostiques, en spécialistes chirurgicaux, en spécialistes médicaux et en omnipraticiens (Résumé d'auteur).

38521

ARTICLE

TESSON (G.), PONG (R.), STRASSER (R.)

***Distributed Medical Education as a Solution to Physician Mal-distribution: One Model or Many?***

*La répartition des structures de formation comme solution à la désertification médicale: modèle unique ou modèle multiple?*

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE  
DEMOGRAPHIE MEDICALES

2008/04-06; vol. 48: n° 2: 289-306

Cote Irdes: C, P14

La Faculté de Médecine de l'Ontario du Nord a été créée pour lutter contre la désertification médicale de la région. Le long processus de décision conduisant à cette implantation peut être schématiquement vu comme jalonné des étapes suivantes: (1) la reconnaissance d'une situation de pénurie en médecins; (2) l'acceptation du principe qui postule que le recrutement des étudiants peut être amélioré lorsque la desserte des contrées défavorisées apparaît comme une priorité; (3) la décision entre une création ex nihilo ou une extension des structures existantes; (4) au plan pratique, le choix de l'endroit d'implantation. L'analyse montre que ce processus ne peut pas être identique partout. En fait, une telle implantation dépend d'une multitude de facteurs (Résumé d'auteur).

## ► Densité médicale

38127

ARTICLE

SARMA (S.), PEDDIGREW (C.)

***The relationship between family physician density and health related outcomes: the Canadian evidence.***

*Relation entre la densité des médecins de famille et les résultats liés à la santé: données canadiennes.*

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE  
DEMOGRAPHIE MEDICALES

2008/01-03; vol. 48: n° 1: 61-106

Cote Irdes: C, P14

Le présent article analyse dans quelle mesure la densité des médecins de famille influe sur les résultats liés à la santé au Canada, le cas échéant. Il part du principe que la densité des médecins de famille dans une région donnée sert d'indicateur de l'accès aux services de soins primaires appropriés et de leur disponibilité. Il utilise les états de la santé générale et mentale signalés par les clients pour mesurer les résultats de la santé générale. Il se sert également de plusieurs indicateurs de la qualité des soins qui montrent si une personne présentant un haut risque a reçu une immunisation contre la grippe, une mammographie, un frottis vaginal et un dépistage colorectal. Selon les résultats empiriques de la présente étude, un médecin de famille supplémentaire par 10 000 habitants a un impact statistiquement significatif de l'ordre de 2 à 4% sur l'état général de la santé signalé par les clients, de même que sur d'autres résultats sur la qualité des soins. Par ailleurs, cet article observe que des facteurs socio-économiques et démographiques importants, tels que le revenu, le niveau d'instruction et le statut d'immigrant, influent sur les résultats sur la santé qui ont été pris en considération dans le cadre de l'étude. La compréhension de l'influence des facteurs socio-économiques concernant l'offre et la demande de médecins est une considération importante en matière de politiques et de la planification en matière de santé (Résumé d'auteur).

## ► Histoire professionnelle

37809

FASCICULE

VEGA (A.)

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

### **Les comportements de cessation d'activité des médecins généralistes libéraux. Tome 1.**

SERIE ETUDES ET RECHERCHE -  
DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2007/12; vol. 1: n° 73: 118p., tabl., ann.

Cote Irdes: C, S35/2

[http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/  
pdf/serieetud73.pdf](http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/pdf/serieetud73.pdf)

Ce rapport qualitatif donne la parole à une trentaine de médecins généralistes libéraux, retraités ou en fin d'activité, exerçant ou ayant exercé dans différents départements métropolitains, et invités à parler de la cessation de leur activité libérale. Il souligne et permet de mieux comprendre un certain nombre de réalités qui transcendent la diversité des situations et des pratiques des médecins. En analysant les facteurs déterminant les prolongations d'exercice et les départs précoces, ce travail socio-anthropologique met cependant en évidence l'existence de différents groupes de praticiens aux intérêts divergents. C'est dans cette hétérogénéité que les réformes « globales » ou n'intégrant que des éléments péculaires trouvent leurs limites.

## ► Information médicale

39848

ARTICLE

PHAM (D.), BOISSEL (J.P.), WOLF (P.) et al.

### **Médecins généralistes : de quelle information avons-nous besoin ? Une étude quantitative auprès des médecins adhérents à l'Unafmec RA.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFMEC

2008; vol. 4: n° 8: 369-375

Cote Irdes: P198

Les médecins généralistes, comme tous les autres professionnels de santé, se trouvent régulièrement confrontés, dans leur exercice quotidien, à des questions auxquelles ils ne peuvent apporter de réponses immédiates. Objectif: Évaluer, chez des médecins généralistes français, les besoins d'information qui ap-

paraissent lors de leur pratique et les moyens qu'ils utilisent pour les satisfaire. Méthode: Pour cette étude quantitative, 539 généralistes enregistrés sur les listes de l'Unafmec Rhône-Alpes (fédération d'associations de FMC) ont été contactés par courriel. Ils étaient invités à répondre, sur un site web, à une série de questions fermées. 270 autres médecins généralistes, adhérents de cette fédération, ont reçu le même questionnaire par voie postale. Résultats: 137 questionnaires ont été retournés. Les médecins ayant participé à l'étude sont très majoritairement des libéraux voyant en moyenne 99,6 patients par semaine. L'accès à internet est quasiment universel (1 seul médecin n'a pas cette connexion, ni au cabinet ni au domicile). Le nombre moyen quotidien de questions ne trouvant pas immédiatement une réponse de par les connaissances propres du praticien est de 2,5. Cela correspond à 1 question pour 8 patients vus. Le thème de ces questions est équitablement réparti entre le diagnostic et la thérapeutique (médicamenteuse ou non). 25 % de ces questionnements ne trouvent jamais de réponse malgré les recherches faites. Les interrogations concernant les médicaments sont plus souvent et plus rapidement résolues. Comme sources, les médecins déclarent plus volontiers utiliser les revues généralistes, les livres et l'avis de confrères; la FMC est une source importante de réponses. Les médecins cherchent à obtenir une réponse directe à la question en respectant le principe de la médecine factuelle. Pour cela, ils se tournent prioritairement vers les recommandations et les guides de pratique. Les difficultés rencontrées sont le manque de temps, l'identification des sources adaptées, la validité des informations obtenues. Les généralistes souhaiteraient disposer d'outils personnalisés leur permettant d'accéder aux données souhaitées. Conclusion: Les besoins d'information des médecins généralistes qui ont répondu à cette enquête reflètent ce qui a déjà été observé chez des confrères d'autres pays, européens ou non. Leur démarche, pour satisfaire ces interrogations, se base essentiellement sur des sources rapidement accessibles et répondant au plus près à leur demande.

## ► Migration internationale

40105

ARTICLE

DUVERNE (A.), CARNET (D.), D'ATHIS (P.),  
QUANTIN (C.)

**Caractéristiques et motivations des  
médecins français ayant choisi d'émigrer en  
Grande-Bretagne.**

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ  
PUBLIQUE

2008/10 ; vol. 56 : n° 5 : 360-373, rés., tabl.,  
fig., ann.

Cote Irdes : C, P11

Le contexte européen actuel, avec la reconnaissance des diplômés au sein de ses pays membres, va très certainement favoriser la mobilité intra-européenne des médecins au gré des opportunités qui leur seront offertes et des contraintes qui leur seront imposées. L'objectif de cette étude était de connaître les motivations des médecins français ayant choisi d'exercer en Grande-Bretagne, principale raison d'émigration des médecins français. Une enquête par questionnaire autoadministré a été réalisée auprès des médecins français, enregistrés au conseil de l'ordre britannique en 2005, ayant effectué leurs études en France et ayant fourni une adresse valide. Le taux de réponse, qui est difficile à évaluer (impossibilité de distinguer les non-réponses volontaires de celles résultant d'une adresse non valide), est d'environ 37%. Les résultats montrent que les motifs d'expatriation sont multiples. Pour le premier profil (59%), les motivations professionnelles et personnelles s'additionnent dans la décision d'émigrer. Le deuxième profil est représenté essentiellement par des femmes qui n'émigrent que pour suivre leur conjoint (29%). Le troisième profil (12%) correspond aux motifs d'expatriation exclusivement professionnels : ce sont des hommes, majoritairement, déçus de leurs conditions au sein de l'hôpital français en termes de reconnaissance, de rémunération et d'évolution de carrière. L'insatisfaction des conditions de travail en France et du niveau de rémunération semble trouver une réponse adaptée au sein du National Health Service : les conditions du salariat, l'organisation du travail en temps et en équipe, associées à un niveau de reconnaissance supérieur sont les points forts retenus par ces médecins, quels que soient leurs motifs initiaux d'expatriation. Faute d'assurance sur la représentativité des questionnaires retournés, cette étude ne permet pas de généraliser ses résultats à l'ensemble des médecins français installés en Grande-Bretagne, mais elle per-

met d'appréhender les paramètres principaux intervenant dans la prise de décision d'émigrer. Si ce mouvement migratoire apparaît faible quantitativement, il est le témoin d'une insatisfaction de certains médecins dans le système français et souligne l'importance de l'immigration médicale dans la gestion de la démographie britannique.

## ► Modes de rémunération

37567

ARTICLE

LE FUR (E.), BUSSON (A.)

**Les honoraires des spécialistes s'envolent.**

60 MILLIONS DE CONSOMMATEURS

2008/04 ; n° 426 : 18-23, tabl., fig.

Cote Irdes : Dossier de presse : médecins-actes médicaux

L'enquête menée par 60 millions de consommateurs auprès d'un millier de spécialistes à travers la France, révèle que les tarifs appliqués peuvent varier de un à cinq. Les dépassements d'honoraires posent le problème de l'accès aux soins.

38126

ARTICLE

BASU (K.), MANDELZYS (D.)

**The modes of physician remuneration and  
their effect on direct patient contact.**

*Modes de rémunération des médecins et leur  
effet sur le contact direct avec le patient.*

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE  
DEMOGRAPHIE MÉDICALES

2008/01-03 ; vol. 48 : n° 1 : 41-60

Cote Irdes : C, P14

Dans le cadre d'initiatives telles que la réforme de soins primaires, des millions de dollars ont été alloués au système de soins de santé canadien. Le mode de rémunération des médecins affecte l'offre des services médicaux, laquelle est essentielle pour faire en sorte que les initiatives facilitent l'atteinte des buts stratégiques. Cependant, cette étude observe une lacune dans la compréhension de la façon dont les différents modes de rémunération affectent le contact médecin-patient. Le présent article examine s'il y a une différence importante entre l'équivalent temps plein (ETP) moyen des médecins de famille (MF) qui sont rémunérés à l'acte, qui sont salariés ou qui sont rémunérés selon la combinaison de ces deux modes.

Elle utilise l'ensemble de données sur la facturation des médecins de la Nouvelle-Ecosse, qui a suivi chaque service dispensé par les médecins rémunérés à l'acte ou salariés au cours de l'année financière 2003-2004. Elle applique deux modèles semi-logarithmiques pour déterminer le rapport entre 1) les modes de rémunération et les ETP, et 2) les modes de rémunération et l'ensemble des services dispensés, à l'aide de la méthode classique des moindres carrés. Selon le Sondage national des médecins, il est constaté une différence importante entre les modes de rémunération actuels et les modes de rémunération de prédilection, ce qui élimine de ce fait la possibilité de biais de sélection. Les résultats montrent qu'en comparaison des MF rémunérés à l'acte, les MF salariés et ceux qui sont rémunérés selon le mode combiné produisent en moyenne 40,46% et 23,13% moins d'ETP respectivement. Ils indiquent également qu'en comparaison des MF rémunérés à l'acte, les MF salariés et ceux qui sont rémunérés selon le mode combiné fournissent 53,54% et 31,49% moins de services en moyenne (Résumé d'auteur).

39078

ARTICLE , INTERNET  
ROSENTHAL (M.B.)

***Beyond Pay for Performance — Emerging Models of Provider-Payment Reform***

*Au-delà du paiement à la performance - modèles émergents d'une réforme de la rémunération des fournisseurs de soins.*

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF  
MEDICINE

2008/09/18; vol. 359: n° 12: 1197-1200

Cote Irdes: En ligne

<http://content.nejm.org/cgi/reprint/359/12/1197.pdf>

DUMONT E., FORTIN B., JACQUEMET N.,  
SHEARER B.

***Physicians' multitasking and incentives: empirical evidence from a natural experiment.***

*Modes d'exercice multitâche et incitations financières: évidence empirique issue d'une expérimentation naturelle.*

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 27: n° 6: 1436-1450.

Cote Irdes: P79

We analyse how physicians respond to contractual changes and incentives within a multitasking environment. In 1999 the Quebec government (Canada) introduced an optional mixed compensation (MC) system, combining a fixed per diem with a partial (relative to the traditional fee-for-service (FFS) system) fee for services provided. We combine panel survey and administrative data on Quebec physicians to evaluate the impact of this change in incentives on their practice choices. We highlight the differentiated impact of incentives on various dimensions of physician behaviour by considering a wide range of labour supply variables: time spent on seeing patients, time devoted to teaching, administrative tasks or research, as well as the volume of clinical services and average time per clinical service. Our results show that, on average, the reform induced physicians who changed from FFS to MC to reduce their volume of (billable) services by 6.15% and to reduce their hours of work spent on seeing patients by 2.57%. Their average time spent per service increased by 3.81%, suggesting a potential quality-quantity substitution. Also the reform induced these physicians to increase their time spent on teaching and administrative duties (tasks not remunerated under the fee-for-service system) by 7.9%.

## ► Pratique médicale

37292

ARTICLE , INTERNET  
GENEAU (R.) , LEHOUX (P.) , PINEAULT  
(R.) , LAMARCHE (P.)

***Understanding the work of general practitioners: a social science perspective on the context of medical decision making in primary care.***

*Comprendre le travail des médecins généralistes: une perspective en sciences sociales dans le contexte de prise de décision médicale en soins primaires.*

BMC FAMILY PRACTICE

2006/11; vol. 7: n° 68: 10p., fig.

Cote Irdes: en ligne

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2296-9-12.pdf>

The main objective of this paper is to better understand how organizational and environmental factors influence the work of general practitioners. The authors identified four main factors that influence the practice of general practitioners: mode of remuneration, peer-to-

peer interactions, patients' demands and the availability of other medical resources in the environment.

37801

ARTICLE

AULAGNIER (M.), VIDEAU (Y.), COMBES (J.B.), SEBBAH (R.), PARAPONARIS (A.), VERGER (P.)

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

**Pratiques des médecins généralistes en matière de prévention : les enseignements d'un panel de médecins généralistes en Provence-Alpes-Côtes d'Azur.**

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2007/10-11 ; vol. 38 : n° 4 : 259-268

Cote Irdes : C, P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Medecins\\_generaliste.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Medecins_generaliste.pdf)

Une enquête téléphonique a été réalisée auprès d'un panel de 600 médecins généralistes libéraux exerçant en région PACA pour décrire leurs attitudes et pratiques dans le domaine de la prévention et de l'éducation à la santé et en identifier les déterminants.

39837

ARTICLE

BOISSEL (J.P.), KASSAI (B.)

**Prévalence, incidence, risque spontané.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2008 ; vol. 4 : n° 7 : 320-321

Cote Irdes : P198

Prévalence, incidence et risque spontané sont impératifs et incontournables dans notre quotidien de médecin : dictature, donc. Oubliée parce que bien peu de nos réflexions et de nos décisions les prennent en compte. Et c'est ainsi que nous devons être souvent dans l'erreur ou à tout le moins loin de l'optimum.

40212

ARTICLE

**Les médecins libéraux sont prêts pour l'exercice en cabinet pluridisciplinaire.**

AVENIR ET SANTE

2009/01 ; vol. : n° 370 : 12

Cote Irdes : P187

Cet article présente les résultats d'une enquête réalisée par le CSA pour la Confédération

des syndicats médicaux français, en octobre-novembre 2007, auprès d'un échantillon de médecins libéraux. Ces résultats démontrent notamment que la majorité des médecins sont favorables à la délégation d'actes entre professionnels de santé.

40221

ARTICLE

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

**Prévention en médecine générale. Deuxième partie : regards croisés patients-médecins.**

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2008/09 ; vol. 4 : n° 9 : 406-410

Cote Irdes : P198

Des articles précédents parus dans cette même revue (n° 485, 488, 491) ont envisagé la part de la prévention dans l'activité du médecin généraliste, de toute évidence en augmentation constante si l'on veut bien la considérer dans son ensemble. Mais surtout, les activités de prévention représentent une évolution majeure de l'activité traditionnelle de soignant, porteuses sans nul doute de promesses d'amélioration de la santé, mais pas nécessairement à l'abri de dérapages dignes du Dr Knock... Contrairement aux idées reçues, la part de la prévention dépasse certainement aujourd'hui 30 % du temps dans l'activité usuelle du médecin généraliste. Il y a là des aspects nouveaux, bien au-delà de la prévention classique, puisqu'il s'agit aussi bien de dépister certains cancers que de repérer et prendre en charge des facteurs de risque, en amont de la maladie elle-même, qu'il s'agisse de risques cardiovasculaires, nutritionnels, comportementaux ou autres.

40602

ARTICLE

DANG HA DOAN (B.), LEVY (D.), TEITELBAUM (J.), ALLEMAND (H.)

**Médecins et pratiques médicale en France 1967 - 1977 - 2007. Une observation sur quarante années : considérations méthodologiques.**

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALES

2008/10-12 ; vol. 48 : n° 4 : 462-471

Cote Irdes : C, P14

Vue d'ensemble du chapitre 1 : Trois enquêtes, explorant les mêmes thèmes ont été menées en France en 1967, 1977 et 2007. Elles cherchent à saisir la répartition des médecins dans les divers modes d'exercice, leur durée

de travail hebdomadaire et le temps qu'ils consacrent à la lecture des publications médicales. L'enquête de 1967 s'apparente à une opération de recensement, son questionnaire étant adressé par la Poste à tous les docteurs en médecine inscrits au Tableau de l'Ordre. Ils étaient plus de 59000 dont 43900 ont répondu à l'opération. L'enquête suivante a été entreprise auprès d'un échantillon aléatoire de 2000 médecins par l'équipe du Centre de Sociologie et de Démographie Médicales (CSDM) pour le compte du Ministère de la Santé entre octobre et décembre 1977. Elle a recueilli plus de 1400 réponses, soit un taux de 75%. Quant à la troisième enquête, elle a été menée à l'automne 2007 par le CSDM pour le compte de la Confédération des Syndicats Médicaux Français. Pour permettre une comparabilité maximale avec l'enquête de 1977, l'échantillonnage a été effectué dans les mêmes départements avec les mêmes techniques de sondage probabiliste. Sur les 3700 questionnaires envoyés par la Poste, 1167 ont été recueillis, soit le taux de réponse de 31%. Le traitement des informations collectées montre une sur-représentation des jeunes médecins âgés de moins de 40 ans. (Cette sur-représentation entraîne évidemment celle des femmes, ces dernières étant précisément en forte proportion parmi les promotions médicales récentes). Toutefois, il est probable que le biais est moins important que ne le laisse paraître les chiffres. Ces derniers présentent les effectifs médicaux des fichiers nationaux où manque en général une partie des jeunes diplômés. Ce manque procède lui-même de leur situation professionnelle encore incertaine et explique pour une part, l'apparent gonflement des jeunes promotions dans les questionnaires recueillis par l'enquête. En opérant des redressements, on constate que l'écart entre les données redressées et les données brutes observées n'est pas d'une grande ampleur. Par exemple, la proportion des médecins libéraux dans le corps médical s'élève à 59,5% en donnée observée (brute) et à 60,1% en donnée redressée. La durée moyenne du temps de travail hebdomadaire est de 47,9 heures en donnée observée et de 48,0 heures en donnée redressée. Compte rendu du niveau de précision auquel on peut s'attendre des investigations de cette dimension, on peut sans doute accepter l'existence de tels écarts. Enfin, l'enquête de 2007 cherche aussi à étudier les divers moyens auxquels ont recours les médecins d'aujourd'hui pour assurer leur formation permanente. La comparaison avec le passé s'effectue grâce à d'autres enquêtes menées par le CSDM depuis 1983 (Résumé d'auteur).

40603

ARTICLE

DANG HA DOAN (B.), LEVY (D.),  
TEITELBAUM (J.), ALLEMAND (H.)

***Médecins et pratiques médicale en France  
1967 - 1977 - 2007. Les modes d'exercice.***

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE  
DEMOGRAPHIE MEDICALES

2008/10-12; vol. 48: n° 4: 472-488

Cote Irdes: C, P14

En 2007, sur 100 médecins en activité, 60 exercent leur art en clientèle privée (à titre libéral), 19 travaillent dans un Centre Hospitalier Universitaire, 23 dans un établissement non universitaire, 19 encore pratiquent dans un centre de santé (ou structure similaire), 6 se consacrent au contrôle ou à l'expertise médicale. En outre, 17 exercent une autre activité de nature médicale, 11 travaillent dans les domaines non médicaux et 4 ne donnent pas de réponse. L'ensemble dépasse les 100% parce que certains ont plusieurs modes d'exercice. Le multi-exercice est néanmoins en voie de diminution. La proportion des médecins ayant plusieurs cadres de pratique s'élevait à 58% en 1977 mais elle n'est plus que 47% trois décennies plus tard. L'importance numérique des modes d'exercice au sein du corps médical subit des variations dans le temps. Entre 1977 et 2007, si l'on inclut dans chaque exercice tous les médecins qui le pratiquent peu ou prou, on constate qu'à part les hôpitaux non universitaires, tous ont marqué une réduction. Cette dernière tire sa source du recul général des activités d'appoint en faveur du mono-exercice. La progression du mono-exercice, ou exercice à titre exclusif, est spectaculaire dans les établissements d'hospitalisation non universitaires: 12% du personnel médical de ces établissements y travaillaient à titre exclusif en 1977 mais leur proportion est de 36% trois décennies après. Le mono-exercice connaît aussi une forte expansion (de 26% à 46% en 30 ans) dans les centres de santé, lieux pourtant réputés privilégiés des vacations d'appoint. On peut citer aussi les CHU: aujourd'hui, le tiers de leur personnel médical y travaille à titre exclusif, contre moins d'un cinquième en 1977. Tout comme les structures professionnelles, les structures démographiques accusent des changements durant les dernières décennies. Toutefois, les processus démographiques sont de nature lente. Le boom des diplômes médicaux a débuté vers le milieu des années 70 mais aujourd'hui on assiste surtout à une forte expansion des médecins âgés de 40 à 54 ans. Le groupe des aînés (55 ans et plus) ne verra

son boom que vers 2015-2020. Par ailleurs, cette marche vers le vieillissement varie d'un mode d'exercice à l'autre. Le fait procède en partie des changements d'exercice en cours de carrière mais surtout de l'afflux différentiel des jeunes diplômés, ces derniers choisissant en grand nombre dès le départ certains exercices et en délaissant d'autres. C'est la moindre attirance des jeunes pendant les dernières décennies qui explique le vieillissement rapide de la médecine libérale : en 1977, plus du tiers des médecins libéraux avaient moins de 40 ans, mais leur proportion s'est réduite à 1 sur 7 trente ans plus tard. Cette proportion de 1 jeune sur 7 est observée maintenant aussi parmi les médecins des centres de santé. Dans la médecine hospitalière, elle est plus élevée (Résumé d'auteur).

40604

ARTICLE

DANG HA DOAN (B.), LEVY (D.),  
TEITELBAUM (J.), ALLEMAND (H.)

***Médecins et pratiques médicale en France  
1967 - 1977 - 2007. Le temps de travail.***

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE  
DEMOGRAPHIE MEDICALES

2008/10-12; vol. 48: n° 4: 489-513

Cote Irdes: C, P14

En 2007, le médecin français travaille 47,9 heures par semaine, contre 37,9 heures dans l'ensemble de la population active et 42,1 heures pour la moyenne des cadres. La durée moyenne hebdomadaire de travail est plus longue chez les hommes (52,3 heures) que chez les femmes (42,4 heures), dans le cabinet libéral (50,6 heures) qu'au centre de santé (34,5 heures). Le personnel médical des CHU accomplit des semaines de 51,6 heures contre 46,7 dans les établissements non universitaires. On note que pendant la période 1977-2007, la durée de travail des médecins des CHU s'est élevée de 4%, alors que presque tous les autres modes d'exercice ont diminué la leur. La réduction la plus forte a été constatée dans les cabinets libéraux (56 heures en 1977 et 50,6 heures trente ans plus tard) et les centres de santé (respectivement 39,4 heures puis 34,5 heures). Comment s'est déroulée la RTT (réduction du temps de travail) selon l'âge et le sexe du médecin? Durant ces 30 années, les jeunes praticiens ont diminué leur semaine de travail de 11% et le groupe des 40-54 ans a réduit la sienne de 12%. Quant au groupe des aînés, ceux âgés de plus de 54 ans, sa RTT n'a pas excédé les 4%, c'est-à-dire à un rythme trois fois moins rapide. Cette diversité de rythmes fait qu'aujourd'hui, ce sont les médecins âgés

qui travaillent le plus longtemps chaque semaine (48,7 heures contre 46 heures pour les jeunes de moins de 40 ans). L'activité intense des aînés se retrouve surtout dans le secteur ambulatoire mais n'apparaît pas manifeste en milieu hospitalier. Durant la période 1977-2007, dans son ensemble, le corps médical français a réduit sa semaine de travail de 5 heures (de 52,9 heures à 47,9 heures). Cette réduction a été principalement une affaire d'homme. En effet, la semaine de travail masculine, de 55 heures en 1977, s'est abaissée à 52,3 heures trois décennies plus tard. Mais, pendant la période, les femmes n'ont pas réduit leur temps de travail. Bien au contraire, elles ont augmenté le leur: de 40,2 heures au début de période, ce temps s'est élevé à 42,4 heures trente ans plus tard. Or, durant la période, la proportion des femmes dans le corps professionnel a triplé, passant de 16% en 1977 à 44% aujourd'hui. Sans cette expansion, le corps médical aurait enregistré une RTT bien plus spectaculaire. Dans l'enquête de 2007, une question concerne la participation du corps médical aux divers systèmes de gardes organisées. D'après des réponses, on constate qu'aujourd'hui, la moitié des médecins libéraux prend part à ces systèmes (rassemblés sous le terme de Permanence des Soins). La proportion est d'un tiers en médecine générale mais s'élève jusqu'à 7 dixièmes dans les spécialités. Ceux qui participent à la PDS y consacrent en moyenne 42,5 heures par mois (plus de 58 heures pour les généralistes et 34 heures et demie parmi les spécialistes). En d'autres termes, la PDS occupe une durée équivalente à 14% du temps de travail des spécialistes mais le pourcentage s'élève jusqu'à 26% pour les généralistes (Résumé d'auteur).

## ► Recours aux soins

38144

FASCICULE

COLLET (M.), GOUYON (M.)

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

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

***Recours urgents et non programmés à la  
médecine de ville : satisfaction des patients  
et suites éventuelles.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2008/02; n° 625: 8p.

Cote Irdes: C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er625.pdf>

En prenant en charge une part considérable des recours urgents ou non programmés, les généralistes de ville répondent à une demande spécifique de soins. L'enquête, interrogeant à la fois le médecin et son patient, permet de dégager les raisons subjectives et objectives de consulter, le contenu de la séance, mais également les suites du recours. Après consultation, 94% des patients obtiennent une prescription de médicaments ou d'exams généralement respectée. Pour un recours sur dix, le médecin estime que son patient aurait pu différer sa consultation.

## ► Relations médecin-malade

38125

ARTICLE

BARHAM (V.), DEVLIN (R.A.), WANG (X.S.)

***Empowered patient or empowered physician: an analysis of the importance of the empowered patient in health delivery system.***

*Analyse de l'importance du patient en situation de pouvoir dans la dispense de soin.*

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE  
DEMOGRAPHIE MEDICALES

2008/01-03; vol. 48: n° 1: 9-40

Cote Irdes: C, P14

Cet article développe un modèle théorique simple qui compare la répartition des ressources dans le système de santé lorsque les médecins agissent en tant que gardiens des décisions prises par les patients, de leur propre chef. Il montre que même en l'absence d'asymétrie de l'information, les mesures institutionnelles ont leur importance ; Toutes choses étant égales, il constate que les patients exigent plus de temps avec les médecins, lorsqu'ils sont habilités à le faire (relativement à la situation où les médecins ont le contrôle), tandis que les médecins veulent passer plus de temps à développer leur expertise lorsqu'ils ont la liberté de le faire. La réaction des médecins et des patients vis-à-vis des changements aux instruments de politique, diffère également à travers les dispositions institutionnelles. L'analyse attire l'attention sur la conception du plan de compensation à l'endroit des médecins, et prouve qu'un plan non linéaire est généralement optimal si les médecins ont le contrôle de l'accès aux ressources (Résumé d'auteur).

38885

ARTICLE

DEAU (X.), VACHERON (A.)

Conseil Départemental des Médecins des Vosges. FRA

***L'analyse d'un médecin omnipraticien de la relation médecin-malade-Internet dans sa pratique quotidienne. Discussion : De l'autodiagnostic à l'automédication.***

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE  
MEDECINE

2007; vol. 191: n° 8: 1497-1502

Cote Irdes: C, P76

La relation médecin-malade évolue au fil du temps en fonction des techniques nouvelles d'information et des impératifs législatifs (lois de mars 2002 et août 2004). Cependant l'article 35 du code de déontologie trouve un regain d'actualité: « l'information doit ainsi être loyale, claire et appropriée à l'état du patient... Le médecin tient compte de sa personnalité dans ses explications et veille à leur compréhension ». Ainsi comment le médecin peut-il et doit-il adapter cet enrichissement de l'information par internet à chacun de ses patients internautes? Internet est-il un intrus ou un tiers compétent dans le colloque singulier médecin-malade? Le devoir du médecin n'est-il pas d'amener son malade, grâce à la déontologie et à internet, non seulement sur la voie du mieux être mais sur la voie du plus être?

## ► Soins non urgents

LEGA F., MENGONI A.

***Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications.***

*Pourquoi les patients ont-ils recours aux urgences hospitalières pour des soins non urgents plutôt qu'aux soins primaires? Evidence empirique et implications managériales.*

HEALTH POLICY

2008: vol. 88: n° 2-3: 326-338.

Cote Irdes: P92

OBJECTIVE: To investigate structural and psychological factors that lead non-urgent patients to choose the Accidents & Emergency Department (A&ED) rather than primary care services. DATA SOURCES: Data were collected through interviews by means of a structured questionnaire. Data regarding the A&ED sample were also drawn from the database of the department. STUDY DESIGN:

Hypotheses were tested in a survey comparing A&ED non-urgent patients and patients using GP surgeries. Different perceptions of the characteristics of A&ED and primary care services were measured and a perceptual map was created using the linear discriminant analysis (LDA). DATA COLLECTION: Emergency services users were interviewed in the A&ED of the General Hospital of the Province of Macerata (Italy). Primary care users were interviewed in four GP surgeries. 527 patients were interviewed between December 2006 and February 2007. PRINCIPAL FINDINGS: A&ED and primary care patients look for different characteristics as diagnostic and therapeutic potentialities, empathy and competence, quick access or long-lasting relationship. Information asymmetry explains part of the behaviour. CONCLUSIONS: Use of A&ED services for non-urgent care can be reduced. The understanding of reasons underlying the choice and a change in access, timing and contents of care/services provided by general practitioners (GPs) might provide incentives for shifting from A&ED to GPs surgeries.

## ► Syndicalisme

37571

ARTICLE  
HASSENTEUFEL (P.)

### ***Syndicalisme et médecine libérale: le poids de l'histoire.***

SEVE: LES TRIBUNES DE LA SANTE

2008; n° 18: 21-28

Cote Irdes: P168

L'Union des syndicats médicaux français (USMF) a émergé dans les années 1880 autour de deux enjeux: la défense des intérêts économiques de la profession face aux mutuelles et l'octroi du monopole en matière de soins aux docteurs en médecine. L'USMF devient la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF) en 1928, dans le contexte de la discussion de la loi sur les assurances sociales à laquelle s'opposent les représentants syndicaux. C'est aussi à ce moment là que se cristallisent les principes de la médecine libérale, inscrits dans la charte syndicale de 1927, qui structure encore aujourd'hui l'identité collective de la profession.

## ► Activité hospitalière

38535

FASCICULE  
CORDIER (M.)

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

### ***Hôpitaux et cliniques en mouvement: changements d'organisation de l'offre de soins et évolution de l'attente des patients.***

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2008/04; n° 633: 8p., tabl., graph.

Cote Irdes: P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er633.pdf>

Les établissements de santé sont confrontés à des évolutions majeures à la fois dans la planification sanitaire, dans leur mode de financement et pour les hôpitaux publics, dans leur organisation interne. En 2007, 95% des établissements appartiennent à un réseau, partenariat ou structure de coopération. Les partenariats pour hospitalisation ou pour soins infirmiers à domicile ont doublé en quatre ans (60% en 2007 contre 30% en 2003). Ces quatre dernières années, 70% des établissements ont modifié la prise en charge des patients avec l'augmentation de l'activité ambulatoire et 80% ont développé les activités transversales telles que la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs.

## ► Cliniques privées

40696

ARTICLE

### ***Cliniques: le palmarès 2008.***

LE POINT

2008/12/11; n° 1891: 106-119

Cote Irdes: Dossier de presse: Hôpital privé

<http://www.lepoint.fr/actualites-societe/le-palmares-2008-des-cliniques/920/0/298802>

Cette édition 2009 du palmarès des cliniques se compose de 38 classements thématiques. Il s'appuie sur les résultats d'un questionnaire adressé à 646 établissements le 10 septembre 2008 et dont les retours (377 réponses) ont été exploités jusqu'au 4 novembre. Une vingtaine d'informations issues de cet envoi sont prises en compte. Tout d'abord, le taux

de mortalité à 30 jours pour certaines interventions lourdes. Ont aussi été privilégiés la présence de certains équipements pour certaines disciplines : par exemple, des salles de blocs opératoires réservés à la chirurgie de l'oeil pour les interventions d'ophtalmologie, des services de réanimation 24 heures sur 24 pour la chirurgie des artères, des unités de soins intensifs cardiologiques (Usic) pour la prise en charge des infarctus du myocarde à la phase aiguë. La concentration des moyens sur un même site fait aussi partie des éléments positifs : ainsi, la possibilité de réaliser chimiothérapie et radiothérapie sur le même site pour traiter un cancer. Par ailleurs, nous exploitons le Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) émanant du ministère de la Santé. Obtenue après avis positif de la CNIL, cette base de données contient les 7,6 millions de dossiers médicaux des patients hospitalisés dans l'année dans le secteur privé à but lucratif. Elle permet d'analyser finement les actes médicaux et chirurgicaux et de juger l'activité des établissements. C'est la base de l'année 2006, la dernière disponible, qui a été analysée. D'autres sources d'informations ont été utilisées, en particulier les annuaires de l'Ordre national des médecins, de la Fédération européenne des services d'urgences, de l'Association française d'urologie, ainsi que l'annuaire de l'hospitalisation privée 2008 (Rosenwald, 59e édition).

## ► Éducation thérapeutique

37787

ARTICLE

GUILE (R.), MAUDUIT (N.), LE RHUN (A.), GREFFIER (C.), LOMBRAIL (P.)

**Analyse des coûts des programmes d'éducation thérapeutique au CHU de Nantes.**

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2007/09-10; vol. 25: n° 5-6: 257-268, tabl., rés.

Cote Irdes : C, P85

L'éducation thérapeutique est amenée à se développer. A l'hôpital, son financement est prévu parmi celui des Missions d'Intérêt Général (MIG). La bonne adéquation des moyens de financement prévus pour cette activité ne peut être appréciée qu'en regard des coûts à financer. L'objectif de cette étude était de décrire les coûts engendrés par la mise en oeuvre de ces programmes au CHU de Nantes et dans les réseaux de soins s'y rattachant en 2005 ainsi que les moyens de valorisations

utilisés. Neuf programmes, qui répondaient aux critères de qualité de l'OMS, ont été ainsi inclus dans l'étude. Les coûts sont représentés par les charges en personnel calculées à partir des ETP (équivalents temps plein) des professionnels participant à ces activités. Les coûts s'élevaient à 519 000 - et leur financement était assuré à 16% par la T2A (83 513 -) avec un taux à 25%, 18% par des financements extérieurs (91 095 -), 344 314 - restant à la charge de l'hôpital (66%). L'enveloppe MIG destinée aux actions de prévention et à l'éducation thérapeutique s'élevait à 300 000 - environ la même année pour l'ensemble des 24 projets en cours au CHU. Même en considérant un taux T2A à 100%, la part de l'éducation thérapeutique financée par l'activité serait de 30% laissant le reste à la charge de l'hôpital. Des financements adaptés, s'intégrant dans le dispositif de la T2A, doivent être trouvés rapidement (Résumé d'auteur).

## ► Gestion des ressources humaines

40632

ARTICLE

SCHNEIDER (F.), LAVIGNE (T.), LAVAUX (T.), PYNN (S.), MATHIEN (C.), ROHMER (J.G.), MEZIANI (F.), LUTUN (P.), CASTELAIN (V.)

**Application of industrial human resource management tools to physicians: impact on finances, level of activity and mortality rates in an intensive care department.**

*Application de techniques de management de ressources humaines provenant de l'industrie à des médecins: impact sur les finances, le niveau d'activité et la mortalité dans un département de réanimation.*

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2008/09; vol. 26: n° 5: 245-258, tabl., fig.

Cote Irdes : C, P85

Constatant que les mesures mises en place à ce jour pour obtenir une réduction des coûts des prescriptions médicales avaient échoué, les auteurs de cet article ont entrepris une nouvelle approche par application à des médecins de techniques de management des ressources humaines provenant de l'industrie pour voir si cela aurait des conséquences tangibles dans le domaine des économies. 9 tests psychologiques ont été réalisés pour évaluer le niveau d'anxiété et l'implication professionnelle des médecins seniors d'un département de réanimation de 32 lits. Sur cette base, un leader de projet a été choisi pour appliquer une politique

comprenant un enseignement standardisé et une politique de réduction des prescriptions d'actes de biologie. L'ensemble a été mis en place pour vérifier si une diminution globale des prescriptions médicales survenait sans affecter l'évolution des malades. De façon simultanée, ont été colligées pendant l'année de cette expérimentation, les fluctuations des coûts financiers des prescriptions d'examen biologiques, de radiologie et celle des médicaments. Sur 7 mois, ont été obtenues une réduction de 22,3% des prescriptions de biologie, une diminution de 13,21% de la prescription des médicaments, une diminution de 42% des prescriptions de drogues anti-infectieuses et une diminution de 11,58% des prescriptions de radiologie à niveau constant d'activité et sans augmentation ni de la mortalité ni des ré-hospitalisations. Cette approche a permis de limiter les prescriptions d'un montant d'environ 900 000 euros sur une année. (résumé d'auteur).

## ► Hospitalisation à domicile

39457

ARTICLE  
NEPPEL (C.)

***Hospitalisation à domicile : les enjeux du développement.***

GESTIONS HOSPITALIERES  
2008/08-09 ; n° 478 : 465-469  
Cote Irdes : c, P67

En 2006, le gouvernement français affichait sa volonté d'accélérer et de poursuivre le développement de l'hospitalisation à domicile. Cette détermination, réaffirmée dans les discours officiels en 2007, fait suite à un plan de développement et d'accompagnement financier amorcé en 2004. L'état des lieux fait état d'une progression rapide : 3908 places en 1999, 5718 en 2004, 6826 en 2005 et près de 9000 places autorisées fin 2007. Mais le potentiel de développement de ce mode de prise en charge est donc encore important puisque quelque 6000 places resteraient à créer.

40223

ARTICLE  
SENTILHES-MONKAM (A.)

***Soins palliatifs à domicile : le patient, ses proches, ses soignants : une enquête qualitative sur l'hospitalisation à domicile.***

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC  
2008/09 ; vol. 4 : n° 9 : 422-426

Cote Irdes : P198

Indépendamment des contingences sociétales, qu'est-ce que l'hospitalisation à domicile (HAD) aujourd'hui, dans le domaine de la maladie grave ? Comment permet-elle à un patient de demeurer chez lui ? Quel est son positionnement par rapport à ce qui se joue dans ces situations ? Comment se répartit la tâche entre les différents acteurs que sont le patient, ses proches, les soignants, les médecins ? L'objectif de cet article est d'analyser les représentations de patients en soins palliatifs, de leurs proches et de leurs soignants sur l'hospitalisation à domicile dans ce cas. Une enquête qualitative a été réalisée en 2002 par entretiens semi-structurés auprès des patients très malades, de leurs proches et de forums pour leurs soignants. Trois services d'HAD, deux généralistes et une spécialisée en soins palliatifs ont été investigués. Il se dégage une représentation « idéale » de l'HAD en un dispositif à 4 dimensions : réflexion société ; réflexion individu ; action domestique ; action technique. Les patients expriment que l'action technique pure ne peut exister. Les réponses des soignants sont plus techniques qu'existentielles. Il y a mise en tension de deux réalités différentes. Il est impératif de développer la recherche en soins palliatifs, ce qui suppose parfois d'aller s'entretenir avec ceux-là mêmes qui sont concernés : les patients, même si c'est difficile pour des raisons éthiques mais aussi de faisabilité, et malgré une résistance des soignants loin d'être négligeable. Cette représentation de l'HAD, certainement « idéale », juxtapose et intègre dans une seule vision les représentations de chacun des acteurs qui la constituent et la fabriquent au quotidien, telles qu'ils la racontent lors des entretiens, qu'il s'agisse de son positionnement en interface ou de ses finalités. Elle constitue le « gold standard » par rapport auquel il nous faut tenter de comprendre le sens de ce qui est dit.

## ► Indicateurs de gestion hospitalière

39966

ARTICLE  
RIVIERE (P.), MADELMONT (F.), MENDELSON (M.), STAKOWSKI (R.), GAUBERT (Y.), FINKEL (S.), GARRIGUES (B.), NAIDITCH (M.), KLETZ (F.)

***Économie de l'hôpital. Dossier.***  
REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE  
2008/05-06 ; n° 522 : 12-33

Cote Irdes : C, P22

Après un premier article traitant des spécificités économiques de l'hôpital par rapport à l'administration et à l'entreprise, ce dossier « Économie de l'hôpital » traite de deux points plus particuliers de gestion hospitalière qui sont la nouvelle version de la classification des groupes homogènes de malades (GHM) et la mise en place du contrat de partenariat public/privé. Puis, il se conclut par une analyse des parts de marché relative à l'hospitalisation en médecine chirurgie obstétrique (MCO) pour la période 2002/2006.

## ► Personnel hospitalier

37791

ARTICLE  
HOLCMAN (R.)

***L'hôpital public manque-t-il réellement de personnel ?***

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2007/09-10 ; vol. 25 : n° 5-6 : 307-317, rés., tabl.

Cote Irdes : C, P85

L'hôpital public français est supposé manquer cruellement de personnel. Commentaires, témoignages, images télévisées, s'accordent à dénoncer une situation où l'insuffisance de la main-d'oeuvre hospitalière non seulement dégrade les conditions de travail mais viendrait à compromettre la qualité des soins dispensés. Or l'analyse des dotations en personnel des hôpitaux français ne corrobore pas ce sentiment - en particulier comparativement à l'emploi dans les hôpitaux des principaux pays industrialisés. La question du personnel dans les hôpitaux ne doit pas se limiter à l'analyse partielle de quelques professions emblématiques, mais doit incorporer l'estimation du nombre d'établissements disséminés sur le territoire national, comme l'analyse du champ des compétences employées dans les établissements publics de santé - qui dépasse de très loin les métiers et les professions qui relèvent du soin. De même, le décalage sans cesse croissant entre l'appartenance professionnelle « nominale » et l'appartenance professionnelle réelle - qui met en lumière la prédominance de la fonction dans l'analyse des dotations en personnel - conduit à s'interroger sur ce qu'est réellement un métier ou une profession de soin. Quand on se penche sur la question des dotations en personnel des hôpitaux, c'est bien le nombre de personnels affectés réelle-

ment à la prise en charge des patients qui est déterminant (Résumé d'auteur).

38624

FASCICULE

***Hôpital : la vague démographique.***

TECHNOLOGIE ET SANTE

2008/03 ; vol. : n° 63 : 64p., fig., graph.

Cote Irdes : C, P130

Le thème de ce fascicule est "Hôpital : la vague démographique". Le fascicule est divisé en deux parties, la première s'intitule : "Les évolutions démographiques et sociologiques touchant les professions de santé". Les articles sont les suivants : - La France face à son vieillissement démographique. - De la démographie. Ou comment transformer une contrainte en opportunité. - Optimiser la pénurie. Fidélisation des professionnels de soins en île-de-France : présentation de l'étude Arhif/Drassif 2003-2004. Le titre de la deuxième partie est "Adapter les établissements aux évolutions : pistes de travail". Les articles sont les suivants : - Le répertoire des métiers. Véritable outil de GPEC au centre hospitalier de Versailles. - L'évaluation des pratiques dans le corps médical. Modalités d'évaluation des compétences professionnelles. - Les structures d'âge et leurs déformations. Témoignage d'un établissement de l'AP-HP. - Conduite de projet. "Adapter l'organisation au vieillissement du personnel au travail". - La gestion des âges à la sécurité sociale. "Faire parler les pyramides". - La validation des acquis de l'expérience. Outil de qualification et de motivation. - Les parcours qualifiants. Témoignage du centre hospitalier de Versailles. - Le statut de la fonction publique vingt ans après... Vers une culture de contrat ?

## ► Planification sanitaire

38100

ARTICLE  
LERNOUT (T.), LEBRUN (L.), BRECHAT (P.-H.)

***Trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire en quinze années : bilan et perspectives.***

SANTE PUBLIQUE

2007/11-12 ; vol. 19 : n° 6 : 499-512, tabl.

Cote Irdes : C, P143

En 15 ans, trois générations de schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) ont été mis en place en France par le ministère en charge de la santé. Un bilan et des propositions peuvent être faits au moment où plusieurs autres réformes sont mises en oeuvre. La stratégie de recherche s'est appuyée sur le croisement de données issues d'entretiens semi-directifs, de textes législatifs et de documents concernant la construction, la mise en oeuvre et le suivi des schémas. Cette étude montre que, de 1991 à 2006, le SROS est devenu le pivot de la planification sanitaire en France. Ainsi, il a su progressivement fédérer institutions, professionnels et acteurs pour arriver à des projets médicaux de territoire mettant en adéquation l'offre et les besoins de santé de la population. Une analyse au regard d'un référentiel international et des perspectives d'avenir sont proposées.

38572

ARTICLE  
ACEF (S.)

**Réseaux de santé et territoires : où en sommes-nous ?**

INFORMATIONS SOCIALES

2008/05 ; vol. : n° 147 : 72-81

Cote Irdes : C, P71

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès, la coordination et la continuité des soins en prenant en compte la globalité des besoins des usagers. Ils agissent en faveur du décloisonnement des secteurs et des interventions. Leur couverture territoriale est loin d'être exhaustive. Pour autant, ils constituent un levier important en faveur de l'innovation organisationnelle et de la mutualisation de l'offre de services sur un territoire donné. A partir de leur fonctionnement, il s'agit d'anticiper les changements profonds auxquels notre système de santé est actuellement confronté (Résumé d'auteur).

38620

ARTICLE  
BRECHAT (P.-H.), CASTIEL (D.), CARMONA (D.) et al.

**Équité et planification : analyse critique d'un schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération "périnatalité".**

SANTE PUBLIQUE

2008/01-02 ; vol. 20 : n° 1 : 81-94

Cote Irdes : C, P143

Le schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS III) propose de faire évoluer l'organisation sanitaire en fonction des besoins de santé de populations prises en charge et des évolutions d'activités. Lors de l'analyse stratégique d'un SROS III « périnatalité », les promoteurs peuvent-ils passer d'une approche en termes d'accessibilité (équité égalitariste) à une approche par les besoins (équité différentielle), plus compliquée à mettre en oeuvre, mais plus adaptée aux usagers dans un territoire de santé ? La recherche s'est appuyée sur l'analyse de documents de novembre 2004 à novembre 2006. Un centre hospitalier universitaire implanté dans un quartier défavorisé a élaboré des données qui ont permis de proposer le passage d'une maternité de niveau I à II. Cette proposition est retenue dans le projet médical de territoire, puis est autorisée par l'ARH. Professionnels de santé et promoteurs de la planification sanitaire peuvent mettre en oeuvre une équité différentielle.

## ► Praticiens hospitaliers

38607

ARTICLE  
VERAN (O.), ADAM (J.), ELLEBOODE (B.)

**Jeunes médecins : une génération motivée.**

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2008/01-02 ; n° 520 : 75-77

Cote Irdes : C, P22

Les jeunes médecins, qui vivent au quotidien dans leur cadre de formation, les difficultés rencontrées par l'hôpital public souhaitent prendre part aux débats sur la construction et l'amélioration du système de santé. Dans cet article, le vice-président et le président des internes de Paris ainsi que le président Inter syndicat national des internes des hôpitaux (ISNIH) présentent leur point de vue sur les réformes hospitalières, les missions du service public hospitalier et les évolutions des carrières médicales.

## ► Réseau ville-hôpital

39458

ARTICLE  
RIBARDIERE (O.), JACQUOT (F.), LACAZE (M.) et al.

**Continuité des soins à domicile : élaboration d'une grille de critères de qualité des prestataires de service.**

## GESTIONS HOSPITALIERES

2008/08-09; n° 478: 465-469

Cote Irdes: c, P67

L'accès aux soins de qualité à domicile est l'un des enjeux de l'hôpital de demain. Afin de répondre à l'une des multiples composantes de ces modes de prise en charge, l'Institut Gustave-Roussy s'est doté d'un outil permettant une sélection objective et rigoureuse des prestataires de service avec lesquels il collabore. Une grille de critère de qualité couvre ainsi l'ensemble des services attendus, des obligations légales aux modalités de livraison de matériel à domicile. La mise en place de cette grille favorise une offre de soins plus équitable, rationalise l'utilisation des ressources humaines et matérielles, et répond davantage aux attentes des patients, des familles et des tutelles en matière de développement du lien ville/hôpital.

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Motifs\\_de\\_recours\\_auto-referes\\_aux\\_urgences.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Motifs_de_recours_auto-referes_aux_urgences.pdf)

L'objectif était d'étudier les comportements de consommation de soins et les modalités de prise en charge chez des patients auto-référés, en fonction de leurs motifs de recours. Entre juillet 2003 et mars 2004, une étude de cohorte prospective a été conduite dans quatre services d'urgences en Haute-Normandie. Le recours aux soins dans les six mois précédents et les motifs détaillés de recours aux urgences, ont été classés en quatre groupes: plus commode de venir directement aux urgences (G1), médecin traitant non disponible (G2), problème de santé persistant (G3), avis non demandé (G4). Le groupe G1 se distingue des trois autres groupes: patients jeunes, actifs professionnellement, ayant tendance à consulter facilement les services d'urgences. Il y a aujourd'hui une demande des usagers pour une prise en charge rapide et efficace.

## ► Tarification hospitalière

40220

ARTICLE  
GRIMALDI (A.)

### ***L'arnaque de la T2A.***

MEDECINE: REVUE DE L'UNAFORMEC

2008/09; vol. 4: n° 9: 388-390

Cote Irdes: P198

L'instauration d'un nouveau mode de financement des hôpitaux dit « à l'activité » est une décision extrêmement importante, qui a et va avoir des conséquences majeures sur l'avenir du service public hospitalier. Son analyse doit être faite d'un triple point de vue: éthique, pratique, démocratique.

39843

ARTICLE  
DUVAL (J.J.), SAINT-PAUL (B.)

### ***Urgences: que pensent nos patients de l'offre de soins" actuelle? Une enquête d'opinion auprès de patients de la région lyonnaise.***

MEDECINE: REVUE DE L'UNAFORMEC

2008; vol. 4: n° 7: 327-321, tabl.

Cote Irdes: P198

L'hôpital et notamment le service d'accueil des urgences (SAU) deviennent un recours de plus en plus fréquent pour les patients souhaitant accéder aux soins en dehors des heures dites ouvrables des cabinets médicaux. Cette surcharge de travail peut entraîner des difficultés à la prise en charge optimale des patients en urgence vitale. Objectif: Savoir si les patients différencient bien l'urgence vitale des situations relevant d'une consultation sans notion d'urgence, et s'ils envisageraient dans ce dernier cas d'autres solutions que l'appel systématique au SAU. Méthode: enquête d'opinion auprès de 1 017 patients dans 5 maisons médicales de garde (Lyon et Belleville/Saône) et 4 cabinets médicaux libéraux. Résultats: Les personnes qui ont répondu à l'enquête se disaient capables d'évaluer correctement le degré d'urgence de leur pathologie. Elles étaient majoritairement favorables à la création d'un numéro dédié aux consultations non urgentes et dans ce cas à un recours à des maisons médicales de garde. Discussion: Malgré tou-

## ► Urgences hospitalières

38581

ARTICLE  
LADNER (J.), BAILLY (L.), PITROU (I.),  
TAVOLACCI (M.P.)

### ***Les patients auto-référés dans les services hospitaliers d'urgences: motifs de recours aux urgences et comportements de consommation de soins.***

PRATIQUES ET ORGANISATION DES  
SOINS

2008/01-03; n° 1: 33-42

Cote Irdes: C, P25

tes les limites inhérentes à ce genre d'enquête d'opinion, les patients sont favorables à des solutions alternatives au recours systématique au SAU dans le cadre de la permanence des soins pour les demandes de consultations « non urgentes ». Elles reposent d'une part sur une permanence téléphonique de qualité, d'autre part sur des « lieux » de regroupement des moyens médicaux. Conclusion: Il reste à développer par bassins de population ces solutions alternatives pour assurer les urgences ressenties par les patients, les orienter si nécessaire vers des hôpitaux en cas de souffrance grave, et éviter des aggravations injustifiées chez des patients isolés découragés par la distance kilométrique à parcourir pour avoir une consultation.

## PROFESSIONS DE SANTÉ

### ► Délégation des tâches

38522

ARTICLE

DOAN (B.D.H.), LEVY (D.), PAVOT (J.)

***The Task Delegation Issue: Scenarios for the French Sector of Ambulatory Care.***

*La délégation des tâches: scénarios pour le secteur ambulatoire en France.*

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE  
DEMOGRAPHIE MEDICALES

2008/04-06; vol. 48: n° 2: 307-324

Cote Irdes: C, P14

De toute évidence, une délégation de tâches implique qu'il y ait d'un côté des « donneurs de tâches » et de l'autre, des « receveurs des mêmes tâches ». En 2004, une enquête entreprise parmi les infirmières libérales en exercice en France métropolitaine révèle que sur 10 d'entre elles, 3 déclarent que leur charge de travail est « trop lourde ». A la même date, les deux tiers des masseurs-kinésithérapeutes libéraux pensent que leur charge de travail est « sûrement suffisante ». Au printemps 2005, une autre enquête montre que 9% des omnipraticiens et 29% des médecins spécialistes déclarent qu'ils rencontrent des difficultés à trouver du personnel pour les assister dans leur travail. En partant de l'hypothèse (plausible) que les infirmières ayant une charge de travail trop lourde n'acceptent pas de tâches supplémentaires, un modèle de simulation montre que dans l'état actuel de choses, des

mesures visant à promouvoir la délégation des tâches n'obtiendraient que de maigres résultats. Là où le corps médical n'est pas surchargé, son temps de travail hebdomadaire n'accuserait qu'une réduction de 0,7% à 3,1%. Lorsque la pénurie médicale s'aggrave et que les médecins doivent faire face à une activité intense, l'allègement, paradoxalement, serait encore plus faible, entre 0,5% et 2,3% (Résumé d'auteur).

### ► Démographie médicale

38970

FASCICULE

SICART (D.)

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

Direction de la Recherche - des Études de

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

Paris. FRA

***Les professions de santé au 1er janvier 2008.***

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE  
TRAVAIL - DREES

2008/05; n° 123: 77p.

Cote Irdes: C, S35

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/pdf/seriestat123.pdf>

Les statistiques publiées dans ce document portent sur les pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et professionnels paramédicaux (audio-prothésiste, opticien-lunetier, infirmier, masseur-kinésithérapeute, pédicure-podologue, orthophoniste, orthoptiste, ergothérapeute, psychomotricien, manipulateur d'électroradiologie médicale) inscrits dans Adeli comme étant actifs occupés au 1er janvier 2008.

### ► Infirmiers

38067

ARTICLE

DUBOYS FRESNEY (C.)

***Et si les infirmières quittaient les hôpitaux?***

L'hôpital de soignants.

GESTIONS HOSPITALIERES

2007/12; n° 471: 717-727

Cote Irdes: C, P67

Quel avenir pour la profession infirmière en France? La question n'est pas simple, la controverse existe et se situe à différents niveaux: l'infirmière hospitalière doit-elle centrer

son expertise sur les soins de haute technicité, laissant de côté tout l'aspect des soins d'entretien et de continuité de vie? L'infirmière soignante qui prend en charge toutes les dimensions du soin est-elle une exception? L'infirmière extrahospitalière est-elle partenaire à part entière d'une équipe sanitaire? A-t-elle un lien avec l'infirmière hospitalière? La profession, avec l'ordre infirmier, doit se donner les moyens de continuer à réfléchir au sens des soins infirmiers pour affirmer sa raison d'être, consolider son savoir et démontrer sa capacité d'adaptation à l'évolution des besoins de santé et à la vision du monde.

40213

ARTICLE  
BEAUGRAND (E.)

**1/3 des infirmiers prescrivent régulièrement: enquête exclusive.**

AVENIR ET SANTE

2009/01; vol.: n° 370: 16-25, tabl., graph.

Cote Irdes: P187

Cet article présente les résultats d'une enquête lancée auprès des lecteurs de la revue *Avenir et santé*. Cette étude visait à établir un premier bilan un an et demi après l'autorisation donnée aux infirmiers de prescrire des dispositifs au sein d'une liste précise.

## ► Pharmaciens d'officine

39170

ARTICLE

**Pharmacies d'officine et médicament: l'avis de la Cour des comptes.**

INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE HEBDO:  
FICHE

2008/09/18; vol.: n° 628: 6-9

Cote Irdes: P72

Cet article fait une analyse d'un des travaux réalisés par la Cour des comptes dans son rapport annuel sur la Sécurité sociale, portant sur le réseau des pharmacies d'officine et de l'évolution des marges ou des revenus des pharmaciens.

40214

ARTICLE  
MOULLE (V.)

**Dérégulation européenne: l'état se resserre.**

PHARMACEUTIQUES

2008/12; vol.: n° 162: 36-38

Cote Irdes: P28

Au printemps 2009, les pharmaciens européens seront enfin fixés sur la question de l'ouverture des pharmacies d'officine au capital. Cet article fait une analyse de la situation et présente les résultats d'une enquête réalisée auprès d'officinaux. La majorité d'entre eux ne sont pas favorables à cette politique de dérégulation.

## ► Professions paramédicales

37752

ARTICLE

MINORE (J.B.), BOONE (M.), ARTHUR (A.)

**Considering the Paraprofessional: One Option for Overcoming Rural Health Human Resource Deficits.**

*Les para-professionnels: une option pour surmonter la pénurie des ressources humaines en santé dans les milieux ruraux.*

CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE  
DEMOGRAPHIE MEDICALES

2007/10-12; vol. 47: n° 4: 511-534

Cote Irdes: P14

Il est possible de surmonter la pénurie de professionnels de la santé dans les milieux ruraux en employant des para-professionnels locaux ayant suivi une formation spéciale pour mettre en oeuvre des plans de soins élaborés par des professionnels. Le Programme ontarien des services intégrés pour les enfants du Nord a prouvé la variabilité de cette option. Un examen des dossiers de 327 patients et des entretiens avec 100 parents, para-professionnels et professionnels ont révélé une bonne continuité des soins et des soins de qualité satisfaisante parce que l'équipe multidisciplinaire de professionnels a assuré une supervision constante et cohérente des para-professionnels. Le traitement s'est déroulé dans la communauté et a évité les voyages répétés en ville qui perturbent la vie des enfants. Les résidents des régions rurales accordent de l'importance aux soins de proximité. Les questions de responsabilité des employeurs et des professionnels qui délèguent les soins restreignent actuellement le recours aux para-professionnels mais elles pourraient être réglées au moyen d'accords fondés sur des normes d'exercice et des programmes de formation complémentaire (Résumé d'auteur).

## ► Accidents thérapeutiques

38949

ARTICLE

BONAH (C.), GAUDILLIERE (J.-P.)

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

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

Paris. FRA

***Faute, accident ou risque iatrogène ? La régulation des événements indésirables du médicament à l'aune des affaires Stalimon et Distilbène.***

*Le médicament*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2007/07-12; n° 3-4 : 123-151

Cote Irdes : C, P59

L'émergence des systèmes de santé contemporains correspond, dans la plupart des pays européens, à un ensemble de transformations. Celles-ci ont profondément changé la nature et les conditions des interventions sanitaires faisant appel au médicament. Ainsi, les événements indésirables associés aux usages des médicaments peuvent avoir pour conséquence des retraits du marché et des actions juridiques. En illustration, il est proposé ici une analyse socio-historique de deux affaires, l'une en France et l'autre aux États-Unis. Elles ont pour origine des événements indésirables provoqués par l'utilisation d'agents thérapeutiques. Il s'agit de mettre à l'épreuve l'hypothèse selon laquelle, au cours du XX<sup>e</sup> siècle, les formes de la régulation du médicament ont donné naissance à trois régimes de cadrage et de gestion du danger thérapeutique : la faute, l'accident et le risque.

## ► Automédication

38882

ARTICLE

PARROT (J.), DELAVEAU (P.)

Conseil national de l'Ordre des pharmaciens.

***De l'autodiagnostic à l'automédication : risques et impact sur la relation pharmacien-patient. Discussion : De l'autodiagnostic à l'automédication.***

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2007 ; vol. 191 : n° 8 : 1509-1515

Cote Irdes : C, P76

Bien qu'encore relativement limitée en France, la pratique de l'automédication est en développement, notamment du fait du désengagement des systèmes de prise en charge dans la couverture du « petit risque ». Mais qu'entend-on au juste par automédication ? Quelles sont les différentes situations d'automédication que l'on peut rencontrer, et quel est le rôle du pharmacien dans chacune de ces situations ? Quels sont enfin les risques de l'automédication ?

38883

ARTICLE

TILLEMENT (J.-P.), DELAVEAU (P.)

***Automédication et sécurité : De l'autodiagnostic à l'automédication.***

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2007 ; vol. 191 : n° 8 : 1517-1526

Cote Irdes : C, P76

Les principales classes pharmacologiques de l'automédication : analgésiques, antitussifs, antihistaminiques, régulateurs des fonctions digestives n'utilisent que des médicaments en principe bien tolérés dans leurs conditions normales d'emploi. Les effets indésirables que l'on observe sont dus à des mésusages : mauvaise indication ou surdosage, associations inopportunes avec des médicaments prescrits ou encore parce qu'un mauvais choix masque une maladie grave. Ils sont en grande partie évitables. La mise en évidence de ces effets indésirables est pratiquement acquise lorsqu'ils sont graves car ils entraînent une hospitalisation. En revanche, les effets indésirables moins graves sont plus délicats à collecter. Ils peuvent l'être par les professionnels de santé au contact de l'utilisateur : son médecin traitant, le pharmacien qui a délivré le médicament, la société pharmaceutique qui l'a fourni. Ils peuvent aussi mener des activités de prévention utilisant les moyens informatiques actuels et des structures d'écoute et de veille.

38888

ARTICLE

DEGOS (L.), BINET (J.-L.), BEGUE (P.), MONERET-VAUTRIN (D.-A.)

***Automédication : le patient acteur de sa santé. Discussion : De l'autodiagnostic à l'automédication.***

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2007 ; vol. 191 : n° 8 : 1503-1508

Cote Irdes : C, P76

La relation thérapeutique a évolué au cours des dernières décennies. Le patient est progressivement devenu acteur de sa santé et acteur de son soin, en ayant davantage accès à l'information, au savoir médical et même au savoir-faire médical dans certains cas. Cette évolution utile et nécessaire soulève pourtant de nombreuses questions : où commence le soin, où commence le rôle du professionnel de santé ? Qui est responsable de l'éducation du patient, qui est responsable des conséquences potentiellement négatives des actes et décisions que le patient accomplit pour lui-même ? Toutes ces questions engagent un véritable changement de culture pour accompagner le citoyen acteur de sa santé.

38952

ARTICLE  
RAYNAUD (D.)

***Les déterminants du recours à l'automédication.***

*État de santé. Quelques illustrations des apports, limites et perspectives de l'Enquête décennale Santé.*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES  
SOCIALES

2008/01-03; vol. : n° 1: 81-94, graph., tabl., ann.  
Cote Irdes : C, P59

Le marché français de l'automédication est assez peu développé par rapport aux autres pays européens. À partir de l'Enquête décennale Santé de 2002-2003, ce travail étudie le recours à l'automédication en fonction des caractéristiques démographiques, économiques sociales, d'état de santé... des individus et met en évidence leurs rôles respectifs, tant sur la probabilité de recours à l'automédication que sur le mode de recours. Ces résultats conduisent à s'interroger sur les perspectives de développement de l'automédication en France, qui pourraient être différentes selon les milieux sociaux.

40219

ARTICLE  
BOND (C.)

***The over-the-counter pharmaceutical market-policy and practice.***

*Marché de l'automédication : Politique et pratique.*

*Medical devices : exploiting the potential in Europe.*

EUROHEALTH

2008; vol. 14: n° 3: 19-24, 2 tabl.

Cote Irdes : Bulletin étranger

[http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/pdf/eurohealth/Vol14No3/eurohealth\\_Vol14\\_No3\\_webinterim.pdf](http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/pdf/eurohealth/Vol14No3/eurohealth_Vol14_No3_webinterim.pdf)

The European non-prescription medicines and consumer over-the-counter (OTC) self-medication market is today worth some €29 billion at consumer prices and represents 36% of world sales.<sup>1</sup> In this personal reflection from a UK perspective, I consider the background to and changing context of OTC medicines, the implications for the pharmacy profession and patients, and the benefits and challenges.

## ► Industrie pharmaceutique

40462

ARTICLE

***Santé des Européens versus santé des firmes.***

REVUE PRESCRIRE

2009/02; n° 304: 137

Cote Irdes : P80

Début 2009, la politique pharmaceutique européenne relève toujours de la Direction Générale Entreprises et Industries de la Commission européenne et non pas de la Direction Générale Santé des Consommateurs. L'expérience des dernières années démontre que chaque proposition de directives ou autres textes visant à structurer la politique pharmaceutique européenne est biaisée, dès le départ, par une orientation professionnelle à courte vue. Cet article fait une analyse de ce jusqu'au-boutisme industriel.

## ► Innovation médicale

37979

ARTICLE  
GODFRAIND (T.), ARDAILLOU (Raymond)

***La médecine traditionnelle et la médecine translationnelle. Discussion : Approche classique et innovation pour la recherche de nouveaux médicaments.***

Académie Nationale de Médecine. Séance thématique, 2007/04/03

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE  
MEDECINE

2007; vol. 191: n° 4-5: 715-726

Cote Irdes : C, P76

Dans la seconde moitié du 20e siècle, le développement de la pharmacologie expérimentale a permis la découverte de médicaments importants pour plusieurs pathologies. Depuis lors, bien que la prévalence accrue d'affections liées au vieillissement de la population rende nécessaire l'introduction de nouveaux médicaments, les innovations manquent malgré des investissements financiers croissants. De plus, l'Europe a perdu la première place mondiale dans ce domaine. Les modalités d'application des découvertes issues de la biologie moléculaire, en tenant compte des enseignements du passé, font l'objet de cette revue. Le programme européen dénommé « The innovative medicines initiative » s'inscrit dans la même perspective.

38959

ARTICLE

DALGALARRONDO (S.)

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

**Quelle place pour les associations de malades dans le processus d'innovation médicamenteuse ? Le cas des maladies rares.**

*Le médicament.*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES  
SOCIALES

2007/07-12; vol.: n° 3-4: 171-191

Cote Irdes: C, P59

Quelle place les associations de malades peuvent-elles occuper dans le processus d'innovation médicamenteuse ? Pour répondre à cette question, il a été choisi d'étudier la mobilisation des associations de maladies rares, en France et en Europe. L'originalité de l'activisme thérapeutique, développé par les associations de maladies rares, réside dans leur volonté de construire des partenariats pérennes avec leur environnement. Là où les échanges sont structurés par la notion de complémentarité, les associations de malades sont désormais considérées par les industriels comme de véritables « troupes au sol » (Herxheimer, 2003), qu'il est nécessaire de mettre en marche pour pouvoir accélérer la mise sur le marché de nouveaux traitements. Une réalité nouvelle qui invite à appréhender cette dynamique partenariale dans toute sa diversité.

40204

ARTICLE

**Enrichir sa panoplie thérapeutique : bilan de l'année 2008.**

REVUE PRESCRIRE

2009/01; vol. 29: n° 303: 26-56

Cote Irdes: P80

Cet article fait le point des innovations thérapeutiques de l'année 2008 par spécialité médicale.

## ► Médicaments biosimilaires

40138

FASCICULE, INTERNET

CHAUHAN (D.), TOWSE (A.), MESTRA-FERRANDIS (J.)

Office of Health Economics. (O.H.E.).  
Londres. GBR

**The Market for Biosimilars: Evolution and Policy Options.**

*Le marché des biosimilaires : évolution des options politiques..*

OHE BRIEFING

2008/10; n° 45: 24p., fig.

Cote Irdes: En ligne

Biopharmaceuticals are more complex agents than conventional chemical entities and therefore are more difficult to replicate on patent expiry. Off-patent versions of the originator product cannot rely on a simple demonstration of chemical comparability. They are best described as biosimilar. As a consequence biosimilar markets will evolve in a more complex way than traditional small molecule chemical generics markets. Regulators will need clinical trial evidence prelaunch of efficacy and safety, and clinicians will require post-launch "patient safety year" (PSY) evidence that biosimilars are in practice equivalent in effect and safety to originators. As a consequence generic companies may need commercial partners to enter biosimilar markets successfully and governments and other payers need to behave differently. Post patent expiry price cuts and/or the use of reference pricing will deter biosimilar entry and reduce long term savings. • Governments and other payers should encourage pharmacovigilance and other outcomes studies that produce PSY data that will encourage interchangeability and greater price competition. Over time these markets can become biogeneric. • Outcomes data will also help assess the value for money of second generation biopharmaceutical products as compared to the first generation originator and biosimilar products.

40381

ARTICLE  
POUZAUD (F.)

**L'univers biosimilaire: enquête.**

MONITEUR DES PHARMACIES ET DES  
LABORATOIRES (LE)

2009/01/24; n° 2763: 30-35

Cote Irdes: c, P44

Dans les années à venir, de plus en plus de médicaments issus de biotechnologies arriveront à échéance brevetaire et donneront à la mise sur le marché de médicaments biosimilaires, improprement appelés biogénériques. Ils devraient devenir un important secteur de croissance pour les officines, avec ou sans droit de substitution.

## ► Médicaments génériques

39178

FASCICULE  
KANAVOS (P.), VANDOROS (S.), SEELEY  
(E.)

**Promouvoir l'usage des médicaments  
génériques.**

*Promoting the use of generic medicines.*

EURO OBSERVER - NEWSLETTER OF  
THE EUROPEAN OBSERVATORY ON  
HEALTH CARE

2008; vol. 10: n° 2: 11p., tabl., graph.

Cote Irdes: Bulletin étranger

[http://www.euro.who.int/Document/Obs/  
EuroObserver\\_Summer\\_2008.pdf](http://www.euro.who.int/Document/Obs/EuroObserver_Summer_2008.pdf)

This issue of Euro Observer summarizes the key policies employed in seven OECD countries to promote the use of generic medicines and their role in achieving cost savings within health care systems.

## ► Médicaments hospitaliers

39475

ARTICLE

**Financement du médicament à l'hôpital: un  
flou qui se dissipe lentement.**

REVUE PRESCRIRE

2008/10; n° 300: 785-787

Cote Irdes: P80

En France, les profits de prescription et de consommation des produits pharmaceutiques

à l'hôpital sont restés longtemps inconnus, faute d'individualisation des dépenses de santé et faute de comptabilité analytique. La modification du financement des établissements de santé par la tarification à l'activité (T2A) permet d'espérer une meilleure visibilité. Elle introduit aussi une gestion particulière des médicaments et des produits et prestations inscrits sur une liste dite « hors T2A ». En imposant une facturation individuelle, cette réforme va par ailleurs dans le sens d'une amélioration de la sécurité des soins médicamenteux hospitaliers.

39971

ARTICLE

PAUBEL (P.), RIEU (C.), HAUSER  
(S.), Aoustin (M.), TEISSEIRE (B.),  
DESCOUTURES (J.-M.), REYNIER (J.-P.),  
RATHELOT (P.)

**Médicaments. Dossier.**

REVUE HOSPITALIERE DE FRANCE

2008/05-06; n° 522: 34-51

Cote Irdes: C, P22

Ce dossier consacré aux médicaments à l'hôpital permet de prendre connaissance: - des différentes modalités de financement des médicaments administrés au cours du séjour hospitalier et de l'impact de la T2A sur ce financement - des pratiques de régulation existantes pour les médicaments et les dispositifs médicaux implantables (DIM) coûteux - du fonctionnement d'un groupe régional de commandes de médicaments.

40634

ARTICLE

JUILLARD CONDAT (B.), DURAND (M.C.),  
TABOULET (F.)

**SMR et ASMR: quelle utilité dans le contexte  
hospitalier?**

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2008/09; vol. 26: n° 5: 260-282, tabl.

Cote Irdes: C, P85

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est chargée d'établir la liste des médicaments référencés dans l'établissement de santé. Ces choix locaux résultent d'une évaluation décentralisée des médicaments, qui fait suite à une évaluation centralisée. Comment s'articulent ces deux évaluations? En quoi le service médical rendu (SMR) et l'amélioration du service médical rendu (ASMR), évalués au niveau national par la Haute autorité de santé (HAS)

sont-ils utiles au niveau local ? Une analyse de la disponibilité des avis de la commission de la transparence (CT), ainsi que des niveaux de SMR et d'ASMR des médicaments référencés au CHU de Toulouse en 2005 a été réalisée. Le nombre de spécialités pharmaceutiques référencées est 1 696, âge moyen 13,4 années, et prix unitaire moyen 48,4 - Un avis de la CT est disponible pour 733 médicaments référencés, soit 43,2%. Parmi les médicaments ayant un avis, 98,1% des avis évaluent explicitement un niveau de SMR, et 60,1% un niveau d'ASMR. L'ancienneté moyenne des avis est 29,7 mois. Parmi les médicaments référencés ayant fait l'objet d'une évaluation du SMR, 93% ont un SMR important. L'ASMR n'est évaluée explicitement que pour 16% des médicaments référencés. Parmi eux, 17% ont une ASMR niveau I ou II, 15% niveau III, 13% niveau IV, et 38% niveau V. Les avis de la CT constituent une source d'information irremplaçable sur l'intérêt relatif des spécialités pharmaceutiques : néanmoins, l'évaluation de la HAS nécessite d'être complétée, actualisée et adaptée au niveau local (Résumé d'auteur).

## ► Observance thérapeutique

38578

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

***Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle.***

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2008/01-03; n° 1: 3-12

Cote Irdes: C, P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Observance\\_du\\_traitement\\_de\\_l\\_hypertension\\_01.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Observance_du_traitement_de_l_hypertension_01.pdf)

Les hypertensions artérielles non contrôlées conduisent les cliniciens à s'interroger sur les niveaux d'observance des hypertendus traités. Dans ce contexte, cette étude visait à décrire et à analyser l'expérience des hypotenseurs par les hypertendus, afin de mettre à jour les logiques plurielles, sociales et symboliques, permettant de comprendre ce qui construit culturellement les pratiques médicamenteuses des individus. La prise en compte et la compréhension de ces différentes logiques par le médecin traitant devraient pouvoir aider les praticiens dans leur fonction d'éducation thérapeutique des personnes hypertendues.

## ► Pharmacies d'officine

38964

ARTICLE  
FOURNIER (P.), LOMBA (C.)

***Petit commerce, grande dépendance : les pharmacies entre pouvoirs publics et industriels.***

*Le médicament.*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2007/07-12; n° 3-4 : 211-231

Cote Irdes: P59

Les pharmacies, prises entre l'assurance maladie, les organismes de couverture complémentaire, les entreprises pharmaceutiques et les grossistes-répartiteurs, sont des commerces particuliers, car elles intègrent un secteur de vente protégé (monopole de vente des médicaments) et un secteur concurrentiel (parapharmacie). De plus, ces dernières années, des mesures importantes de politique publique ont contribué à modifier la place des pharmacies d'officines dans l'organisation du système de santé (introduction de la carte Sesam-Vitale, promotion des médicaments génériques, délivrance d'une nouvelle gamme de produits uniquement disponible en hôpital...). Ainsi, les pharmaciens prennent un tournant gestionnaire, en jouant des différents statuts des produits qu'ils vendent et en s'appuyant sur des employés spécialisés.

## ► Politique des médicaments

38965

ARTICLE  
HAURAY (B.)

***Les laboratoires pharmaceutiques et la construction d'une régulation européenne des médicaments.***

*Le médicament.*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2007/07-12; n° 3-4 : 235-256

Cote Irdes: 0054352, 0054351

La délivrance des autorisations de mises sur le marché (AMM) est un outil central du contrôle sanitaire des médicaments. Celle-ci repose sur l'évaluation, par les pouvoirs publics, des résultats des tests et des essais menés par les laboratoires pharmaceutiques, lors du développement de leur produit. En

1995, l'instauration d'une agence de procédures européennes a révolutionné le contrôle sanitaire des médicaments en Europe. Ce dispositif européen a fait l'objet d'interrogations sur sa capacité à assurer une protection suffisante de la santé publique et de sa prise en compte, semblerait-il excessive, des intérêts des industriels. Cependant, cette thèse paraît erronée, car la formation d'une Europe du médicament a été avant tout portée par des objectifs spécifiquement européens, partagés par des experts et des acteurs administratifs politiques.

39175

FASCICULE  
MCGUIRE (A.), RAIKOI (M.), SAUVAGE (P.)  
et al.  
HANISCH (M.) / éd., KANAVOS (P.) / éd.

**Politique du médicament : la maîtrise des coûts et son impact.**

*Pharmaceutical policy - cost containment and its impact.*

EUROHEALTH

2008 ; vol. 14 : n° 2 : 1-26, tab, graph.

Cote Irdes : Bulletin étranger

[http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL14N2/Eurohealth%20summer%202008\\_temp%20web.pdf](http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/pdf/eurohealth/VOL14N2/Eurohealth%20summer%202008_temp%20web.pdf)

The new issue of Eurohealth brings together perspectives first aired at the European Health Forum Gastein 2007. Issues covered include: the balance between cost and incentives for innovation; the role of value based pricing; and the challenges of orphan drugs.

39176

ARTICLE  
SAUVAGE (P.)

**Pharmaceutical pricing in France : a critique.**

*La fixation des prix des médicaments en France : étude critique.*

*Pharmaceutical policy - cost containment and its impact.*

EUROHEALTH

2008 ; vol. 14 : n° 2 : 6-7

Cote Irdes : Bulletin étranger

In France, pharmaceutical pricing relies on an ex ante evaluation of the medical value of drugs. Prices are negotiated on the basis of an industry-wide contract between drug manufacturers and the Health Products Pricing Committee (Comité Economique des Produits

de Santé). Together the Committee and the drug companies sign a number of contractual agreements, which give the national health system a variety of flexible means to monitor prices and drug use, also ensuring that public resources are properly allocated. Some drugs have different levels of therapeutic value, depending on who takes them. These products in particular need close monitoring. Rebate policies are one of the tools available to control such spending. The economic efficiency of such rebates should not be overestimated; in practice they do not significantly decrease spending.

40464

ARTICLE

**L'année 2008 du médicament : gare à la non-qualité.**

REVUE PRESCRIRE

2009/02 ; n° 304 : 138-144, tab.

Cote Irdes : P80

Cet article fait un bilan de la politique des médicaments en France en 2008 ; innovation médicale, pharmacovigilance, prix, libre accès en pharmacies d'officine , etc.

## ► Prescription

38587

ARTICLE

POLTON (D.), RICORDEAU (P.), ALLEMAND (H.)

**Peut-on améliorer à la fois la qualité et l'efficacité de la prescription médicamenteuse ? quelques enseignements tirés de l'expérience de l'assurance maladie française.**

*Le médicament*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2007/07-12 ; n° 3-4 : 73-86, graph.

Cote Irdes : C, P59

Il existe en France des gains d'efficacité potentiels importants, dans le domaine de l'utilisation du médicament. Par rapport à des pays comparables, la France se caractérise par une dépense pharmaceutique particulièrement élevée. Cependant, les pratiques de prescriptions sont variables, inégales en qualité et en conformité aux recommandations médicales, voire excessives. C'est pourquoi, depuis quelques années, l'assurance maladie a mené

des actions pour faire évoluer ces comportements de prescription. Ces actions s'appuient sur des campagnes de communication auprès du grand public et par une sensibilisation des professionnels aux références de bonne pratique. Le développement de cette démarche s'est appuyé sur la constitution d'un réseau de délégués de l'assurance maladie (DAM), par le développement des systèmes d'information et par un effort de traduction des recommandations sous forme de « mémos ». En définitive, il existe des marges pour accroître l'efficacité du système de soins afin de gagner à la fois en coût et en qualité.

## ► Prix

40198

ARTICLE

GOOI (M.), BELL (C.M.)

### ***Differences in generic drug prices between the US and Canada.***

*Différences de prix des médicaments génériques entre les États-Unis et le Canada.*

APPLIED HEALTH ECONOMICS AND HEALTH POLICY

2008; vol. 6: n° 1: 19-26

Cote Irdes: P181

It has long been recognized that brand name prescription medications are more expensive in the US than in Canada. However, non-peer-reviewed reports contend that this is not the case for generic medications. To compare prices for generic prescription medications in the US and Canada, a telephone and internet survey of pharmacies was conducted for the top 19 dispensed generic medications available in both countries. Twelve pharmacies in total were selected: six from the US (three online and three 'walk-in') and six from Canada (three online and three walk-in). Data were collected from March to April 2007. The main outcome measure was the total purchase price in \$US at the day's exchange rate in 2007, obtained from each of the 12 pharmacies, for 100 doses of each of the 19 selected drugs. Using the lowest quote for each selected drug, 12 of the 19 (63%) generic medications were least expensive in the US, with an average saving of 47% per drug for these 12 drugs. Seven of the 19 (37%) drugs were least expensive in Canada, with an average saving of 29% per drug for these seven drugs. Overall, there was a sizable variation in prices for the same generic medications within and between the US and Canada. The lowest priced generic medi-

cations were not consistently found in either the US or Canada. The price controls and ensuing savings applied in Canada to prescription patented medications do not fully extend to generic medications.

## ► Régulation

38584

FASCICULE

PARIS (V.), BENAMOUZIG (D.)

### ***Le médicament: régulation, évaluation et vie sociale des médicaments.***

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2007/07-12; vol.: n° 3-4: 386p.

Cote Irdes: C, P59

Les médicaments sont devenus un symbole du progrès thérapeutique. Associés à la lutte contre des maladies jadis meurtrières, les médicaments sont indissociables de l'idée d'innovation, qu'ils incarnent aux yeux du grand public. Pour autant, le médicament est aussi traversé d'ambiguïtés et de contradictions. Parfois, le médicament provoque même des pathologies dites iatrogènes. Irréductible à des seules propriétés chimiques ou à ses effets cliniques, le médicament est partie prenante de relations sociales polymorphes. Par ailleurs, les économistes réfléchissent depuis longtemps à la question des bénéfices et des coûts, en termes de bien-être social, d'une régulation publique du médicament par opposition aux mécanismes de marché. Parallèlement, l'innovation pharmaceutique a été l'objet de critiques persistantes. Pour ce qui concerne le prix du médicament, celui-ci est régulé par la plupart des pays de l'OCDE. Au-delà des réflexions sur l'élargissement des critères d'évaluation, la prise en compte de la vie sociale des médicaments est aussi un objet d'étude et de recherche pour les sciences sociales.

38585

ARTICLE

LANCRY (P.-J.)

### ***Médicament et régulation en France.***

*Le médicament*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2007/07-12; n° 3-4: 27-51, tabl., fig.

Cote Irdes: C, P59

Le médicament tient une place particulière, prééminente, dans notre système de santé. Car il est perçu comme le principal vecteur de la guérison reléguant la phase diagnostique à un rang secondaire. La consommation en résultant conduit à s'interroger d'une part sur les bénéfices pour la collectivité - en termes d'amélioration de l'état de santé de la population - et d'autre part sur l'opportunité de la prise en charge collective.

## ► Sociologie

38963

ARTICLE  
FAINZANG (S.)

### ***Les réticences vis-à-vis des médicaments : la marque de la culture.***

*Le médicament.*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES  
SOCIALES

2007/07-12; n° 3-4 : 193-209

Cote Irdes : P59

L'usage des médicaments, abondants - voire excessif - fait aujourd'hui l'objet de l'attention accrue des professionnels de la santé et des pouvoirs publics. Les Français consomment deux à trois fois plus de médicaments que les autres Européens et que les Américains. Ainsi, le poste pharmacie de l'assurance maladie ne cesse d'augmenter en France. Pourtant, les médicaments font l'objet de certaines réticences ou d'un véritable rejet. Le refus des médicaments témoigne d'une certaine autonomie des malades à l'égard de l'autorité médicale. Mais la prise d'autonomie est parfois revendiquée ou dissimulée. Enfin, le choix que constitue le refus des médicaments se fait aussi en dehors, en amont ou en aval du contexte de la prescription, puisque la réticence aux médicaments peut conduire un malade à ne pas consulter.

## TECHNOLOGIES ET INFORMATIQUE MÉDICALES

### ► Systèmes d'information

40388

ARTICLE  
BREMOND (M.), FIESCHI (M.)

### ***Le partage d'information dans le système de santé.***

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2008; n° 21 : 79-85

Cote Irdes : P168

Le principe du partage d'informations entre professionnels de santé s'est imposé comme un des leviers possibles de l'accroissement de l'efficacité du système de santé. Les discours officiels en ont fait une question simple dont la réponse serait principalement une affaire de moyens techniques. Or, le partage d'informations ne peut se construire sur le seul progrès technologique, il doit prendre appui sur une organisation de professionnels de santé cherchant à améliorer leur performance collective vis-à-vis des patients pris en charge. On se retrouve ainsi face à une situation de grande complexité, qui exige la définition de processus de prise en charge conciliant une logique verticale de différenciation et de segmentation des savoirs et des compétences essentielle au progrès de la pratique médicale, et une logique horizontale de coordination visant à installer efficacité et dignité dans l'accompagnement de la personne (Résumé de l'auteur).

## SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

### ► Belgique

40316

ARTICLE  
VAN OYEN (H.), DEBOOSERE (P.)

### ***Tendances dans la santé de la population en Belgique entre 1997 et 2004.***

REVUE BELGE DE SECURITE SOCIALE

2008; n° 2 : 245-283, 8 tabl., 3 fig.

Cote Irdes : P196

L'objectif du présent article consiste à vérifier si, en Belgique, une durée de vie plus longue est liée à un plus grand nombre d'années de vie en bonne santé. Pour ce faire, il s'appuie sur une évaluation des tendances (1997-2004)

dans les indicateurs d'espérance de santé aux âges de 65 ans et 80 ans, qui couvrent les domaines de santé tels que la santé autoperçue, la morbidité chronique, les complexes de maladies, les handicaps et les limitations de l'activité. Les informations proviennent des enquêtes santé belges, basées sur des interviews. Les espérances de vie ont été calculées à l'aide de la méthode de Sullivan.

## ► Canada

38930

ARTICLE

BRETON (M.), LEVESQUE (J.F.), PINEAULT (R.), LAMOTHE (L.), DENIS (J.L.)

***L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle.***

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2008/04-06;n° 2 : 113-124

Cote Irdes : C, P25

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Sante\\_publique\\_et\\_soins\\_au\\_Quebec\\_01.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Sante_publique_et_soins_au_Quebec_01.pdf)

L'objectif de cet article est de discuter des enjeux découlant de l'intégration formelle de la santé publique au niveau de la planification et de la prestation de soins locaux, et de son potentiel pour la performance d'ensemble du système de santé. Il présente d'abord les caractéristiques des deux domaines de prestation : la santé publique et le système de soins. Il explique ensuite la réforme en cours au Québec et discute des transitions épidémiologiques, technologiques et organisationnelles qui amènent une plus grande convergence entre les deux domaines. Enfin, il termine par un débat sur les obstacles et opportunités potentielles de cette réforme.

## ► Espagne

38609

ARTICLE

COSTA-FONT (J.), FONT-VILALTA (M.)

***Limites de la conception des régimes d'assurance pour soins de longue durée : étude comparative de la situation en Espagne.***

REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE

SOCIALE (AISS)

2006/10-12; vol. 59: n° 4 : 113-139

Cote Irdes : C, P55

Les mutations sociales et démographiques transforment graduellement la manière dont les sociétés occidentales prennent soin des personnes âgées dépendantes, et notamment l'offre d'assurance pour soins de longue durée. Face à la nécessité de disposer de services de soins et de moyens de financement bien établis, cette étude aborde toute une gamme d'instruments d'assurance, tant privés que publics. En règle générale, l'assurance pour soins de longue durée est notablement sous-développée. De plus, dans les pays du Sud de l'Europe, le rôle du secteur public en matière de soins de longue durée est mal défini en comparaison de son rôle dans d'autres champs connexes de la protection sociale comme les soins de maladie. Les auteurs examinent différentes possibilités de financement de l'assurance pour soins de longue durée, en prenant pour critère de référence la réforme espagnole du financement des soins de longue durée. Ils font un tour d'horizon rapide de quelques modes de financement public des soins de longue durée et analysent en profondeur le rôle potentiel de l'assurance privée pour soins de longue durée, en soulignant le rôle actif qu'elle doit jouer à côté des régimes d'assurance ordinaires obligatoires et des solutions d'auto-assurance. Comme dans d'autres pays européens, les attitudes sociales en Espagne témoignent d'une préférence pour des formes de droit généralisé aux prestations d'un régime à financement public, même si l'intensité de cette préférence varie considérablement d'une région à l'autre.

## ► États-Unis

39092

ARTICLE, INTERNET

FISHER (E.S.)

***Building a Medical Neighborhood for the Medical Home***

*Construire un environnement médicalisé pour les maisons médicales.*

NEW-ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE (THE)

2008/09/18; vol. 359: n° 12: 1202-1205, tabl.

Cote Irdes : En ligne

<http://content.nejm.org/cgi/reprint/359/12/1202.pdf>

Recent efforts to improve primary care in the United States have focused largely on the development and implementation of practice models and payment reforms intended to create a "medical home" for patients. The notion of a medical home makes intuitive sense and indeed has great promise. But unrealistic expectations about this approach abound, and insufficient attention is being paid to several important barriers to the clinical and financial success of the medical home model.

40341

ARTICLE  
YOUNIS (M.Z.), FORGIONE (D.A.)

***The relationship between the Balanced Budget Act and length of stay for medical patients in US hospitals.***

*La relation entre le « Balanced Budget Act » et la durée de séjour des patients relevant du Medicare, hospitalisés dans les hôpitaux américains.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2009/02; vol. 10: n° 1: 39-45, 3 tab.

Cote Irdes: P151

The Balanced Budget Act (BBA) of 1997 and Balanced Budget Refinement Act (BBRA) of 1999 led to deep financial cuts for hospitals and nursing homes. In this issue, We examine the effects of these acts on hospital length of stay (LOS) for Medicare recipients. Methods Using data for all short-stay community hospitals in the country, we compared LOS for Medicare patients before and after the BBA/BBRA relative to known determinants of LOS, e.g., hospital ownership, region, beds, financial performance, and conversion/change in ownership type. Hospital LOS was reduced as a result of the acts. Reductions were more apparent for larger urban hospitals that provided safety-net services. LOS varied slightly by hospital ownership. This study is among the first to evaluate the impact of BBA and BBRA on hospital services. These acts had a negative effect on the ability of hospitals to continue offering safety-net services and negatively affected LOS.

BLENDON R. J., BUHR T., SUSSMAN T., BENSON J. M.

***Massachusetts health reform: a public perspective from debate through implementation.***

*La réforme du système de santé au Massachusetts: une perspective publique suivie du débat à sa mise en œuvre.*

HEALTH AFFAIRS

2008: vol. 27: n° 6: w556-w565.

Cote Irdes: P95

This study examines public opinion about the new health reform law in Massachusetts at four stages, from the beginning of the debate in September 2003 through June 2008, two years into implementation. We find that the favorable political environment in Massachusetts likely encouraged leaders to act and also contributed to the shape of the legislation as a "shared responsibility" compromise plan. Despite perceptions by some that the law is not helping the uninsured, support for it remains high-even for the individual mandate, the law's most controversial feature. There is little interest in repealing this legislation.

SCANLON D. P., SWAMINATHAN S., CHERNEW M., BOST J. E., SHEVOCK J.

***Competition and health plan performance: evidence from health maintenance organization insurance markets.***

*Concurrence et performance des plans santé: évidence issue du marché des organismes de protection sociale style HMO.*

MEDICAL CARE

2005: vol. 43: n° 4: 338-346.

Cote Irdes: P45

OBJECTIVE: We sought to assess whether health maintenance organizations (HMOs) operating in competitive markets, or markets with substantial HMO penetration, perform better on the standardized Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS) and Consumer Assessment of Health Plans Survey (CAHPS) measures. STUDY DESIGN: We performed a secondary analysis of non-experimental, cross-sectional data. DATA SOURCES: Data were obtained from a variety of sources, including the National Committee for Quality Assurance (NCQA), Interstudy, the Area Resource File, the U.S. Office of Personnel Management, and the U.S. Department of Labor. METHODS: Multiple Indicator Multiple Cause models were used to simultaneously estimate 6 latent quality variables from 35 HE-

DIS and CAHPS measures and to relate these latent variables to HMO competition and HMO penetration while controlling for other health plan and market characteristics. **PRINCIPAL FINDINGS:** Greater competition, as measured by the Herfindahl index, was associated with inferior health plan performance on 3 of 6 quality dimensions. Plans in markets with greater HMO penetration perform better on H.

SCANLON D. P., SWAMINATHAN S., LEE W., CHERNEW M.

***Does competition improve health care quality?***

*La concurrence améliore-t-elle la qualité des soins ?*

HEALTH SERVICES RESEARCH

2008 : vol. 43 : n° 6 : 1931-1951.

Cote Irdes : P33

**OBJECTIVE:** To identify the effect of competition on health maintenance organizations' (HMOs) quality measures. **STUDY DESIGN:** Longitudinal analysis of a 5-year panel of the Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) and Consumer Assessment of Health Plans Survey(R) (CAHPS) data (calendar years 1998-2002). All plans submitting data to the National Committee for Quality Assurance (NCQA) were included regardless of their decision to allow NCQA to disclose their results publicly. **DATA SOURCES:** NCQA, Interstudy, the Area Resource File, and the Bureau of Labor Statistics. **METHODS:** Fixed-effects models were estimated that relate HMO competition to HMO quality controlling for an unmeasured, time-invariant plan, and market traits. Results are compared with estimates from models reliant on cross-sectional variation. **PRINCIPAL FINDINGS:** Estimates suggest that plan quality does not improve with increased levels of HMO competition (as measured by either the Herfindahl index or the number of HMOs). Similarly, increased HMO penetration is generally not associated with improved quality. Cross-sectional models tend to suggest an inverse relationship between competition and quality. **CONCLUSIONS:** The strategies that promote competition among HMOs in the current market setting may not lead to improved HMO quality. It is possible that price competition dominates, with purchasers and consumers preferring lower premiums at the expense of improved quality, as measured by HEDIS and CAHPS. It is also possible that the fragmentation associated with competition hinders quality improvement.

## ► Monde

39850

FASCICULE

BertelsmanStiftung. Gütersloh. DEU

***Focus on long-term care, sickness Funds as payers and players, improving quality of care.***

*Mise au point sur les soins de longue durée, sur les régimes d'assurance maladie en tant que financeurs et acteurs et sur l'amélioration de la qualité des soins.*

HEALTH POLICY DEVELOPMENTS

2008;n° 10 : 178p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P184

[http://www.hpm.org/en/Downloads/Half-Yearly\\_Reports.html ;jsessionid=C9D2828AF56F157CA324F64E5A2BDBC0](http://www.hpm.org/en/Downloads/Half-Yearly_Reports.html ;jsessionid=C9D2828AF56F157CA324F64E5A2BDBC0)

This issue discusses and examines the following subjects: Long-term care: Developing insurance solutions ; New forms of delivery: The advance continues ; Cancer: Prevention and care ; Sickness funds: Payers to players ; Quality assurance: Shooting at moving targets ; Pharmaceuticals: Tug-of-war between financiers and industry ; More choice through privatization and vouchers?

39851

FASCICULE

BertelsmanStiftung. Gütersloh. DEU

***Focus on mental health, new role for hospitals, search for the right funding mix.***

*Mise au point sur la santé mentale, sur le nouveau rôle des hôpitaux et sur la recherche de vrais financements mixtes.*

HEALTH POLICY DEVELOPMENTS

2008 ; n° 9 : 135p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P184

[http://www.hpm.org/Downloads/reports/HPDs/HPD\\_Band9\\_englisch.pdf](http://www.hpm.org/Downloads/reports/HPDs/HPD_Band9_englisch.pdf)

This issue discusses and examines the following subjects: Health policy: more pragmatism, less debate on underlying principles ; mental health: moving into the spotlight ; hospitals in search of a new role ; dental health care: inclusion or exclusion, that is the question ; funding moves toward more cost-splitting...

39852

FASCICULE

BertelsmanStiftung. Gütersloh. DEU

**Focus on prevention, health and aging, and human resources.**

*Mise au point sur la prévention, la santé et le vieillissement, et les ressources humaines.*

HEALTH POLICY DEVELOPMENTS

2008 ; n° 7/8 : 250p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P184

[http://www.hpm.org/Downloads/reports/Health\\_\\_Policy\\_Developments\\_7-8.pdf](http://www.hpm.org/Downloads/reports/Health__Policy_Developments_7-8.pdf)

This issue discusses and examines the following subjects: Health care reform 2006 : from ideas to implementation ; need-based care ; access to health systems ; health and long-term care insurance ; patient orientation : health and aging ; coping with the future shortage of health professionals ; drug policies and pricing ; disease prevention ; progress in protecting nonsmokers...

39853

FASCICULE

BertelsmanStiftung. Gütersloh. DEU

**Focus on continuity in care, evaluation techniques, IT for health.**

*Mise au point sur la continuité des soins, sur l'évaluation des technologies et NTIC en santé.*

HEALTH POLICY DEVELOPMENTS

2008 ; n° 6 : 111p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P184

[http://www.hpm.org/Downloads/reports/HPDs/HPD6\\_engl\\_fin.pdf](http://www.hpm.org/Downloads/reports/HPDs/HPD6_engl_fin.pdf)

This issue discusses and examines the following subjects: Evaluation in health care ; continuity of care: concepts of integrated care, disease management and strategies ; information and communication technologies ; human resources in health....

## ► Pays-Bas

ROSENAU P. V., LAKO C. J.

**An experiment with regulated competition and individual mandates for universal health care: the new Dutch health insurance system.**

*Une expérience de concurrence régulée et de mandats individuels pour la couverture maladie universelle : le nouveau système d'assurance maladie des Pays-Bas.*

JOURNAL OF HEALTH POLITICS POLICY AND LAW

2008 : vol. 33 : n° 6 : 1031-1055.

Cote Irdes : P82

The 2006 Enthoven-inspired Dutch health insurance reform, based on regulated competition with a mandate for individuals to purchase insurance, will interest U.S. policy makers who seek universal coverage. This ongoing experiment includes guaranteed issue, price competition for a standardized basic benefits package, community rating, sliding-scale income-based subsidies for patients, and risk equalization for insurers. Our assessment of the first two years is based on Dutch Central Bank statistics, national opinion polls, consumer surveys, and qualitative interviews with policy makers. The first lesson for the United States is that the new Dutch health insurance model may not control costs. To date, consumer premiums are increasing, and insurance companies report large losses on the basic policies. Second, regulated competition is unlikely to make voters/citizens happy; public satisfaction is not high, and perceived quality is down. Third, consumers may not behave as economic models predict, remaining responsive to price incentives. Finally, policy makers should not underestimate the opposition from health care providers who define their profession as more than simply a job. If regulated competition with individual mandates performs poorly in auspicious circumstances such as the Netherlands, how will this model fare in the United States, where access, quality, and cost challenges are even greater? Might the assumptions of economic theory not apply in the health sector?

## ► Pays baltes

BANKAUSKAITE V., O'CONNOR J. S.

**Health policy in the Baltic countries since the beginning of the 1990s.**

*La politique de santé dans les pays baltes depuis le début des années 1990.*

HEALTH POLICY

2008 : vol. 88 : n° 2-3 : 155-165.

Cote Irdes : P92

The objective of this article is to compare the development of health policies in three Baltic countries, Estonia, Latvia and Lithuania in the period from 1992 to 2004 and reflect on whether key dimensions of these policies are developing in parallel, diverging or even

converging in some respects. The paper identifies the similarity in the overall goals and compares the policy content in primary health care, the hospital sector and financing. We conclude that health policy in Estonia, Latvia and Lithuania has been progressing in parallel towards a Western European social insurance funding model, developing a primary care system anchored on a general practitioner service and lessening the hospital orientation of the pre-1990s system. There is evidence of both convergence and divergence across the three countries and of progress in the direction of EU15 in key health policy and outcome characteristics. These patterns are explained partly by differing starting points and partly by political and economic factors over the 1992-2004 period.

## ► Royaume-Uni

40636

FASCICULE  
BERNSTEIN (D.)

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

### ***Les réformes dans l'organisation des soins primaires en Angleterre.***

POINTS DE REPÈRE

2008/07 ; n° 17 : 12p.

Cote Irdes : C, S36

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/  
documents/Points\\_de\\_repere\\_n\\_17.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_17.pdf)

Les soins primaires ont fait l'objet, en Angleterre, de nombreuses réformes depuis les années 1990, avec la constitution des Primary Care Trusts, organismes responsables au niveau local du financement et de l'organisation des soins. La convention avec les généralistes, signée en 2004, comporte des incitations nouvelles au regroupement entre praticiens et à la délégation des tâches, et modifie la structure de rémunération, puisqu'une part significative y est désormais conditionnée à l'atteinte d'objectifs. Afin de développer l'offre de soins, de multiples canaux se mettent en place : médecin gestionnaire, services médicaux des Primary Care Trusts, émergence de grandes entreprises recrutées sur appels d'offres. Si des éléments tangibles permettant de peser clairement les avantages et les coûts des nouvelles formes d'organisation manquent, les réformes visent à agir à la fois sur la qualité des soins, la régulation des dépenses et la satisfaction des patients.

## ► Suisse

BILGER M.

### ***Progressivity, horizontal inequality and reranking caused by health system financing: a decomposition analysis for Switzerland.***

*Progressivité, inégalité horizontale et reclassement causés par le mode de financement des soins : analyse de décomposition du système de santé suisse.*

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 27 : n° 6 : 1582-1593.

Cote Irdes : P79

This paper presents an application of the Duclos et al. [Duclos, J.-Y., Jalbert, V., Araar A., 2003. Classical horizontal inequity and reranking: an integrated approach. Research on Economic Inequality 10, 65-100] decomposition to an analysis of the 1998 Swiss health system financing. We see that in addition to measuring horizontal inequality in the classical sense, this decomposition is more efficient and flexible than earlier ones. It is also pointed out that methods involving a nonparametric estimation lead to asymptotically biased vertical and horizontal effects. A procedure to estimate this bias is given. Finally, it is shown that despite a major reform, health system financing is still very regressive and social health insurance is more regressive than direct financing.

## PRÉVISION - ÉVALUATION

## ► Coût de l'hospitalisation

40340

ARTICLE

TAN (S.S.), RUTTEN (F.F.H.), VAN INEVELD  
(B.M.) et al.

### ***Comparing methodologies for the cost estimation of hospital services.***

*Comparaison des méthodologies pour l'estimation des coûts hospitaliers.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH  
ECONOMICS (THE)

2009/02 ; vol. 10 : n° 1 : 39-45, 3 tab.

Cote Irdes : P151

The aim of the study was to determine whether the total cost estimate of a hospital service re-

mains reliable when the cost components of bottom-up microcosting were replaced by the cost components of top-down microcosting or gross costing. Total cost estimates were determined in representative general hospitals in the Netherlands for appendectomy, normal delivery, stroke and acute myocardial infarction for 2005. It was concluded that restricting the use of bottom-up microcosting to those cost components that have a great impact on the total costs (i.e., labour and inpatient stay) would likely result in reliable cost estimate.

## ► Échelles de santé

40339

ARTICLE

GRIEVE (R.), GRISHCHENKO (M.), CAIRNS (J.)

***SF-6D versus EQ-5D; reasons for difference in utility scores and impact on reported cost-utility.***

*SF-6D versus EQ-5D: raisons expliquant les différences dans les scores d'utilité et leur impact sur le coût-utilité ressenti.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2009/02; vol. 10: n° 1: 15-23, 3 tab.

Cote Irdes: P151

The choice of instrument (e.g. EQ-5D vs. SF-6D) can lead to different health-related utility scores, but it is unclear why these differences arise and whether they change cost utility analysis (CUA) results. This paper addresses these issues using a case study where using SF-6D rather EQ-5D led to greater utility gain and a lower cost per QALY for treatment. The paper examines reasons for this difference. This paper finds that an important factor was the inclusion in the SF-6D descriptive system of separate items for "vitality" and "social functioning", not explicitly included in EQ-5D. Further studies are required that examine the impact of the choice of instrument on cost-utility

## ► Économie de la santé

40342

ARTICLE

HELVOORT-POSTULARI (D.), DIRKSEN (C.D.), HUNINCK (M.G.M.)

***A comparison between willingness to pay and willingness to give up time.***

*Quel critère préside sur le choix des patients pour un type d'angiographie: le temps ou l'argent?*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2009/02; vol. 10: n° 1: 39-45, 3 tab.

Cote Irdes: P151

We compared the willingness-to-pay and willingness to give up time methods to assess preferences for digital subtraction angiography (DSA), computed tomography angiography (CTA) and magnetic resonance angiography (MRA). Respondents were hypertensive patients suspected of having renal artery stenosis. Data were gathered using telephone interviews. Both the willingness-to-pay and willingness to give up time methods revealed that patients preferred CTA to MRA in order to avoid DSA. The agreement between willingness-to-pay and willingness to give up time responses was high (kappa 0.65–0.85). The willingness-to pay method yielded relatively more protest answers (12%) as compared to willingness to give up time (2%). So, our results provided evidence for the comparability of willingness to pay and willingness to give up time. The high percentage of protest answers on the willingness-to-pay questions raises questions with respect to the application of the willingness-to-pay method in a broad decision-making context. On the other hand, the strength of willingness-to-pay is that the method directly arrives at a monetary measure well founded in economic theory, whereas the willingness to give up time method requires conversion to monetary units.

40343

ARTICLE

RICHARDSON (J.), PEACOCK (S.J.), JEZZI (A.)

***Do quality-adjusted life years take account of lost income? Evidence from an Australian survey.***

*L'indicateur « Années de vie pondérées par la qualité de vie » prend-il en compte la perte de revenu? Evidence basée sur une enquête australienne.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2009/02; vol. 10: n° 1: 39-45, 3 tab.

Cote Irdes: P151

The procedures used in cost utility analysis for eliciting quality of life weights have generally omitted any instruction concerning the level of

consumption in a health state, despite the fact that some health states preclude the possibility of normal employment. This introduces ambiguity into the interpretation of quality of life (QoL) scores, and project ranking is sensitive to the subsequent treatment of consumption in the analysis. This article reports the results of a study that questioned 131 respondents to a time trade-off (TTO) interview about their assumptions concerning consumption and the amount of thought given to consumption. Results indicate that, without prompting, most assumed unchanged consumption, implying little bias in existing studies.

## ► Évaluation économique

39809

ARTICLE  
SUN (X.), FAUNCE (T.)

### **Decision-analytical modelling in health-care economic evaluations.**

*Modèle d'analyse décisionnelle dans les évaluations économiques des soins de santé.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH  
ECONOMICS (THE)

2008/11 ; vol. 9 : n° 4 : 313-323, 4 fig.

Cote Irdes : P151

Decision-analytical modelling is widely used in health-care economic evaluations, especially in situations where evaluators lack clinical trial data, and in circumstances where such evaluations factor into reimbursement pricing decisions. This paper aims to improve the understanding and use of modelling techniques in this context, with particular emphasis on Markov modelling. We provide an overview, in this paper, of the principles and methodological details of decision-analytical modelling. We propose a common route for practicing modelling that accommodates any type of decision-analytical modelling techniques. We use the treatment of chronic hepatitis B as an example to indicate the process of development, presentation and analysis of the Markov model, and discuss the strengths, weaknesses and pitfalls of different approaches. Conclusions: Good practice of modelling requires careful planning, conduct and analysis of the model, and needs input from modellers and users.

## ► Évaluation des pratiques professionnelles

40089

ARTICLE  
GARDEL (C.), MINVIELLE (E.)

### **Évaluation des pratiques professionnelles, certification et performance hospitalière.**

*Journée Régionale d'Évaluation des Pratiques Professionnelles.*

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2008/07 ; vol. 26 : n° 4 : 190-194, tabl.

Cote Irdes : P85

Les professionnels des établissements de santé sont concernés par plusieurs dispositifs réglementaires en matière d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). La procédure de Certification des établissements de santé demande aux établissements de mener des actions d'évaluation à travers 215 critères sur: la pertinence des hospitalisations et des actes, la sécurité des processus de soins, les modalités de prise en charge des pathologies et problèmes de santé. Dans toutes ces actions, le développement des indicateurs est préconisé, l'objectif étant à terme d'intégrer des indicateurs de qualité dans la procédure de certification. Le projet de recherche COM-PAQH (Coordination pour la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité hospitalière) a pour objectif de concevoir et valider des indicateurs de performance en matière de qualité des soins.

40094

ARTICLE  
JEANBLANC (G.), DURAND ZALESKI (I.)

### **Évaluation des pratiques professionnelles et indicateurs de performance.**

*Journée Régionale d'évaluation des Pratiques Professionnelles.*

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2008/07 ; vol. 26 : n° 4 : 218-225, tabl.

Cote Irdes : P85

L'objet de cet article est l'étude des relations entre l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour les médecins hospitaliers et l'utilisation des indicateurs de performance hospitaliers, à partir d'expériences étrangères. Les deux exemples choisis sont la Grande-Bretagne et les Etas-Unis qui ont établi des programmes nationaux de recueil de données sur les pratiques professionnelles. Sont abordés successivement: les réformes en cours

et leur cohérence, les relations entre qualité d'une pratique individuelle ou d'une équipe hospitalière et performance dans un objectif de régulation, le rôle des incitations financières.

## ► Haute Autorité de Santé

40207

ARTICLE  
CUZIN (E.)

***Rationaliser plutôt que rationner: un entretien avec Lise Rochaix (HAS).***

PHARMACEUTIQUES

2008/12; n° 162: 12

Cote Irdes: c, P28

Dans cet article, Lise Rochaix démontre que l'évaluation médico-économique menée par la Haute Autorité de santé se fait dans une approche originale propre à la France, et qu'elle se distingue de l'approche anglo-saxonne du Nice fondée sur le rapport coût/qaly (Années de vie pondérées par la qualité de vie).

## ► Médicaments

40199

ARTICLE  
BEKKERING (G.), KLEIJNEN (J.)

***Procedures and methods of benefit assessments for medicines in Germany.***

*Procédures et méthodes d'analyse-coût bénéfique des médicaments en Allemagne.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2008/11; vol. 9: Supplément 1: S8-S29, graph.

Cote Irdes: P151

The Federal Joint Committee (FCJ) defines, in Germany, the health care elements that are to be reimbursed by Sickness funds. To define a directive, the FJC can commission benefit assessments, which provide an overview of the scientific evidence regarding the efficacy and benefits of an intervention. This paper describes the operational implementation of the legal requirements with regard to the benefit assessments of medicines. Such benefit assessments are sometimes referred to as isolated benefit assessments to distinguish them from benefit assessments as part of a full economic evaluation.

## ► Qualité des soins

39544

ARTICLE  
SAILLOUR-GLENISSON (F.), PREAUBERT (N.), RUMEAU-PICHON (C.), MICHEL (P.)

***Le coût de la non-qualité dans les établissements de santé.***

SEVE: LES TRIBUNES DE LA SANTE

2008; n° 20: 85-96

Cote Irdes: P168

Cette étude a pour objectif de sensibiliser les professionnels des établissements de santé à la dimension économique de la qualité, de fournir des informations sur le coût de la qualité et de la non-qualité et de proposer des fiches-outils opérationnelles de mesure du coût de la non-qualité et de la qualité. A partir d'une revue approfondie de la littérature, on a identifié les défauts de qualité les plus fréquents et recensé les données de coûts de non-qualité disponibles. Pour pallier le manque d'information sur le coût de la non-qualité, des fiches outils opérationnelles ont été construites, ciblées sur quatre domaines d'application principaux que les établissements sont incités à utiliser dans le cadre d'une politique qualité orientée sur les interventions ayant le meilleur impact médico-économique (Résumé auteur).

39845

ARTICLE  
DUPAGNE (D.)

***Qualité et santé. Première partie: qualité des moyens ou qualité des résultats ?***

MEDECINE: REVUE DE L'UNAFORMEC

2008; vol. 4: n° 8: 360-363, graph.

Cote Irdes: P198

Le concept de qualité s'est imposé dans l'organisation et la gestion de la santé publique depuis une vingtaine d'années. La qualité s'appelle accréditation, recommandation thérapeutique ou encore évaluation des pratiques professionnelles. Elle fait intervenir des normes, des référentiels et une logistique qui a pour objectif l'amélioration de la qualité des soins. Ce premier article démontre que cette évolution normative pourrait avoir des effets délétères qui vont à l'encontre de la qualité effective des soins. Les autres articles de ce dossier proposeront des solutions pour sortir de cette impasse.

## ► Mesures de la santé

ABUL NAGA R. H., YALCIN T.

***Inequality measurement for ordered response health data.***

*Inégalité de mesure des auto-déclarations ordonnées portant sur l'état de santé.*

JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2008 : vol. 27 : n° 6 : 1614-1625.

Cote Irdes : P79

Because self-reported health status [SRHS] is an ordered response variable, inequality measurement for SRHS data requires a numerical scale for converting individual responses into a summary statistic. The choice of scale is however problematic, since small variations in the numerical scale may reverse the ordering of a given pair of distributions of SRHS data in relation to conventional inequality indices such as the variance. This paper introduces a parametric family of inequality indices, founded on an inequality ordering proposed by Allison and Foster [Allison, R.A., Foster, J., 2004. Measuring health inequalities using qualitative data. *Journal of Health Economics* 23, 505-524], which satisfy a suitable invariance property with respect to the choice of numerical scale. Several key members of the parametric family are also derived, and an empirical application using data from the Swiss Health Survey illustrates the proposed methodology.

## ► Méthodes biostatistiques

40200

ARTICLE  
FREEMANTLE (N.)

***Biostatistical aspects for the use of evidence based medicine in health technology assessment.***

*Aspects biostatistiques dans l'utilisation de la médecine factuelle pour l'évaluation des technologies médicales.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2008/11; vol. 9: n° Supplément 1 : S31-S43, 1 fig.

Cote Irdes : P151

This article considers aspects of the statistical synthesis of evidence intended to support decisions on pharmaceutical reimbursement.

## ► Méthodes épidémiologiques

38097

ARTICLE  
BEYEME-ONDOUA (J.-P.)

***Évaluation de la qualité des données chaînées nationales du cancer colorectal.***

SANTE PUBLIQUE

2007/11-12; vol. 19: n° 6: 471-480, tabl.

Cote Irdes : C, P143

Les données épidémiologiques concernant le cancer colorectal en France proviennent essentiellement des registres qui couvrent environ 15% de la population. Le PMSI permet d'enregistrer sous forme de codes les diagnostics et les actes effectués lors du séjour hospitalier d'un patient. La technique de chaînage des différents séjours d'un patient peut permettre de réaliser des études épidémiologiques sur une pathologie donnée au niveau national. Cependant, l'évaluation de la qualité des données chaînées reste limitée à des expériences locales. Cette étude avait donc pour objectif d'évaluer la qualité de ces données du point de vue exhaustif concernant le patient ayant un cancer colorectal. Les séjours hospitaliers de 2003 ont été analysés au niveau national. Le chaînage des séjours est défectueux pour 6,47% des séjours pour un total de 556 206. Les séjours non chaînés proviennent exclusivement des séjours dans les établissements publics. Le diagnostic principal était absent pour 134 séjours (0,02% de l'ensemble des séjours). 82 de ces séjours (61,2%) proviennent des établissements publics et 52 (38,8%) des établissements privés. Le pourcentage de RSA avec au moins une erreur est de 6,58%. Les données chaînées du PMSI semblent fiables. Cependant, du fait des séjours non chaînés, elles doivent être utilisées avec précautions.

## ► Méthodes statistiques

39191

ARTICLE  
LOLLIVIER (S.)

***Endogénéité dans les modèles qualitatifs sur données longitudinales.***

ANNALES D'ECONOMIE ET DE STATISTIQUE

2007/04-06; n° 86: 55-76, 4 tabl.

Cote Irdes : P41

Les méthodes statistiques destinées à traiter les biais de sélectivité ou d'endogénéité sur

données longitudinales quand la variable d'intérêt est quantitative ont beaucoup progressé depuis les années 1990, et l'on sait aujourd'hui comment procéder à des estimations avec de telles données. La situation est beaucoup moins aboutie lorsque la variable d'intérêt est qualitative. On se propose, dans cet article, de développer un formalisme permettant d'estimer un modèle de choix d'activité dans lequel intervient une variable qualitative suspecte d'endogénéité (le nombre d'enfants). A des procédures reposant sur des hypothèses paramétriques fortes est préférée une méthode d'estimation en plusieurs étapes, plus économe en matière de spécifications, mais aussi beaucoup plus simple à mettre en œuvre. Conditionnellement aux variables explicatives habituelles, on est conduit à rejeter l'endogénéité comme c'était le cas en coupe transversale. L'utilisation de données longitudinales permet également d'appréhender la corrélation entre les termes d'erreur et les variables qui changent au cours du temps comme par exemple le revenu du conjoint.

40633

ARTICLE  
NGUYEN (F.), MOUMJID (N.), BREMOND (A.), CARRERE (M.O.)

**Validité théorique de la méthode des choix discrets : le cas du traitement hormonal substitutif de la ménopause.**

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE  
2008/09 ; vol. 26 : n° 5 : 259-268, tabl.  
Cote Irdes : C, P85

La méthode des choix discrets (MCD) est utilisée pour analyser les choix des consommateurs. Sous certaines hypothèses de comportement, elle permet d'explicitier les arbitrages des individus entre les attributs d'un bien ou d'un service. Le traitement hormonal substitutif de la ménopause (THM) est caractérisé par des risques et bénéfices de santé et par un coût monétaire. Elle explore dans cette situation la capacité de la MCD à révéler les préférences individuelles, en commençant par étudier sa validité théorique. Les réponses sont-elles conformes aux hypothèses standard : cohérence interne, transitivité et stabilité des préférences, absence de préférences avec domination ? Onze paires de scénarios ont été construites à partir d'attributs du THM : troubles climatériques, fractures, cancer colorectal, cancer du sein, risque cardiaque, risque thromboembolique, coût. Les variables sociodémographiques et médicales des femmes ont été collectées. La validité théorique a été testée à l'aide de statistiques descrip-

tives. 462 femmes de la région Rhône-Alpes âgées de 45 à 65 ans ont renvoyé leur questionnaire. La cohérence interne, la transitivité, et la stabilité des préférences sont observées dans de larges proportions (95,97 et 88% des femmes respectivement). Seules 12% des femmes expriment des préférences avec domination. Compte-tenu de la bonne conformité des réponses aux hypothèses, il sera possible d'estimer une fonction d'utilité et de discuter les préférences des femmes pour le THM ainsi que leur propension à payer. (résumé d'auteur).

## ► Systèmes d'information

38576

ARTICLE  
DE ROQUEFEUIL (L.), FIVAZ (C.), LE GUEN (C.), LE LAIDIER (S.), MOUGARD (M.-H.), PEPIN (S.), POLTON (D.)

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.).  
Direction de la Stratégie des Etudes et des Statistiques. (D.S.E.S.). Paris. FRA

**L'utilisation des systèmes d'information de l'assurance maladie pour l'analyse des pratiques de prescription : quelques exemples.**

POINTS DE REPERE

2006/12, 2008/01 ; vol. : n° 4 : 1-8, tabl., fig  
Cote Irdes : C, S36

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Points\\_de\\_repere\\_n\\_4\\_01.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n_4_01.pdf)

Les exemples présentés dans ce point de repère illustrent trois types d'analyses qui ont pu être menées grâce à la codification des actes, des produits de santé, des diagnostics des patients en ALD, des séjours hospitaliers, appariements de données pour suivre les trajectoires de soins et panels de bénéficiaires.

## Immigration

38402

ARTICLE  
DUMONT (G.F.)

### ***Immigration étrangère et développement local en France.***

FUTURIBLES

2008/07-08 ; n° 343 : 5-20, tabl., graph.

Cote Irdes : P166

La dynamique démographique en France résulte aujourd'hui, pour une grande part, des flux migratoires qui traversent le pays. Mais ces flux migratoires ne sont pas les mêmes sur tout le territoire national : certaines régions accueillent davantage de populations immigrées que la moyenne quand d'autres sont à peine concernées, et l'impact de ces flux migratoires sur le développement local n'est pas non plus uniforme. Après un bref rappel des deux approches principales en matière d'analyse de l'immigration étrangère et de ses conséquences sur le développement territorial (source de richesse vs. fardeau budgétaire), l'auteur propose une analyse détaillée de l'immigration étrangère en France selon les régions : part dans les migrations régionales, renouvellement des flux, poids dans la population active et taux de chômage des actifs étrangers, rôle pivot de l'Île-de-France... Il analyse également les effets économiques, très variables, de la présence de cette population étrangère, considérant deux angles distincts - le critère juridique (nationalité) et le critère géographique (origine des immigrés, qu'ils aient acquis ou non la nationalité française), et étudie de plus près les relations entre immigration et chômage (distinguant ici « quatre France »). Autant d'éléments montrant que les effets de l'immigration sur le développement local varient en fonction de deux critères géographiques différents : l'origine géographique des individus et le territoire particulier où ils s'installent.

38403

ARTICLE  
TRIBALAT (M.)

### ***Effets démographiques de l'immigration étrangère. Éléments de comparaison européenne.***

FUTURIBLES

2008/07-08 ; n° 343 : 41-59, tabl., graph.

Cote Irdes : P166

L'Union européenne a adopté, en juillet 2007, un certain nombre de principes visant à harmoniser les statistiques européennes sur les flux migratoires. Malheureusement, de la théorie à la pratique, la route risque d'être longue, en raison des énormes différences existant entre les systèmes statistiques des États membres. Cet article montre, au travers de comparaisons effectuées entre divers pays européens (France, Pays-Bas, Suède, Danemark, Norvège), combien les méthodes et définitions utilisées pour mesurer les phénomènes migratoires, différent et combien donc il est difficile d'effectuer de telles comparaisons, voire d'évaluer les effets démographiques de l'immigration étrangère. Elle montre ainsi, dans un premier temps, que le solde migratoire tel qu'il est calculé en France n'est pas un bon indicateur et ne reflète pas les évolutions réelles. D'où l'intérêt d'aller plus loin en s'intéressant aux effets démographiques de l'immigration étrangère : apport de population direct mais aussi indirect (descendance) dans un pays. Et c'est sans conteste l'évaluation de cet apport qui risque de rendre très compliquée l'harmonisation statistique européenne : suivant les définitions retenues dans les différents pays étudiés, les générations peuvent être mélangées, la mobilité des nationaux non prise en compte (leurs enfants nés à l'étranger devenant d'origine étrangère !), le passé colonial omis, etc. Bref, pour mesurer efficacement et de manière similaire les phénomènes migratoires en Europe, il est impératif, avant toute chose, d'élaborer une définition précise de ce que l'on souhaite mesurer (et cet article offre un éclairage majeur en la matière), afin qu'ensuite les différents pays se donnent les moyens de la mesure (et là, la France aura fort à faire).

## Vieillesse démographique

38041

ARTICLE  
PARANT (A.)

### ***Le vieillissement démographique. Chronique d'un tsunami annoncé.***

GERONTOLOGIE ET SOCIÉTÉ

2008 ; n° 123 : 135-152, tabl., ill.

Cote Irdes : C, P8

En relation avec l'arrivée de générations moins nombreuses et le maintien de la tendance à l'augmentation des durées de vie, la pyramide des âges de la population française s'est profondément transformée depuis la fin des années 1960. Indépendamment de l'évo-

lution future de la fécondité, de la mortalité et des migrations internationales, le phénomène de relèvement des survivants des générations peu nombreuses nées jusqu'en 1945 par les générations peu nombreuses nées jusqu'en 1945 par les générations du baby boom va provoquer une onde de chocs dont les effets, extrêmement puissants à long terme, vont se renforcer les uns les autres. Dûment alertée sur les effets - propres et induits - du vieillissement démographique, la société française s'est, jusqu'à présent, contentée de réformes très sectorielles, trop largement déconnectées de leur environnement, fondées sur des anticipations socio-économiques exagérément optimistes et, par la force des choses, désormais, très insuffisantes (Résumé d'auteur).

## ÉCONOMIE GÉNÉRALE

### Marché du travail

39196

ARTICLE

CHEVRARD (J.F.), RATHELOT (R.), SIMON (O.)

***Ralentissement démographique et chômage : quels enseignements des modèles macro-économiques.***

REVUE ECONOMIQUE

2008/09; n° 5: 973-993, 9 fig.

Cote Irdes : P57

Le recul de la natalité et celui de la mortalité produisent d'importants changements dans la démographie de la majeure partie des pays industrialisés, dont la France. Après plusieurs décennies de croissance assez soutenue, la population active voit sa progression se ralentir ou s'inverser. Ce mouvement s'accompagne d'une croissance rapide de la population en âge d'être retraitée. Cette étude s'intéresse à l'impact de ce double mouvement pour l'équilibre du marché du travail. Elle développe deux modélisations stylisées décrivant ses effets potentiels à court ou long terme. Puis elle utilise le modèle macroéconomique Mésange pour une simulation plus complexe.

## DOCUMENTATION-INFORMATIQUE

### Internet

40222

ARTICLE

DUPAGNE (D.)

***Qualité et santé. Deuxième partie : l'approche qualitative de Google.***

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

2008/09; vol. 4: n° 9: 416-421

Cote Irdes : P198

Ce deuxième article du dossier qualité et santé emprunte un détour et sort du champ de la santé en s'intéressant au fonctionnement intime du moteur de recherche Google. En quelques années, deux étudiants ont montré que la mesure de la qualité extrinsèque d'un document, liée à son usage, est plus pertinente que celle de sa qualité intrinsèque, liée à son contenu. Malgré son fonctionnement subjectif, Google est actuellement le système de recherche le plus efficace (ou le moins inefficace) pour trouver rapidement un document pertinent parmi les milliards de pages éparpillées sur le web. Tous les systèmes de classement et d'accès à l'information sur Internet fondés sur la mesure de leur qualité interne ont été quasiment abandonnés par les utilisateurs, ou ne persistent que dans des niches.

## RÉGLEMENTATION

### Accidents du travail

38608

ARTICLE

KLEIN (R-W), KROHM (G.)

***Les mécanismes d'indemnisation des accidents du travail : comparaison des systèmes à l'échelle internationale.***

REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE SOCIALE (AISS)

2006/10-12; vol. 59: n° 4: 3-37

Cote Irdes : C, P55

Les modalités de financement du système d'indemnisation des accidents du travail diffèrent fortement d'un pays à l'autre, qu'il s'agisse des sources de fonds, des mécanismes utilisés ou de la répartition des coûts du système entre les employeurs et les autres parties prenantes. Ces différentes approches du financement peuvent avoir des effets importants sur la qualité du fonctionnement du système,

notamment sur les incitations des employeurs à promouvoir la sécurité sur le lieu de travail. Lorsqu'elles envisagent d'apporter certaines améliorations à leur système, les autorités publiques et les autres parties prenantes portent un grand intérêt aux approches adoptées dans d'autres pays. Le présent article étudie les grandes approches possibles du financement de l'indemnisation des dommages corporels et des maladies liés au travail, leur justification et leurs conséquences administratives et comportementales. Il analyse les avantages et inconvénients relatifs aux différents systèmes et les tendances vers des approches plus affinées, basées sur des méthodes actuarielles qui visent à favoriser une équité et une efficacité plus grandes.



## ► Index des auteurs



## A

ABUL NAGA R. H. ....	77
ACEF (S.) .....	57
ADAM (J.) .....	57
ALBEROLA (E.) .....	18
ALLEMAND (H.) .....	27, 28, 49, 50, 51, 66
ALLOUACHE (A.) .....	20
ALLWRIGHT (S.) .....	43
AMOUYEL (P.) .....	30
AOUSTIN (M.) .....	64
ARDAILLOU (Raymond) .....	62
ARIIZUMI H. ....	24
ARNOULD (M. L.) .....	21
ARNOULD (M.-L.) .....	20
ARTHUR (A.) .....	60
ARVEILER (D.) .....	30
ARWIDSON (P.) .....	32
AULAGNIER (M.) .....	49
AVRAM (F.) .....	17
AXELSEN (F.) .....	23

## B

BACKMAN (G.) .....	17
BAILLY (L.) .....	58
BANKAUSKAITE V. ....	72
BARD D. ....	41
BARHAM (V.) .....	52
BASDEVANT (A.) .....	23
BASU (K.) .....	44, 47
BAUMSTARK (L.) .....	24
BEAUGRAND (E.) .....	60
BECK (F.) .....	28, 32, 33, 39
BEGUE (P.) .....	61
BEKKERING (G.) .....	76
BELL (C.M.) .....	67
BENALLAH (S.) .....	21
BENAMOZIG (D.) .....	67
BENSON J. M. ....	70
BERARD (I.) .....	18
BERNSTEIN (D.) .....	73
BertelsmanStiftung .....	71, 72
BEYEME-ONDOUA (J.-P.) .....	77
BILAND (E.) .....	35
BILGER M. ....	73
BINET (J.-L.) .....	61
BLAISE (P.) .....	39

BLAKELY T. ....	41
BLANC (M.A.) .....	65
BLAVIN F. E. ....	26
BLEICHRODT H. ....	39
BLENDON R. J. ....	70
BLONDEL (B.) .....	18
BODIN J. ....	41
BOISGUERIN (B.) .....	38
BOISSEL (J.P.) .....	46, 49
BONAH (C.) .....	61
BOND (C.) .....	62
BONGARD (V.) .....	30
BOONE (M.) .....	60
BORIES-MASKULOVA (V.) .....	43
BOST J. E. ....	70
BRECHAT (P.-H.) .....	56, 57
BREMOND (A.) .....	78
BREMOND (M.) .....	68
BRETON (M.) .....	69
BROUWER W. B. ....	24
BROWN D. ....	41
BUHR T. ....	70
BUSSON (A.) .....	47
BUTTET (P.) .....	22

## C

CAIRNS (J.) .....	74
Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S.). FRA .....	49
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (C.N.A.M.T.S.) .....	30
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.) .....	25, 26, 43, 78
Caisse Nationale des Affaires Familiales. (C.N.A.F.) ..	20
CAMBOIS (E.) .....	39
CARBONNE (A.) .....	17
CARMONA (D.) .....	57
CARNET (D.) .....	47
CARRERE (M.O.) .....	24, 78
CASTELAIN (V.) .....	54
CASTIEL (D.) .....	57
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.) .....	21
Centre d'Etudes de l'Emploi. (C.E.E.) .....	21
CHASSARD (Y.) .....	21
CHASTANG J. F. ....	32
CHAUHAN (D.) .....	63
CHERNEW M. ....	70, 71
CHEVRARD (J.F.) .....	80

CHOQUET (M.)	33
CityJACKSON C. H.	42
CLEMENT (J.)	20
CLERC (P.)	30
COLLET (M.)	51
COMBES (J.B.)	49
Conseil départemental des médecins des Vosges	52
Conseil national de l'Ordre des pharmaciens	61
CORDIER (M.)	53
COSTA-FONT (J.)	69
COTTEL (D.)	30
COURTOIS (J.)	25
COX (J.)	25
CRAIG (L.)	32
CRAINICH D.	39
CURRIE J.	39
CUZIN (E.)	76

Direction de la Stratégie des Etudes et des Statistiques. (D.S.E.S.)	25, 26, 43, 78
DIRKSEN (C.D.)	74
DOAN (B.D.H.)	59
DORMONT (B.)	44
DOTY (M.M.)	31
DRESLER (C.M.)	34
DRIEZEN (P.)	32
DUBOYS FRESNEY (C.)	59
DUJIN (A.)	18
DUMONT E.	48
DUMONT (G.F.)	79
DUPAGNE (D.)	76, 80
DURAND (M.C.)	64
DURAND ZALESKI (I.)	75
DUVAL (J.J.)	58
DUVERNE (A.)	47

## D

DALAKIAN (I.)	18
DALGALARRONDO (S.)	63
DALLONGEVILLE (J.)	30
DANET (S.)	29
DANG HA DOAN (B.)	49, 50, 51
D'ATHIS (P.)	47
DAVID S.	32
DAYAN (J.L.)	21
DEAU (X.)	52
DEBOOSERE (P.)	68
DEBRAND T.	37
DECKER S.	39
DEGOS (L.)	61
DEGUEN S.	41
DELAVEAU (P.)	61
DEMERS (V.)	25
DENIS (J.L.)	69
DE POURVOUVILLE (G.)	30
DE ROQUEFEUIL (L.)	78
DE SAINT POL (T.)	40
DESCOUTURES (J.-M.)	64
DEVLIN (R.A.)	52
DINTILHAC (J.P.)	17
Direction de l'Animation et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.)	36
Direction de la Recherche - des Études de l'Évaluation et des Statistiques (D.R.E.E.S.)	18, 20, 21, 29, 31, 36, 38, 44, 46, 51, 53, 59, 61, 63

## E

EECKHOUDT L.	39
EGROT (M.)	65
EIDELIMAN (J.S.)	35
ELBAUM (M.)	20
EL GHOSI (L.)	39
ELLEBOODE (B.)	57
EXPERT (A.)	26

## F

FAINZANG (S.)	68
FAUNCE (T.)	75
FAURE (M.)	65
FEENSTRA T. L.	24
FELDER S.	25
FERKANE (Y.)	20
FERRIERES (J.)	30
FIESCHI (M.)	68
FINKEL (S.)	55
FISCHER J. A.	31
FISHER (E.S.)	69
FIVAZ (C.)	78
FONG (G.-T.)	32
FONTENEAU (L.)	31
FONT-VILALTA (M.)	69
FORGIONE (D.A.)	70

FORTIN B.....	48
FOURNIER (P.).....	65
FREEMANTLE (N.).....	77
FUNEL (F.).....	18

## G

GALLOIS (P.).....	19, 49
GALLOPEL-MORVAN (K.).....	35
GANDJOUR A.....	24
GAPP O.....	22
GARDEL (C.).....	75
GARRIGUES (B.).....	55
GAUBERT (Y.).....	55
GAUDILLIERE (J.-P.).....	61
GENEAU (R.).....	48
GERY (Y.).....	32, 39
GINON (A.S.).....	20
GODFRAIND (T.).....	62
GOJARD (S.).....	35
GOOI (M.).....	67
GOUYON (M.).....	51
GREFFIER (C.).....	54
GRIEVE (R.).....	74
GRIMALDI (A.).....	58
GRISHCHENKO (M.).....	74
GUERRERO (I.).....	23
GUIGNARD (R.).....	32
GUIGNON (N.).....	31
GUILE (R.).....	54
GUPTA (A.).....	44
GUTHMANN (J.-F.).....	31

## H

HAAS (B.).....	30
HANDBERG (G.).....	23
HANISCH (M.).....	66
HASSENTEUFEL (P.).....	53
HAURAY (B.).....	65
HAUSER (S.).....	64
HAVARD S.....	41
HEBBRECHT (G.).....	30
HELVOORT-POSTULARI (D.).....	74
HENRARD (J.C.).....	37
HERBET (J.-B.).....	31

HERNANDEZ-QUEVEDO C.....	30
HERRERO C.....	26
HISCOCK R.....	41
HOLCMAN (R.).....	56
HOLLE R.....	22
HOW (S.K.H.).....	31
HUBER H.....	40
HUMPHRIES (K.H.).....	25
HUNINCK (M.G.M.).....	74
HUNT (P.).....	17

## I

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.).....	39
Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. (I.N.P.E.S.).....	39
Institut National d'Etudes Démographiques. (I.N.E.D.) ..	39
Institut National de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.) .....	27, 28, 30, 32, 33, 34, 35, 40

## J

JACKEVICIUS (C.).....	25
JACQUEMET N.....	48
JACQUOT (F.).....	57
JEANBLANC (G.).....	75
JEZZI (A.).....	74
JOHANET (G.).....	19
JOHANSEN (H.).....	25
JONES A. M.....	30
JOOSSENS (L.).....	34
JUILLARD CONDAT (B.).....	64

## K

KALAVROUZIOS (D.).....	25
KANAVOS (P.).....	64, 66
KANG C.....	40
KARRER (M.).....	22
KASSAI (B.).....	49
KELLEHER C.....	32

KENNEDY (R.-D.) .....	32
KHOSLA (R.) .....	17
KLEIJNEN (J.) .....	76
KLEIN (R-W).....	80
KLETZ (F.).....	55
KROHM (G.).....	80
KRONBORG (C.).....	23
KUNST (A.E.) .....	38
KUSNIK JOINVILLE (O.).....	28

## L

LABORDE (C.) .....	39
LACAZE (M.) .....	57
LADNER (J.).....	58
LAKO C. J.....	72
LAMARCHE (P.) .....	48
LAMOTHE (L.).....	69
LANCRY (P.-J.).....	67
LARCHER (P.).....	39
LAROQUE (G.).....	36, 37
LAURENT O. ....	41
LAVAUUX (T.).....	54
LAVIGNE (T.).....	54
LEBOURDAIS (P.).....	39
LEBRETON (J.).....	30
LEBRUN (L.).....	56
LEE W.....	71
LE FUR (E.).....	47
LEGA F. ....	52
LEGENDRE (F.).....	21
LEGLEYE (S.) .....	28, 33
LE GUEN (C.).....	78
LEHOUX (P.) .....	48
LEINSALU (M.).....	38
LE LAIDIER (S.) .....	78
LE NEZET (O.) .....	28, 33
LE NOC (Y.).....	19, 49
LEON (M.E.).....	34
LE PEN (C.).....	23
LE RHUN (A.).....	54
LERNOUT (T.) .....	56
LEROY (S.).....	20
LEVESQUE (J.F.) .....	69
LEVY (D.) .....	49, 50, 51, 59
LEVY (D.-T).....	34
LIN W.....	39
LOLLIVIER (S.).....	77
LOMBA (C.) .....	65

LOMBRAIL (P.).....	39, 54
LOUIS K. ....	41
LUTUN (P.).....	54

## M

MACKENBACH (J.P.).....	38
MADELMONT (F.) .....	55
MAES (C.), .....	18
MANDELZYS (D.).....	47
MARESCA (B.) .....	18
MARIONI (P.).....	36
MATHIEN (C.).....	54
MATHIEU (F.) .....	20
MAUDUIT (N.).....	54
MCGUIRE (A.).....	66
MEISINGER C.....	22
MELO (M.).....	25
MENDELSON (M.).....	55
MENGONI A. ....	52
MENVIELLE (G.).....	38
MERLIER (R.).....	36
MESTRA-FERRANDIS (J.) .....	63
MEZIANI (F.).....	54
MICHEL (P.).....	76
Ministère chargé de la Santé (M.S.S.P.S.) .....	18
Ministère de l'Economie - des Finances et de l'Emploi. (M.I.N.E.F.E.).....	36
Ministère du Travail - des Relations Sociales et de la Solidarité. (M.T.R.S.S.).....	36
MINNI (C.) .....	36
MINORE (J.B.).....	60
MINVIELLE (E.).....	75
MISSEGUE (N.).....	36
MIZRAHI (An.).....	40
MIZRAHI (Ar.).....	40
MONERET-VAUTRIN (D.-A.) .....	61
MOQUET (M.J.).....	39
MORENO-TERNERO J. D. ....	26
MOUGARD (M.-H.).....	78
MOUHOU (Y.) .....	39
MOULLE (V.) .....	60
MOUMJID (N.).....	78
MOUSQUES (J.) .....	30

## N

NAIDITCH (M.).....	55
NEPPEL (C.).....	55
NGUYEN (F.).....	78
NIEDHAMMER I.....	32

## O

O'CONNOR J. S.....	72
O'DOWD (T.).....	43
Office of Health Economics. (O.H.E.).....	63
OLLIVIER (F.).....	18
OMALEK (L.).....	36
OSBORN (R.).....	31
OUSTRIERE (C.).....	39

## P

PARANT (A.).....	79
PARAPONARIS (A.).....	49
PARIS (V.).....	67
PARK C. ....	40
PARROT (J.).....	61
PAUBEL (P.).....	64
PAUCHET-TRAVERSAT (A.-F.).....	18
PAULY M. V.....	26
PAVOT (J.).....	59
PEACOCK (S.J.).....	74
PEARCE J.....	41
PEDDIGREW (C.).....	45
PEPIN (S.).....	78
PEUGH (J.).....	31
PHAM (D.).....	46
PICHETTI (S.).....	38
PILOTE (L.).....	25
PINEAULT (R.).....	48, 69
PITROU (I.).....	58
placeCityRICHARDSON S.....	42
placeCityWITTEN K.....	41
placeLEYLAND A. H.....	41
POLTON (D.).....	66, 78
PONG (R.).....	45
POUZAUD (F.).....	64
PREAUBERT (N.).....	76

PRIEUR (C.).....	24
PYNN (S.).....	54

## Q

QUANTIN (C.).....	47
-------------------	----

## R

RAIKOI (M.).....	66
RATHELOT (P.).....	64
RATHELOT (R.).....	80
RATTE (S.).....	32
RATTIER (M.-O.).....	20
RAW (M.).....	34
RAYNAUD (D.).....	62
REYNIER (J.-P.).....	64
RIBARDIERE (O.).....	57
RICAN (S.).....	42
RICE N. ....	30
RICHARDSON (J.).....	74
RICORDEAU (P.).....	27, 28, 66
RIDDE (V.).....	39
RIEU (C.).....	64
RINFRET (S.).....	25
RIVIERE (P.).....	55
ROBERT (M.-J.).....	20
ROBINE (J.-M.).....	39
ROCHAIX (L.).....	24
ROHMER (J.G.).....	54
ROSENAU P. V.....	72
ROSENTHAL (M.B.).....	48
ROSKAM (A.J.R.).....	38
RUIDAVETS (J.B.).....	30
RUMEAU-PICHON (C.).....	76
RUTTEN (F.F.H.).....	73

## S

SABBAN (C.).....	25
SAILLOUR-GLENISSON (F.).....	76
SAINT-PAUL (B.).....	58
SALESSES (C.).....	20

SALINES (E.).....	29
SAMSON (A.L.).....	44
SARMA (S.).....	45
SARRADON-ECK (A.).....	65
SAUVAGE (P.).....	66
SCANLON D. P.....	70,71
SCHNEIDER (F.).....	54
SCHOEN (C.).....	31
SCHOFIELD (D.).....	44
SCHWEIKERT B. ....	22
SEBBAH (R.).....	49
SEELEY (E.).....	64
SENTILHES-MONKAM (A.) .....	19,55
SERADOUR (B.).....	27
SHAAP (M.M.).....	38
SHEARER B.....	48
SHEVOCK J.....	70
SICART (D.).....	59
SIMON (O.).....	80
SIRVEN N.....	37
SMITH (S.M.).....	43
SOUSA-POZAA.....	31
SPAETH (J.M.).....	19
SPIILKA (S.).....	28,33
SPIRA (A.).....	39
STAKOWSKI (R.).....	55
STIRBU (I.).....	38
STRASSER (R.).....	45
SUN (X.).....	75
SUSSMAN T.....	70
SWAMINATHAN S.....	70,71

## T

TABOULET (F.).....	64
TADIE (M.).....	17
TAN (S.S.).....	73
TAVOLACCI (M.P.).....	58
TEISSEIRE (B.).....	64
TEITELBAUM (J.).....	49,50,51
TESSON (G.).....	45
The Cochrane Library.....	43
THEVENOT (C.).....	36
THOUVENIN (D.).....	17
TILLEMENT (J.-P.).....	61
TOWSE (A.).....	63
TRIBALAT (M.).....	79
TU (J.V.).....	25

## U

Union Fédérale des Consommateurs. (U.F.C.).....	17
---	----

## V

VACARIE (I.).....	20
VACHERON (A.).....	52
VAILLANT (Z.).....	42
VALLEE (J.P.).....	19,49
VAN BAAL P. H.....	24
VANDOROS (S.).....	64
VAN INEVELD (B.M.).....	73
VAN OYEN (H.).....	68
VEGA (A.).....	46
VERAN (O.).....	57
VERGER (P.).....	49
VIDAL (G.).....	21
VIDEAU (Y.).....	49
VINCENT (I.).....	22

## W

WAGNER (A.).....	30
WANG (X.S.).....	52
WEILL (A.).....	27,28
WILQUIN (J.-L.).....	32
WOLF (P.).....	46

## Y

YALCIN T.....	77
YOUNIS (M.Z.).....	70

## Z

ZEITLIN (J.).....	18
-------------------	----

## ► **Carnet d'adresses des éditeurs**



## A

### ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

Rédaction: HCSP (Haut Comité Santé Publique)  
14, avenue Duquesne  
75350 Paris 07 SP  
Fax : 01 40 56 79 49  
Diffusion : La Documentation Française  
124, rue Henri Barbusse  
93308 Aubervilliers cedex  
Tél. : 01 40 15 70 00  
Fax : 01 40 15 68 00  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/>  
1<sup>er</sup> accès : <http://hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/adsp?ae=adsp&menu=11> (sommaire depuis le n° 1 de 1992, certains articles sont en ligne)

### ANNALES D'ECONOMIE ET DE STATISTIQUE

Rédaction : ADRES  
Diffusion : INSEE  
18, Bd Adolphe Pinard  
75675 Paris Cedex 14 (paiement par CB)  
ou Insee Info Service  
Tour Gamma A  
195, rue de Bercy  
75582 Paris cedex 12 (autres moyens de paiement)  
<http://www.adres.polytechnique.fr/>

### 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>

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

Rédaction et diffusion : FNI (Fédération Nationale des Infirmiers)  
7, rue Godot de Mauroy  
75009 Paris  
Tél. : 01 47 42 94 13  
Fax : 01 47 42 90 82  
Email : [fni@wanadoo.fr](mailto:fni@wanadoo.fr)  
[http://www.fni.fr/rubrique.php3?id\\_rubrique=18](http://www.fni.fr/rubrique.php3?id_rubrique=18)

## B

### BMC FAMILY PRACTICE

Diffusion : BioMed Central  
Middlesex House  
34-42 Cleveland Street  
London W1T 4LB, UK.  
Royaume-Uni  
<http://www.biomedcentral.com/bmcfampract/>

### BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Diffusion : Elsevier-Masson  
Service Abonnements  
62, rue Camille Desmoulins  
92442 Issy Les Moulineaux cedex  
Fax : 01 71 16 55 88

### BULLETIN DU CANCER

John Libbey Eurotext  
Service Abonnement  
**NPAI-ATM**  
26 bis, rue Kleber  
93107 Montreuil Cédex  
Tél. : 01 43 62 66 64  
Fax : 01 43 62 84 29  
[abonnements@jle.com](mailto:abonnements@jle.com)

### BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE 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 : [abobeh@invs.sante.fr](mailto:abobeh@invs.sante.fr)  
<http://www.invs.sante.fr/beh/> (en ligne depuis 1996)  
Egalement diffusé par voie électronique sur liste Email (abonnement gratuit)

## C

### CAHIERS DE SOCIOLOGIE ET DE DEMOGRAPHIE MEDICALE (LES)

Rédaction et diffusion : CDSM (Centre de Sociologie et de Démographie Médicales)  
15, villa Léandre  
75018 Paris

▶ **CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL**

1867, prom. Alta Vista  
Ottawa (ON) K1G 5W8  
Canada  
<http://www.cmaj.ca/jamc/>

▶ **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 : [info@update.co.uk](mailto:info@update.co.uk)  
<http://www.cochrane.org/index.htm>

▶ **CONNAISSANCES DE L'EMPLOI : QUATRE PAGES DU CEE**

Rédaction et diffusion : CEE (Centre d'Etudes de l'Emploi)  
29 promenade Michel Simon  
93166 Noisy-le-Grand cédex  
[http://www.cee-recherche.fr/fr/c\\_pub2.htm](http://www.cee-recherche.fr/fr/c_pub2.htm)

## D

▶ **DOCUMENTSCLIRPPA**

Rédaction et diffusion : CLIRPPA (Centre de Liaison, d'Etude, d'information et de Recherche sur les Problèmes des Personnes Agées)  
86 av. de St Ouen  
75018 Paris  
<http://www.cleirppa.asso.fr/>

▶ **DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTÉ**

Rédaction : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité  
DREES  
Diffusion : 124 rue Henri Barbusse  
93308 Aubervilliers Cedex  
Tél. : 01 40 15 68 74  
Fax : 01 40 15 68 01  
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/>  
(En ligne depuis le n° 1-2003, sommaire depuis 1998)

▶ **DROIT SOCIAL**

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

## E

▶ **E-SSENTIEL (L')**

Diffusion : CNAF (Caisse Nationale des Allocations Familiales)  
DSER (Direction des statistiques, des études et des recherches)  
23, rue Daviel  
75634 Paris Cedex 13  
Email : [lucienne.hontarrede@cnafr.fr](mailto:lucienne.hontarrede@cnafr.fr)  
<http://www.cnafr.fr> => Publications => l'E-ssentiel (en ligne depuis le 1<sup>er</sup> numéro de juin 2002)

▶ **ETUDES ET RESULTATS (DREES)**

Rédaction et diffusion : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité  
Centre d'information et de diffusion de la DREES  
11, place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon  
75694 Paris Cedex 14  
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)

▶ **EUROHEALTH**

Rédaction et diffusion : LSE Health and Social Care  
London School of Economics and Political Science  
Houghton Street  
London WC2A 2AE  
Royaume-Uni  
<http://www.lse.ac.uk/collections/LSEHealth/documents/eurohealth.htm>

► **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 : [tolkmitt@springer.de](mailto:tolkmitt@springer.de)

<http://www.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 : [orders@springer.de](mailto:orders@springer.de)

<http://www.springerlink.com/>

## F

► **FUTURIBLES**

Rédaction et diffusion : Futuribles

47 rue de Babylone

75007 Paris

Tél. : 01 53 63 37 70

Fax : 01 42 22 65 54

Email : [diffusion@futuribles.com](mailto:diffusion@futuribles.com)

## G

► **GERONTOLOGIE ET SOCIETE**

Rédaction et diffusion : FNG (Fondation Nationale de Gérontologie)

49, rue Mirabeau

75016 Paris

Tél. : 01 55 74 67 02

Fax : 01 55 74 67 01

Email : [fondation@fng.fr](mailto:fondation@fng.fr)

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

► **GESTIONS HOSPITALIERES**

Rédaction et diffusion : Gestions Hospitalières

44, rue Jules-Ferry

94784 Vitry sur Seine cedex

Tél. : 01 45 73 69 20

Fax : 01 46 82 55 15

<http://www.gestions-hospitalieres.fr/>

## H

► **HEALTH AFFAIRS**

Diffusion : Health Affairs

7500 Old Georgetown Road

Suite 600

Bethesda, MD 20814-6133

Etats-Unis

Tél. : 00 1 301 347 3900

Fax : 00 1 301 654 2845

<http://www.healthaffairs.org>

► **HEALTH & PLACE**

Diffusion : Elsevier science

PO Box 211

1000 AE Amsterdam

Pays-Bas

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/30519/description#description](http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/30519/description#description)

## ► HEALTH ECONOMICS

Rédaction et diffusion : CHE (Centre for Health Economics)  
Diffusé par : John Wiley & Sons Ltd  
Journals Administration Department  
1 Oldlands Way  
Bognor Regis  
West Sussex, PO22 9SA  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 1243 779 777  
Fax : 00 44 1243 843 232  
<http://www.interscience.wiley.com>  
<http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/jhome/5749>

## ► 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 : [nlinfo-f@elsevier.nl](mailto:nlinfo-f@elsevier.nl)  
<http://www.elsevier.com/locate/healthpol>

## ► HEALTH POLICY DEVELOPMENTS

Bertelsmann Foundation publishers  
Carl Bertelsmann str. 256  
D-33311 Gütersloh  
Allemagne  
<http://www.healthpolicymonitor.org>

## ► HEALTH SERVICES RESEARCH

Diffusion : Blackwell Publishers Agency Services  
PO Box 805  
9600 Garsington Road  
Oxford OX4 2ZG  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 186 577 6868  
Fax : 00 44 186 571 4591  
<http://www.wiley.com/>  
<http://www.hret.org/hret/publications/hsr.html>

## I

## ► INDUSTRIE PHARMACEUTIQUES HEBDO

Rédaction et diffusion : Altédia  
5, rue de Milan  
75319 Paris cedex 09  
Tél. : 01 44 91 50 16  
Fax : 01 44 91 10 01  
<http://www.altedia.fr/>

## ► INFORMATIONS SOCIALES

Diffusion : CNAF (Caisse nationale des allocations familiales)  
23, rue Daviel  
75634 Paris Cedex 13  
☎ 01 45 65 52 52  
<http://www.cnaf.fr/> +> Publications

## ► I.N.V.S. (INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE)

12 rue du Val d'Osne  
94415 St Maurice cedex  
Tél. : 01 41 79 67 00  
Fax : 01 41 79 67 67  
<http://www.invs.sante.fr>

## J

## ► JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE

Rédaction : Editions Alexandre Lacassagne  
Diffusion : Diffusion ESKA  
12, rue du quatre septembre  
75002 Paris  
Tél. : 01 40 94 22 22  
<http://www.eska.fr/>

## ► JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

Diffusion : Elsevier Science  
PO Box 945  
1000 AE Amsterdam  
Pays-Bas  
Tél. : 00 31 20 485 3757  
Fax : 00 31 20 485 3432  
Email : [nlinfo@elsevier.nl](mailto:nlinfo@elsevier.nl)  
[http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws\\_home/505560/description#description#description](http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/505560/description#description#description)

## ► JOURNAL OF HEALTH POLITICS, POLICY AND LAW

Diffusion : Duke University Press  
Box 90660  
Durham NC 27708-0660  
États-Unis  
Tél. : 00 1 919 687 3653

## L

### ▶ LANCET (THE) : EDITION ANGLAISE

Rédaction : The Lancet Ltd  
32 Jamestown Road  
London NW1 7BY, UK  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 207 424 4910  
<http://www.thelancet.com/>  
Customer Services  
Elsevier Ltd  
The Boulevard  
Langford Lane, Kidlington  
Oxford OX5 1GB  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 44 186 584 3077  
[custserv@lancet.com](mailto:custserv@lancet.com)

## M

### ▶ MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

Rédaction : Unafomec (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 : [unafomec@wanadoo.fr](mailto:unafomec@wanadoo.fr)  
<http://www.unafomec.org>  
Diffusion : Editions John Libbey Eurotext

### ▶ MEDICAL CARE

Rédaction : Cindy Byrne  
Regenstrief Institute for health care  
RHC 6th Floor  
1050 Wishard Blvd  
Indianapolis, IN 46202  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 317 630 7255  
Email : [medical\\_care@regenstrief.org](mailto:medical_care@regenstrief.org)  
<http://journals.lww.com/lww-medicalcare/pages/default.aspx>  
Diffusion : Lippincott Williams & Wilkins  
Subscriber Service Dept  
PO box 1530  
Hagerstown  
md 21741-1530  
Etats-Unis  
Tél. : 00 1 301 223 2300  
Fax : 00 1 301 223 2400  
Email : [orders@lww.com](mailto:orders@lww.com)

### ▶ MONITEUR DES PHARMACIES ET DES LABORATOIRES (LE)

Rédaction et diffusion : Wolters Kluwer France  
Service Abonnement Santé  
Case postale 815  
1, rue Eugène et Armand Peugeot  
TSA 84001  
92856 Rueil Malmaison cedex  
Librairie  
Tél. : 01 41 29 77 42  
Fax : 01 41 29 77 35  
[http://www.wk-pharma.fr/publication/static.php?template=presentation\\_MPL.html](http://www.wk-pharma.fr/publication/static.php?template=presentation_MPL.html)  
(recherche des articles en texte intégral depuis 1997)

## N

### ▶ NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE (THE)

Rédaction : The Massachussets Medical Society  
Diffusion en France : EMD France SA  
BP 1029  
59011 Lille cedex  
Tél. : 03 20 30 03 02  
Fax : 03 20 57 07 60  
<http://www.nejm.com/content/index.asp>

### ▶ NOTE DE VEILLE (LA)

Rédaction et diffusion : Centre d'analyse stratégique  
18 rue de Martignac  
75700 Paris cedex 07  
Tél. : 01 45 56 51 00  
Fax : 01 45 55 53 37  
[http://www.strategie.gouv.fr/rubrique.php3?id\\_rubrique=12](http://www.strategie.gouv.fr/rubrique.php3?id_rubrique=12)

## O

### ▶ OHE BRIEFING

Rédaction et diffusion : OHE (Office of Health Economics)  
12 whitehall  
London SW1A 2DY  
Royaume-Uni  
<http://www.ohe.org>

# P

## 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>

## POINT (LE)

Diffusion :  
Service abonnement  
BP 600  
60732 Ste-Geneviève cedex  
Tél. : 03 44 62 52 20  
<http://www.lepoint.fr>

## POINT DE REPERE (CNAMTS)

Rédaction et diffusion : CNAMTS (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés)  
Département Etudes et Statistiques  
26-50, avenue du Professeur André Lemierre  
75986 Paris cedex 20

## POPULATION ET SOCIETES

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 22 38  
[http://www.ined.fr/fr/ressources\\_documentation/publications/pop\\_soc/](http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/) (tous les numéros sont en ligne à partir du n° 298 de février 1995, et quelques numéros entre 1992 et 1994)

## PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

Rédaction : DSES / CNAMTS  
50 avenue Professeur André Lemierre  
75986 Paris Cedex 20  
Diffusion : Société française de santé publique  
BP 2040  
83061 Toulon cedex  
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/la-revue-pratiques-et-organisation-des-soins/index.php>

## PREMIERES INFORMATIONS ET PREMIERES SYNTHES

Rédaction et diffusion : La Documentation Française  
29, Quai Voltaire  
75007 Paris  
Tél. : 01 40 15 68 74  
Fax : 01 40 15 68 01  
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/catalogue/3303333300009/index.shtml>  
[http://www.travail-solidarite.gouv.fr/spip.php?page=rubrique&id\\_rubrique=102](http://www.travail-solidarite.gouv.fr/spip.php?page=rubrique&id_rubrique=102)

# Q

## QUE CHOISIR

Service Abonnement  
TSA 50 293  
92898 Nanterre cedex 9

## QUESTIONS DE SANTE PUBLIQUE

Rédaction : IREPS (Institut de Recherche en Santé Publique)  
Diffusion : EDK  
2, rue Troyon  
92316 Sèvres cedex  
Tél. : 01 55 64 13 93  
Email : [edk@edk.fr](mailto:edk@edk.fr)

# R

## RETRAITE & SOCIETE

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 BELGE DE SECURITE SOCIALE

CPF Sécurité sociale  
Service publications  
rue de la vierge noire 3c  
B-1000 Bruxelles  
Belgique  
Tél. : +32 2 509 8552  
<http://socialsecurity.fgov.beib/index.htm>

#### ► REVUE ECONOMIQUE

Rédaction : EHESS  
54, bd Raspail  
75006 Paris  
Tél. : 01 49 54 25 65  
Fax : 01 45 44 93 11  
email : [revue.economique@ehess.fr](mailto:revue.economique@ehess.fr)  
Diffusion : Presses de Sciences Po  
117 bd St Germain  
75006 Paris  
Tél. : 01 45 49 83 25  
Fax : 01 45 48 83 34

#### ► REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE PUBLIQUE

Diffusion : Elsevier Masson S.A.S.  
62, rue Camille Desmoulins  
92442 Issy les Moulineaux cedex  
Tél. : 01 71 16 55 99

#### ► REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

Rédaction : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité  
DREES  
11, place des 5 Martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14  
Tél. : 01 40 56 82 31  
Email : [francoise.leclerc@sante.gouv.fr](mailto:francoise.leclerc@sante.gouv.fr)  
Diffusé par : La Documentation Française  
124, rue Henri Barbusse  
93308 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 HOSPITALIERE DE FRANCE

Rédaction et diffusion : FHF (Fédération Hospitalière de France)  
1bis rue Cabanis - CS41402  
75993 Paris cedex 14  
Tél. : 01 44 06 84 35  
email : [fhf@fhf.fr](mailto:fhf@fhf.fr)  
<http://www.fhf.fr>  
<http://editions.fhf.fr/>

#### ► REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE SOCIALE

Rédaction : AISS (Association Internationale de Sécurité Sociale)  
Edition française diffusé par : Blackwell Publishing  
9600 Garsington Road,  
Oxford, OX4 2DQ, UK  
Royaume-Uni  
Tél. : 00 (44)186 577 6868  
Fax: 00 (44) 186 571 4591

#### ► REVUE PRESCRIRE

Rédaction et diffusion : Association Mieux Prescrire  
83, bd Voltaire  
BP 459  
75558 Paris cedex 11  
Fax : 01 49 23 76 48  
Email : [revue@prescrire.org](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)

## S

#### ► SANTE DE L'HOMME (LA)

Rédaction et diffusion : I.N.P.E.S. (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé)  
42, Bd de la Libération  
93203 St Denis cedex  
Tél. : 01 49 33 22 22  
<http://www.inpes.sante.fr> => La santé de l'Homme (sommaires des 6 derniers numéros, liste des numéros depuis le n° 327, index à partir de 1999)

#### ► SANTE 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 : [pn@sfsp.info](mailto:pn@sfsp.info)  
<http://www.sfsp.info/sfsp/publications/>  
(sommaires et texte intégral de 1998 à 2001, sommaires depuis 2002)

#### ► SCIENCES SOCIALES ET SANTE

Rédaction : ADESSS (Association pour le Développement des Sciences Sociales de la Santé)

Diffusé par : John Libbey Eurotext

127, av. de la République

92120 Montrouge

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)

#### ► SERIE ETUDES ET RECHERCHES - DOCUMENTS DE TRAVAIL

Rédaction et diffusion : Ministère chargé de la santé

DREES

11, pl. des 5 Martyrs du Lycée Buffon

75696 Paris cedex 14

Tél. : 01 40 56 66 00

Fax : 01 40 56 81 30

<http://www.sante.gouv.fr/drees/serieetudes/doc.htm> (à partir du n° 13)

#### ► SERIE 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 40 56 66 00

Fax : 01 40 56 81 30

<http://www.sante.gouv.fr/drees/seriestat/doc.htm> (sommaries et résumés jusqu'au n° 19, puis en ligne à partir du n° 20)

#### ► SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

Rédaction et diffusion : Editions de santé

49, rue Galilée

75116 Paris

Tél. : 01 40 70 16 15

Fax : 01 40 70 16 14

[http://www.editionsdesante.fr/services/revues/seve/e-docs/00/00/0C/C5/document\\_revue.phtml](http://www.editionsdesante.fr/services/revues/seve/e-docs/00/00/0C/C5/document_revue.phtml)

#### ► SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE

Diffusion : Elsevier Science

Customer Service Department

PO Box 211

1001 AE Amsterdam

Pays-Bas

Tél. : 00 31 20 485 3757

Fax : 00 31 20 485 3432

Email : [nlinfo-f@elsevier.nl](mailto:nlinfo-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)

#### ► SOIXANTE MILLIONS DE CONSOMMATEURS

Rédaction et diffusion : INC (Institut National de la Consommation)

80, rue Lecourbe

75732 Paris Cedex 15

Tél. : 01 45 67 35 58

Email : [inc3@club-internet.fr](mailto:inc3@club-internet.fr)

<http://www.inc60.fr>

<http://www.60millions-mag.com/>

T

#### ► TECHNOLOGIE ET SANTÉ

Rédaction et diffusion : CNEH (Centre National des Equipements Hospitaliers)

3, rue Danton

92240 Malakoff

Tél. : 01 14 17 15 15

Fax : 01 41 17 15 58

<http://www.cneh.fr>

# 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

### **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>Promotion-diffusion</b>	Sandrine Béquignon - Anne Evans
<b>Mise en page</b>	Franck-Séverin Clérembault

---