

Quoi de neuf, Doc ?

Nov.-décembre / Nov.-December 2012, n° 5

Bulletin bibliographique en économie de la santé
Service de documentation de l'Irdes

Bibliographic bulletin in Health Economics
IRDES Documentation Center

Presentation

The bibliographic bulletin 'Quoi de neuf, Doc?' aims to regularly inform all persons interested in health economics.

The bibliographic notices are taken from IRDES documentary base. Most of them are available for consultation on the French National library for Public Health's website, of which IRDES is one of its numerous data providers (<http://www.bdsp.tm.fr>).

The bulletin consists of:

- a table of contents in English,
- a section presenting the bibliographic notices with a thematic classification,
- an author index,
- a publisher address book.

The documents presented in this bulletin are available for consultation at IRDES documentation center (see back cover) or be ordered directly from their respective publishers (see contact information in the Publishers address book).

Requests for photocopies or scans of documents will not be answered.

Présentation

Le bulletin bibliographique « Quoi de neuf, Doc ? » a pour but d'informer régulièrement toutes les personnes concernées par l'économie de la santé.

Les références bibliographiques sont issues de la base documentaire de l'Irdes. Elles sont, pour la plupart, accessibles en ligne sur la Banque de Données Santé Publique dont l'Irdes est l'un des nombreux producteurs (Internet : <http://www.bdsp.tm.fr>).

Le bulletin se compose de :

- un sommaire,
- une partie présentant les notices bibliographiques classées par thèmes,
- un index des auteurs cités,
- un index des éditeurs.

Les documents cités dans ce bulletin peuvent être consultés au service de documentation de l'Irdes (voir dernière page de couverture) ou commandés directement auprès de l'éditeur (coordonnées disponibles dans le carnet d'adresses des éditeurs).

Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

Quoi de neuf, Doc ?

Publication of the Institute for research and information in health economics

Publication de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Publication Director

Yann Bourgueil

Directeur de la publication

Editor-in-Chief

Marie-Odile Safon

Rédactrice en chef

Associate Editors

Suzanne Chriqui, Véronique Suhard

Rédactrices adjointes

Layout Template

Franck-Séverin Clérembault

Maquette

Page Setting

Damien Le Torrec

Mise en page

Distribution

Sandrine Béquignon, Anne Evans

Promotion-diffusion

Irdes • 10, rue Vauvenargues - 75018 Paris • ISSN : 1148-2605

Sommaire

Quoi de neuf, Doc ?

Novembre-décembre 2012, n° 5

Table of contents (in English)	5	Présentation.....	2
		Comment lire une notice ?.....	7
		Index des auteurs.....	73
		Carnet d'adresse des éditeurs.....	81

Références bibliographiques

11 POLITIQUE DE SANTÉ

Médecine alternative.....	11
Performance.....	11
Politique sociale.....	12
Recommandations.....	12
Réformes.....	12

14 PROTECTION SOCIALE

Assurance maladie.....	14
Couverture complémentaire.....	14
Financement.....	15
Maladies professionnelles.....	15
RSA.....	16

17 PRÉVENTION

Comportement de santé.....	17
Dépistage.....	17
Education thérapeutique.....	17
Maladies chroniques.....	18
Médecine prédictive.....	18
Tabagisme.....	19

20 ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Comptes de la protection sociale.....	20
Croissance économique.....	20
Dettes sociales.....	21
Maîtrise des coûts.....	21
Vieillesse.....	21

23 ÉTAT DE SANTÉ

Alcoolisme.....	23
Etude d'ensemble.....	23
Mortalité.....	24
Obésité.....	24
Santé mentale.....	25
Santé perçue.....	25
Tabagisme.....	26
Travail et santé.....	26

30 PERSONNES ÂGÉES

Assurance dépendance.....	30
Capital social.....	30
Conditions de vie.....	30
Fragilité.....	31
Hospitalisation.....	32
Soins informels.....	32

34 INÉGALITÉS DE SANTÉ

Accès aux soins.....	34
Données chiffrées.....	34
Facteurs socio-économiques.....	34
Immigration.....	36
Inégalités sociales de santé.....	37
Relations intergénérationnelles.....	38
Santé de l'enfant.....	38

40 GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Accessibilité spatiale.....	40
Aquitaine.....	41
Contrats locaux de santé.....	41
Nord-Pas-de-Calais.....	41
Politique locale.....	42

43 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

Centres et maisons de santé.....	43
Diabète.....	44
Etudes d'ensemble.....	45
Formation médicale continue.....	45
Performance.....	45
Pratique médicale.....	46
Qualité des soins.....	47
Relation médecin-malade.....	47
Rémunération.....	48
Réseaux de soins.....	49
Temps d'attente.....	49

51 HÔPITAL

Activité hospitalière.....	51
Durée de séjour.....	51
Événements indésirables.....	52
Performance.....	52
Qualité des soins.....	52
Réforme hospitalière.....	53
Réseaux de soins.....	54
Tarifcation hospitalière.....	55

56 PROFESSIONS DE SANTÉ

Infirmiers.....	56
Pratique médicale.....	56

57 MÉDICAMENTS

Antidiabétiques.....	57
Antidépresseurs.....	57
Médicaments antipsychotiques.....	57
Dénomination commune internationale.....	58
Effets secondaires.....	58
Innovation médicale.....	59
Médicaments génériques.....	59
Publicité.....	60
Prescription.....	60

62 SYSTÈMES DE SANTÉ ÉTRANGERS

Etats-Unis.....	62
Royaume-Uni.....	64
Turquie.....	64
Union européenne.....	64

66 PRÉVISION-ÉVALUATION

Recommandations médicales.....	66
Sevrage tabagique.....	66

67 MÉTHODOLOGIE-STATISTIQUE

Analyse économique.....	67
Chainage.....	67
Système d'information géographique.....	68

69 RÉGLEMENTATION

Professions de santé.....	69
---------------------------	----

Table of contents

Quoi de neuf, Doc ? November-December 2012, n° 5

Table of contents (in English) 5

Presentation.....2
Reading a notice.....7
Author index.....73
Publishers address book.....81

Bibliographic references

11 HEALTH POLICY

Alternative medicine.....11
Performance11
Social policy.....12
Recommandations.....12
Reforms12

14 SOCIAL PROTECTION

Health insurance.....14
Supplementary health insurance14
Financing15
Occupational diseases.....15
Minima social benefits.....16

17 PREVENTION

Health behavior.....17
Screening.....17
Disease management.....17
Chronic diseases18
Predictive medicine.....18
Smoking.....19

20 HEALTH ECONOMICS

Social protection accounts.....20
Economic growth20
Social debt.....21
Cost containment.....21
Ageing.....21

23 HEALTH STATUS

Alcoholism.....23
Global study23
Mortality24
Obesity.....24
Mental health25
Self-reported health.25
Smoking.....26
Occupational health26

30 ELDERLY

Dependance allowances.....30
Social capital.....30
Lifestyle.....30
Frailty31
Hospitalization.....32
Informal care.....32

34 HEALTH INEQUALITIES

Health care accessibility34
Statistical data.....34
Socio-economic factors34
Immigration36
Social health inequalities37
Intergenerational relationships.....38
Childhood sickness.....38

40 GEOGRAPHY OF HEALTH

Spatial accessibility.....	40
Aquitaine.....	41
Local health contracts.....	41
Nord-Pas-de-Calais.....	41
Local policy.....	42

43 PRIMARY HEALTH CARE

Community health centers.....	43
Diabetes.....	44
Global studies.....	45
Continuing medical education.....	45
Performance.....	45
Medical practice.....	46
Quality of care.....	47
Doctor-Patient relationship.....	47
Payment.....	48
Care networks.....	49
Waiting times.....	49

51 HOSPITAL

Hospital activity.....	51
Length of stay.....	51
Adverse events.....	52
Performance.....	52
Quality of care.....	52
Hospital Reform.....	53
Care networks.....	54
Hospital payment system.....	55

56 HEALTH PROFESSIONS

Nurses.....	56
Medical practice.....	56

57 PHARMACEUTICALS

Antidiabetics.....	57
Antidepressants.....	57
Antipsychotic drugs.....	57
International non proprietary name.....	58
Adverse effects.....	58
Medical innovation.....	59
Generic drugs.....	59
Advertising.....	60
Prescription.....	60

62 FOREIGN HEALTH SYSTEMS

United States.....	62
United Kingdom.....	64
Turkey.....	64
European Union.....	64

66 PREVISION-EVALUATION

Medical practice patterns.....	66
Smoking cessation.....	66

67 METHODOLOGY-STATISTICS

Economic analysis.....	67
Linkage.....	67
Geographic information system.....	68

69 LAW

Health professions.....	69
-------------------------	----

READING A NOTICE**COMMENT LIRE UNE NOTICE ?**

Author(s)	HIMESTEIN (D.V.), IGLEHART (J.R.), BROWN (T.Y.) et al	Auteur(s)
Original title	<i>The American health care system: private insurance</i>	Titre original
French title	<i>Le système de santé américain : l'assurance privée</i>	Titre français
Journal title	<i>INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES;</i>	Titre de la revue
Pagination	1992 . Vol ;23 ; 1989 ; pages 458-600. Tab. ; 45 réf. ;	Pagination
Language	Langue : ENG	Langue de publication
Abstract	Survol des principales compagnies privées d'assurance maladie aux Etats-Unis : quel rôle maintenant et à venir dans le système de soins américain ?	Résumé
Internal references	Réf. 0489 ; P79	Références internes à l'Irdes

Meaning of abbreviations**Signification des abréviations**

And other authors	<i>et al. (et alii)</i>	et d'autres auteurs
Volume number	<i>vol.</i>	numéro de volume de la revue
Journal number	<i>n°</i>	numéro de la revue
Includes tables	<i>tabl.</i>	présence de tableaux
Includes charts	<i>graph.</i>	présence de graphique
Bibliographic references quoted at the end of text	<i>réf.</i>	références bibliographiques citées à la fin du texte
Bibliographic references quoted	<i>réf. bibl.</i>	références bibliographiques citées

Références bibliographiques

Bibliographic references

Politique de santé / Health policy

Médecine alternative Alternative medicine

51581

FASCICULE, INTERNET
REYNAUDI (M.)

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

Quelle réponse des pouvoirs publics à l'engouement pour les médecines non conventionnelles ?

NOTE D'ANALYSE (LA)

2012/10 ; n° 290 : Pages : 14p.

Cote Irdes : En ligne

Confrontés aux effets secondaires des traitements, au manque de temps des soignants ou à l'absence de remèdes efficaces aux maux du quotidien, les usagers des systèmes de santé des pays développés se tournent de façon croissante vers les médecines non conventionnelles (comme la médecine traditionnelle chinoise ou l'homéopathie), pourtant peu reconnues par la science ou la communauté médicale. L'étanchéité entre soins conventionnels et non conventionnels n'est d'ailleurs pas totale. Ces derniers sont de plus en plus inclus dans les pratiques des professionnels de santé, voire remboursés. Parallèlement, les usagers ont parfois recours à des thérapeutes, ni médecins ni professionnels paramédicaux, exerçant à la limite du soin et du bien-être. Cet engouement est mal connu en France, bien que l'essor du marché des plantes médicinales et la demande – davantage renseignée – de soins non conventionnels dans les pays voisins laissent à penser que le nombre de Français ayant recours à ces pratiques est considérable. Certains s'en inquiètent, estimant les méthodes non conventionnelles inefficaces ou même dangereuses. D'autres soutiennent au contraire que ces médecines pourraient être utiles dans le champ de la prévention, des maladies chroniques et de la douleur, voire en cas d'échec de la médecine conventionnelle. Ces thérapies pourraient aussi contribuer à une baisse de la consommation médicamenteuse et à une approche plus globale de la santé et du parcours de vie. Face aux risques et aux potentiels associés à l'augmentation conjointe de l'offre et de la demande en méde-

cines non conventionnelles, une action des pouvoirs publics semble nécessaire. D'une part, il conviendrait de s'assurer de l'innocuité de ces techniques et d'encadrer la pratique et la formation des thérapeutes. D'autre part, il s'agirait d'organiser l'intégration de ces médecines au système de santé, lorsqu'elles peuvent contribuer, en complément des soins conventionnels, à une prise en charge plus complète des patients.

Performance Performance

50862

ARTICLE
PARIS (V.)

Les performances comparées des systèmes de santé ?

Performance et santé

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2012 ; n° 35 : Pages : 43-49

Cote Irdes : P168

Evaluer la performance globale des systèmes de santé reste un exercice difficile et souvent empreint de jugements de valeur. Les dimensions de la performance sont multiples et ont évolué au cours du temps. Cet article se concentre sur les aspects de la performance aujourd'hui considérés comme les plus pertinents : l'amélioration de l'état de santé attribuable au système de soins, la qualité des soins, la capacité du système à répondre aux attentes des populations, l'équité dans l'accès aux soins et l'efficacité productive. Il tente de situer les positions relatives des pays de l'OCDE sur ces dimensions de la performance (Résumé de l'éditeur).

Politique sociale

Social policy

50310

FASCICULE

GALTIER (B.), MANSUY (M.)

Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Dossier Politiques sociales locales. Politiques sociales locales : éléments de cadrage.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2011/10-12 ; n° 4 : Pages : 193p.

Cote Irdes : C, P59

Ce numéro porte sur les politiques sociales mises en oeuvre par les acteurs locaux, plus particulièrement les départements, communes et groupements de communes dans plusieurs domaines : minima sociaux, insertion, dépendance, handicap, enfance, santé, ville. Les articles sont abordés sous trois angles d'analyse : les démarches et les outils développés pour évaluer les besoins ; la pertinence du niveau de l'intervention sociale ; les marges de manoeuvre dont disposent les acteurs de mise en oeuvre de politiques sociales. Données chiffrées et cadre juridique permettent de replacer les différentes questions dans un cadre plus général et d'en mesurer les enjeux.

Recommandations

Recommandations

50874

ARTICLE

MILLS (C.)

Les options du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : analyse et critique.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)

2012/05 ; Pages : 37-45

Cote Irdes : c, B7112

Cet article analyse les recommandations de l'avis du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCCAM) sur l'avenir de l'assurance maladie en France (rapport, mars 1992) et en souligne

les contradictions. Certes le document réaffirme l'attachement aux valeurs des principes de la Sécurité sociale. Mais cet avis est aussi traversé par l'obsession prédominante de la réduction des déficits par la maîtrise des dépenses de santé remboursables et de prélèvements sociaux obligatoires, ainsi que par l'appel à développer la protection sociale complémentaire.

Réformes

Reforms

50952

FASCICULE

MONTALEMBERT (P.), MAJNONI D'INTIGNANO (I.), POLTON (D.) et al.

TRONQUOY (P.) / éd.

La santé, quel bilan ?

CAHIERS FRANCAIS

2012/07-08 ; n° 369 : Pages : 1-70

Cote Irdes : A4378

Dans les pays occidentaux, depuis la fin de la Seconde guerre mondiale, la protection de la santé représente une composante essentielle de l'Etat-providence et les progrès ont été considérables. Pour la France, le bilan est positif comme en attestent les comparaisons internationales et les études d'opinion, mais le financement des dépenses de santé suscite des interrogations récurrentes. Ce dossier passe en revue les réformes engagées depuis 1990 pour améliorer le financement des soins et l'offre de soins sur le territoire. Il souligne les aspects négatifs : inégalités sociales devant les soins, risques liés au travail, crises sanitaires.

DENIS (J.L.), FOREST (P.G.)

Real reform begins within: an organizational approach to health care reform.

Une réforme véritable est en cours : approche organisationnelle de la réforme du système de santé.

JOURNAL OF HEALTH POLITICS AND LAW

2012 : vol. 37 : n° 4 : 633-645.

Cote Irdes : P82

Health care systems are under pressure to control their increasing costs, to better adapt to evolving de-

mands, to improve the quality and safety of care, and ultimately to ameliorate the health of their populations. This article looks at a battery of organizational options aimed at transforming health care systems and argues that more attention must be paid to reforming the delivery mechanisms that are so crucial for health care systems' overall performance. To support improvement, policies can rely on organizational assets in two ways. First, reforms can promote the creation of new organizational forms; second, they can employ organizational levers (e.g., capacity development, team-based organizations, evidence-informed practices) to achieve specific policy goals. In both cases organizational assets are mobilized with a view to creating complete health care organizations - that is to say, organizations that have the capacity to function as high-performing systems. The challenges confronting the development of more complete health care organizations are significant. Real health care system reforms may likewise require implementing ecologies of complex innovation at the clinical, organizational, and policy levels. Policies play a determining role in shaping these new spaces for action so that day-to-day practices may change.

GRIGNON (M.)

A democratic responsiveness approach to real reform: an exploration of health care systems' resilience.

Une approche de la réforme véritable par la réactivité démocratique : une exploration de la résilience des systèmes de santé.

JOURNAL OF HEALTH POLITICS AND LAW

2012 : vol. 37 : n° 4 : 665-676.

Cote Irdes : P82

Real reforms attempt to change how health care is financed and how it is rationed. Three main explanations have been offered to explain why such reforms are so difficult: institutional gridlock, path dependency, and societal preferences. The latter posits that choices made regarding the health care system in a given country reflect the broader societal set of values in that country and that as a result public resistance to real reform may more accurately reflect citizens' personal convictions, self-interest, or even active social choices. "Conscientious objectors" may do more to derail reform than previously recognized.

Protection sociale / Social protection

Assurance maladie Health insurance

51463

CHAPITRE, INTERNET
ANDRE (J.M.), DEL SOL (M.), MOISDON-
CHATAIGNER (S.)
Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale.
(E.N.3.S.). Saint-Etienne. FRA

L'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire : quelles implications pour la solidarité ?

REGARDS

2012/07 ; n° 42 : Pages : 210-216, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

Les perspectives d'évolution de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) devraient conduire à accroître le reste à charge des assurés et, « mécaniquement », la place de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC). Ce contexte de privatisation croissante de l'Assurance maladie bouleverse les fondements solidaires sur lesquels repose historiquement la prise en charge du risque maladie. Il suscite de nombreuses questions dont certaines n'ont pas encore été explorées en détail alors même que nous disposons de l'éclairage d'enquêtes quantitatives menées notamment par l'Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé (IRDES) et la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Au cœur des interrogations fortes encore trop peu explorées se trouve la question de la solidarité que notre recherche a décidé de prendre comme « clé d'entrée ». Il s'agit en substance de questionner le degré de solidarité du marché de la complémentaire Santé et ce dans deux de ses dimensions : d'une part, la dimension individuelle qui s'intéresse aux conditions d'accès, pour les populations en marge de l'emploi, à une couverture santé complémentaire dont on sait qu'elle devient de plus en plus une condition sine qua non de l'accès aux soins; d'autre part, la dimension collective qui est centrée sur la participation des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (OCAM) à la régulation des dépenses de santé, participation dont le degré d'efficacité peut avoir des

effets sur les restes à charge, sur le coût de l'assurance complémentaire et in fine sur l'accès aux soins des populations en marge de l'emploi.

Couverture complémentaire Supplementary health insurance

51485

ARTICLE, INTERNET
DEL SOL (M.)

De quelques faces cachées de l'accès à une assurance-complémentaire individuelle.

DROIT SOCIAL

2012/07-08 ; n° 7/8 : Pages : 732-740

Cote Irdes : P109

La dépense courante de soins et biens médicaux est assurée à plus de 75 % par la Sécurité sociale et, pour faire face aux restes à charge, 94 % des personnes peuvent mobiliser leur assurance-maladie complémentaire. Ces données globales permettent aux pouvoirs publics de fermer assez facilement les yeux sur le phénomène de renoncement aux soins mais également sur les différences fondamentales entre assurances sociales et assurances privées. Les rapports assurance obligatoire et assurance-maladie complémentaire se sont donc métamorphosés silencieusement. Cet article s'interroge sur les conditions d'accès à une couverture maladie complémentaire dès lors que les pouvoirs publics font du bénéfice d'une telle couverture un élément déterminant de l'accès aux soins.

50273

FASCICULE
GARNERO (M.)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2012/02 ; n° 789 : Pages : 8p.

Cote Irdes : C, P83
<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er789.pdf>

L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance sur les contrats les plus souscrits montre que 56 % des bénéficiaires d'une couverture complémentaire profitent d'une garantie individuelle et 44 % d'une garantie collective. Les mutuelles couvrent plus de la moitié des bénéficiaires. Les garanties proposées sont souvent plus larges en collectif qu'en individuel. Le montant moyen remboursé pour un semestre d'orthodontie par les contrats collectifs est ainsi le double (400 euros) de celui remboursé par les contrats individuels (208 euros). Certains actes non pris en charge par la Sécurité sociale sont de plus en plus souvent remboursés par les organismes complémentaires. C'est notamment le cas de certaines actions de prévention ou des consultations en médecine douce qui sont désormais remboursées à plus d'un tiers des personnes couvertes. Le montant moyen de cotisation s'élève à 40 euros par personne et par mois. La tarification est croissante avec l'âge et avec le niveau de garantie. À structures d'âge et prestations proposées équivalentes, les primes des contrats individuels des sociétés d'assurance sont supérieures à celles des mutuelles, en raison notamment de frais d'acquisition plus élevés, et les primes des contrats collectifs sont inférieures à celles des contrats individuels.

Financement

Financing

50961
ARTICLE
MONNIER (J.M.)

TVA sociale et financement de la protection sociale.

La santé, quel bilan ?
CAHIERS FRANCAIS
2012/07-08 ; n° 369 : Pages : 80-85
Cote Irdes : A4378

Depuis trente ans, la France débat du mode de financement de la protection sociale. Au-delà des cotisations sociales attachées à la fonction assurantielle de la Sécurité sociale, le choix s'est d'abord porté sur la fiscalité directe des revenus avec la contribution sociale généralisée (CSG). Il s'agissait

surtout d'élargir l'assiette de ce financement. Plus récemment, la désindustrialisation et la perte de compétitivité extérieure des entreprises françaises ont abouti à la décision contestée de création d'une taxe sur la valeur ajoutée (TVA) sociale. D'après l'auteur de cet article, cette taxe pourrait provoquer un cycle inflationniste et avoir un impact négatif sur la croissance en raison de la ponction opérée sur le pouvoir d'achat des ménages.

Maladies professionnelles

Occupational diseases

50956
ARTICLE
FRIGUL (N.)

Maladies professionnelles : pathologies anciennes et nouvelles.

La santé, quel bilan ?
CAHIERS FRANCAIS
2012/07-08 ; n° 369 : Pages : 43-47
Cote Irdes : A4378

Les premières études importantes sur les maladies professionnelles datent du XVIII^e siècle et au siècle suivant des travaux exposeront les conséquences de l'industrialisation sur la santé de la population ouvrière. Une législation s'est peu à peu élaborée mais Nathalie Frigul rappelle que la silicose n'est reconnue comme maladie professionnelle qu'en 1945 et elle souligne que de nombreuses affections liées au travail – ainsi que des cancers dus à l'exposition à certaines substances – continuent d'être sous-estimées ou négligées. Les troubles musculo-squelettiques sont aujourd'hui très répandus et l'attention se porte aussi sur les troubles psychosociaux occasionnés chez les salariés par l'accroissement de la charge de travail et son organisation. On observe enfin une externalisation des risques dans les pays du Sud.

RSA

Minima social benefits

51141

FASCICULE, INTERNET

DOMINGO (P.)

PUCCI (M.) / collab.

Caisse Nationale d'Allocations Familiales. (C.N.A.F.).

Paris. FRA

Les non-recourants au Rsa.

E-SSENTIEL (L) - CNAF

2012/07 ; n° 124 : Pages : 4p., tabl., stat., graph.

Cote Irdes : C, en ligne

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

Fin 2010, plus d'un tiers des éligibles au revenu de solidarité active (Rsa) socle seul et au Rsa socle et activité ne recouraient pas à la prestation. De même, plus des deux tiers des éligibles au Rsa activité seul étaient en situation de non-recours. Parmi les foyers éligibles, le non-recours concerne davantage les couples, les hommes seuls et les foyers sans enfant. Il est aussi le fait des moins pauvres d'entre eux, plus proches du marché du travail et aux conditions de vie les moins dégradées. La méconnaissance du Rsa, ou sa mauvaise connaissance, explique pour l'essentiel le non-recours à la prestation. En revanche, les non-recourants n'évoquent que marginalement un faible intérêt financier de la prestation ou la peur de perdre des droits connexes comme motifs de non-recours.

Prévention / Prevention

Comportement de santé

Health behavior

51517

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

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

31e journées des Economistes de la santé : L'économie de la santé : inégalités, prévention et offre de soins ; Rennes, 2009/12

ECONOMIE PUBLIQUE

2009/01-02 ; n° 24-25 : Pages : 101-127

Cote Irdes : P192

<http://economiepublique.revues.org/8476>

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

Dépistage

Screening

WALSH (B.), SILLES (M.), O'NEILL (C.)

The role of private medical insurance in socio-economic inequalities in cancer screening uptake in Ireland.

Le rôle de l'assurance maladie privée dans les inégalités socio-économiques de recours au dépistage de cancer en Irlande.

HEALTH ECONOMICS

2012 : vol. 21 : n° 10 : 1250-1256.

Cote Irdes : P173

Screening is seen by many as a key element in cancer control strategies. Differences in uptake of screening related to socio-economic status exist and may contribute to differences in morbidity and mortality across socio-economic groups. Although a number of factors are likely to underlie differential uptake, differential access to subsequent diagnostic tests and/or treatment may have a pivotal role. This study examines differences in the uptake of cancer screening in Ireland related to socio-economic status. Data were extracted from SLAN 2007 concerning uptake of breast, cervical, colorectal and prostate cancer screening in the preceding 12 months. Concentration indices were calculated and decomposed. Particular emphasis was placed in the decomposition upon the impact of private health insurance, evidenced in other work to impact on access to care within the mixed public-private Irish health system. This study found that significant differences related to socio-economic status exist with respect to uptake of cancer screening and that the main determinant of difference for breast, colorectal and prostate cancer screening was possession of private insurance. This may have profound implications for the design of cancer control strategies in countries where private insurance has a significant role, even where screening services are publicly funded and population based.

Education thérapeutique

Disease management

50795

ARTICLE
BERTRAND (D.)

Education thérapeutique du patient en France.

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2011/12 ; vol. 195 : n° 7 : Pages : 1491-1505

Cote Irdes : P76

L'éducation thérapeutique du patient prend une part de plus en plus privilégiée dans la stratégie thérapeutique médicale, dans les maladies chroniques.

Or, les affections de longue durée (ALD) représentent 12 % de la population et augmenteront dans les prochaines années. L'ETP a pour objectif de responsabiliser et de solliciter la participation active du patient au processus de soins afin d'améliorer la prise en charge de la maladie et de la qualité des soins. La loi Hôpital Patients Santé et Territoire a inscrit ce principe dans le Code de la santé publique en différenciant l'éducation thérapeutique personnalisée, les actions d'accompagnement et les programmes d'apprentissage.

50323

ARTICLE

GENOLINI (J.P.), ROCA (R.), ROLLAND (C.), MEMBRADO (M.)

" L'éducation " du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ?

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

2011 ; vol. 29 : n° 3 : Pages : 81-122, tabl., stat., rés.

Cote Irdes : C, P86

L'éducation du patient concernant les habitudes hygiéno-diététiques est officiellement intégrée à la spécialisation de la médecine générale mais faiblement objectivée par les travaux sur le recensement des activités médicales. La recherche analyse, dans la pratique ordinaire des médecins, la façon dont se déploient les recommandations d'hygiène. Les interactions médecin-patient sont décryptées sur 50 consultations de suivi (risques cardiovasculaires). Elles montrent que les échanges sur les habitudes de vie sont plutôt périphériques et peu influencées par le niveau de l'atteinte mais aussi, pour une partie des consultations, qu'ils déterminent un contexte spécifique à l'éducation du patient. Le travail entrepris par le médecin sur le changement comportemental est une " négociation " qui oscille entre le registre d'une médicalisation du style de vie et celui d'une communication ordinaire (Résumé d'auteur).

Maladies chroniques
Chronic diseases

51342

ARTICLE

Ailleurs : pas de modèle unique pour la prise en charge des maladie chronique.

Travailler ensemble pour mieux soigner : Pourquoi ? Quand ? Comment ?

REVUE PRESCRIRE

2012/07 ; n° 346 : Pages : 612-613

Cote Irdes : P80

De nombreux pays ont mis en place des programmes dits de disease management visant à contrôler les coûts de santé et à améliorer la qualité des soins. Ces programmes sont basés souvent sur des conseils et des suivis réalisés par des infirmières par téléphone ou à domicile. D'autres programmes incitent, notamment financièrement, professions de santé et patients à privilégier certains soins.

Médecine prédictive
Predictive medicine

51614

FASCICULE, INTERNET

REYNAUDI (M.), SAUNERON (S.)

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

Médecine prédictive : les balbutiements d'un concept aux enjeux considérables.

NOTE D'ANALYSE (LA)

2012/10 ; n° 289 : Pages : 12p., tabl., graph.

Cote Irdes : En ligne

La médecine prédictive a pour objectif de déterminer chez chacun des sensibilités aux médicaments et des prédispositions biologiques à certaines maladies afin d'en retarder, voire d'en éviter, la survenue. Ce concept, énoncé pour la première fois au début des années 1970 par le prix Nobel de médecine Jean Dausset, a d'ores et déjà trouvé quelques débouchés concrets. Ainsi, en France, la Haute Autorité de santé recommande de procéder à un test génétique avant la prise d'abacavir, un anti-HIV, afin d'identifier les personnes porteuses d'une forme d'un gène

prédisposant à de graves effets secondaires en cas de prise de ce médicament.

Tabagisme
Smoking

50837

ARTICLE

HOFMANN (A.), NELL (M.)

Smoking bans and the secondhand smoking problem: an economic analysis.

Les interdictions de fumer et le problème du tabagisme passif : une analyse économique.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2012/06 ; vol. 13 : n° 3 : Pages : 227-236, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P151

Smoking bans are gaining widespread support in the European Union and other countries. The vast majority of these bans are partial bans given that smoking is still permitted in certain places. This article investigates the role of partial smoking bans in coping with externalities caused by the secondhand smoking problem. Although it is widely known that Pigouvian taxation is superior to a perfect ban, this result does not necessarily carry over to a partial ban because taxes cannot (easily) be differentiated according to location. We show that under an easy and intuitive condition (1) enacting a partial smoking ban alone always improves social welfare (a) in an unregulated society and (b) even in a regulated society if externalities can be eliminated, and (2) it is ensured that a combination of Pigouvian tax and a partial smoking ban leads to a higher social optimum than implementing corrective Pigouvian taxation alone.

Économie de la santé / Health economics

Comptes de la protection sociale Social protection accounts

51230

FASCICULE

ZAIDMAN (C.) / coord.

La protection sociale en France et en Europe en 2010.

SERIE STATISTIQUES - DOCUMENT DE TRAVAIL - DREES

2012/06 ; n° 170 : Pages : 209p., tabl., fig.

Cote Irdes : C, S35

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat170.pdf>

Ce rapport s'ouvre par une vue d'ensemble dégageant les principales évolutions des dépenses et des recettes de la protection sociale observées en 2010 et sur longue période. Une deuxième partie apporte des éclairages sous forme de trois dossiers : le premier s'intéresse à l'opinion des Français sur la protection sociale, le deuxième fait une analyse rétrospective des assiettes de financement de la protection sociale, le troisième détaille les dépenses sociales des départements. La troisième partie présente une analyse des dépenses de protection sociale sous forme de fiches thématiques. Des annexes donnent enfin les définitions des principaux agrégats des Comptes de la protection sociale et les principes méthodologiques suivis pour l'estimation des dépenses de protection sociale, ainsi que des tableaux détaillés retraçant les comptes de 2006 à 2010.

Croissance économique Economic growth

51515

ARTICLE, CONGRES

DE ALBUQUERQUE (D.), KOCOGLU (Y.)

Santé et croissance économique de long terme dans les pays développés : une synthèse des résultats empiriques.

31e journées des Economistes de la santé : L'économie de la santé : inégalités, prévention et offre de soins ; Rennes, 2009/12

ECONOMIE PUBLIQUE

2009/01-02 ; n° 24-25 : Pages : 41-72

Cote Irdes : P192

<http://economiepublique.revues.org/8476>

Cet article présente une synthèse des travaux empiriques analysant la santé comme un facteur de la croissance économique de long terme. Ces travaux se divisent en deux grandes catégories. La première concerne les analyses relatives aux effets de l'amélioration de l'état de santé via, par exemple, les gains d'espérance de vie, sur la croissance, la seconde porte sur les effets des innovations dans les secteurs de la santé sur la croissance.

51462

CHAPITRE, INTERNET

FARGEON (V.), BRUNAT (M.)

Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale.
(E.N.3.S.). Saint-Etienne. FRA

Une analyse de la contribution du secteur de la santé et de l'Assurance santé à la croissance économique et au développement de la France – Systèmes d'information et indicateurs disponibles – État des lieux critique.

REGARDS

2012/07 ; n° 42 : Pages : 192-208, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

Dans un contexte de déficits publics et sociaux élevés, la santé comme levier de performance économique a perdu de sa légitimité. Les dépenses de santé sont considérées davantage comme un coût sans contrepartie que comme un investissement. Or, les relations entre santé et développement économique sont nombreuses et bidirectionnelles (CMH, 2001). Ainsi, la santé des populations influence la croissance économique et le revenu global. À l'instar de l'éducation, elle constitue une condition essentielle de développement à long terme. Les modèles de croissance endogène soulignent son rôle dans le capital humain, dans la qualité de l'offre de travail et dans la croissance (Aghion et alii, 2010 ; Kocoglu et Albuquerque, 2009). De leur côté, les auteurs keynésiens mettent l'accent sur le caractère redistributif des dépenses de santé. En opérant une redistribution horizontale des «

bien portants » vers les « malades », elles exercent un impact positif sur la demande, la production et l'emploi et constituent un facteur incontesté de cohésion sociale. Réalisée à partir d'une revue de la littérature, cette étude porte sur les relations et les mécanismes en jeu puisqu'à partir de l'étude des enquêtes, des bases de données et de la rencontre de personnes ressource (OIT, INSEE, IRDES, OCDE), elle aborde l'identification et l'analyse des systèmes d'information (Comptes nationaux, Comptes de la santé, Enquêtes), les indicateurs disponibles et en cours de réflexion méthodologique, les méthodologies mobilisées et les questions qui demeurent en suspens.

Dette sociale

Social debt

51461

FASCICULE, INTERNET
GEORGE (P.) / coor., RAVOUX (V.) / coor.
Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale.
(E.N.3.S.). Saint-Etienne. FRA

La dette sociale.

REGARDS

2012/07 ; vol. : n° 42 : Pages : 242p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

Ce numéro de la revue Regards consacre un large dossier à la dette sociale, un sujet qui s'impose comme un sujet majeur, dans une période où les finances sociales sont le premier poste des dépenses et des recettes publiques et où l'impérieuse nécessité de mettre fin à la hausse perpétuelle de la dette publique devient enfin une évidence sous la pression des marchés. Les huit articles proposés donnent sans doute la vision la plus complète qui puisse être proposée sur la genèse, l'actualité de la dette sociale et la façon dont elle transforme les missions et métiers de la protection sociale en l'occurrence l'ACOSS (Agence centrale des organismes de recouvrement) et des enseignants.

Maîtrise des coûts

Cost containment

51266

ARTICLE

CHEVREUL (K.), DURAND-ZALESKI (I.)

Cost containment in France : Assesment of current policy initiatives.

Maîtrise des coûts en France : évaluation des initiatives politiques en cours.

EUROHEALTH

2012 ; vol. 18 : n° 2 : Pages : 29-32, fig.

Cote Irdes : Bulletin étranger

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/169531/Eurohealth-Vol-18-No-2.pdf

The French health care system is relatively expensive by international standards and efforts at cost containment have been challenging within a system that historically has had few restrictions on patient choice and consumption of services. Recent actions to address this issue include successful measures to encourage the use of gatekeepers within the system, but containing the costs of self-employed physician practice paid on a fee for service basis remains challenging. There has been a shift towards performance related incentives within doctors' contracts for medical practice improvement; however, the areas targeted only cover a small share of doctors' practices. Controlling expenditure in the private practice sector clearly remains a major challenge.

Vieillesse

Ageing

51519

ARTICLE, CONGRES

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

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

31e journées des Economistes de la santé : L'économie de la santé : inégalités, prévention et offre de soins ; Rennes, 2009/12

ECONOMIE PUBLIQUE

2009/01-02 ; n° 24-25 : Pages : 157-186

Cote Irdes : P192

<http://economiepublique.revues.org/8476>

Cet article propose une méthode de microsimulation, mise au point par l'Inserm SE4S à partir de la littérature médico-économique, de l'évolution des dépenses de médicaments remboursables (en médecine de ville) sous l'effet du vieillissement et de l'évolution de l'état de santé de la population française à l'horizon 2029. À partir de l'appariement de l'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) 2004 de l'Irdes et l'Échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS) sont construits 3 scénarii épidémiologiques. Sont ainsi obtenus pour les 25 ans et plus des taux de croissance annuels de dépenses en médicaments, imputables uniquement au vieillissement de la population et aux évolutions de l'état de santé, situés entre 1,14 % et 1,77 %.

État de santé / Health status

Alcoolisme Alcoholism

50893

FASCICULE

DANEL (T.), AUDOUIN (B.), MEZGER (V.) et al.
Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons.
(I.R.E.B.). Paris. FRA

Alcool : quelles doses pour quels effets ?

FOCUS ALCOOLOGIE

2012 ; n° 15 : Pages : 44p.

Cote Irdes : P62

Le présent ouvrage tente un état des lieux aussi complet que possible des effets de l'alcool sur l'organisme, notamment en fonction des doses. Douze experts scientifiques ont été sollicités sur ce thème, une première fois en novembre 2010, lors de la première Journée scientifique de l'Ireb, une seconde fois au cours du premier trimestre 2012 pour une mise à jour de leur communication en vue de cette publication. Quatre thématiques permettent d'aborder les sujets majeurs : le cerveau, le foie, le cancer et, enfin, le métabolisme et le système cardiovasculaire. La consommation d'alcool est une question extrêmement difficile sur le plan scientifique. Il faut se garder de simplifier ou d'en isoler un aspect unique pour condamner ou inciter dans l'absolu. La réalité est complexe mais on peut retenir trois principes : la consommation importante, aiguë ou chronique, est à proscrire et à réduire absolument ; la consommation modérée, sous réserve que l'on s'accorde bien sur sa définition, présente des aspects positifs qu'il faut néanmoins continuer d'investiguer. Mais ces points positifs ne doivent, en aucun cas, inciter à recommander à une personne abstinente de se mettre à boire.

Etude d'ensemble Global study

51144

FASCICULE

DANET (S.)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

L'état de santé de la population en France.

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2012/06 ; n° 805 : Pages : 8p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er805.pdf>

Les espérances de vie à la naissance et à 65 ans continuent de progresser en Europe. La France fait partie des pays où les femmes vivent le plus longtemps (84,8 ans), les hommes se situant dans la moyenne (78,2 ans). L'espérance de vie à 65 ans est en revanche la plus élevée, tant pour les femmes (22,8 ans) que pour les hommes (18,6 ans). Revers de la longévité, les femmes passent plus de temps avec des incapacités, dans un contexte d'isolement social plus marqué, soulignant l'importance des prises en charge sanitaires et sociales des maladies chroniques. Pour les hommes, le décalage observé entre les résultats très favorables de l'espérance de vie après 65 ans et ceux moins bons de l'espérance de vie à la naissance s'explique en partie par le poids des décès prématurés et souligne la nécessité de renforcer les politiques publiques de prévention et de promotion de la santé. Par catégorie sociale, les écarts d'espérance de vie à 35 ans sont également très marqués. Ils témoignent des effets combinés de comportements de santé, de niveaux d'exposition à des risques environnementaux et de conditions de travail différenciés entre groupes sociaux et soulignent l'intérêt d'une approche démographique et sociale dans l'analyse de l'état de santé de la population.

Mortalité

Mortality

MERLO (J.), VICIANA-FERNANDEZ (F.J.),
RAMIRO-FARINAS (D.)

Bringing the individual back to small-area variation studies: A multilevel analysis of all-cause mortality in Andalusia, Spain.

Rapporter la variation individuelle dans les études des petits territoires géographiques : une analyse multi-niveau de la mortalité toutes causes confondues en Andalousie, Espagne.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2012 : vol. 75 : n° 8 : 1477-1487.

Cote Irdes : P103

We performed a multilevel analysis (including individuals, households, census tracts, municipalities and provinces) on a 10% sample (N=230,978) from the Longitudinal Database of the Andalusian Population (LDAP). We aimed to investigate place effects on 8-year individual mortality risk. Moreover, besides calculating association (yielding odds ratios, ORs) between area socio-economic circumstances and individual risk, we wanted to estimate variance and clustering using the variance partition coefficient (VPC). We explicitly proclaim the relevance of considering general contextual effects (i.e. the degree to which the context, as a whole, affects individual variance in mortality risk) under at least two circumstances. The first of these concerns the interpretation of specific contextual effects (i.e. the association between a particular area characteristic and individual risk) obtained from multilevel regression analyses. The second involves the interpretation of geographical variance obtained from classic ecological spatial analyses. The so-called "ecological fallacy" apart, the lack of individual-level information renders geographical variance unrelated to the total individual variation and, therefore, difficult to interpret. Finally, we stress the importance of considering the familial household in multilevel analyses. We observed an association between percentage of people with a low educational level in the census tract and individual mortality risk (OR, highest v. lowest quintile=1.14; 95% confidence interval, CI 1.08-1.20). However, only a minor proportion of the total individual variance in the probability of dying was at the municipality (M) and census tract (CT) levels (VPC(M)=0.2% and VPC(CT)=0.3%). Conversely, the household (H) level appeared much

more relevant (VPC(H)=18.6%) than the administrative geographical areas. Without considering general contextual effects, both multilevel analyses of specific contextual effects and ecological studies of small-area variation may provide a misleading picture that overstates the role of administrative areas as contextual determinants of individual differences in mortality.

Obésité

Obesity

NEOVIUS (K.), REHNBERG (C.), RASMUSSEN (F.),
NEOVIUS (M.)

Lifetime productivity losses associated with obesity status in early adulthood: a population-based study of Swedish men.

Les pertes de productivité au cours de la vie associées à une obésité à l'entrée de l'âge adulte: une étude basée sur la population suédoise de sexe masculin.

APPLIED HEALTH ECONOMICS AND HEALTH POLICY

2012 : vol. 10 : n° 5 : 309-317.

Cote Irdes : P181

Background: Obesity is a well-known risk factor for sick leave, disability pension and premature death. Obesity is therefore presumably related to increased productivity losses. Objective: The aim of this study was to estimate the lifetime productivity losses to society associated with obesity status. Methods: This study was based on a 38-year follow-up of a nationwide cohort of 45 920 Swedish men performing mandatory military conscription tests at age 18.7 +/- 0.5 years. Body mass index (BMI) based on measured height and weight at the time of military conscription tests was used to define underweight (<18.5 kg/m²), normal weight (18.5-24.9 kg/m²), overweight (25.0-29.9 kg/m²) and obesity (>=30.0 kg/m²). Data on sick leave, disability pension and premature death were retrieved from national registers. The calculations were adjusted for socioeconomic index, smoking and muscular strength. Results: Using the human capital approach, the lifetime productivity losses were calculated as 55.6 (95% CI 50.7, 62.0) x &U20AC;1000 and 55.6 (95% CI 50.9, 61.4) x &U20AC;1000 for underweight and normal weight, respectively, and 72.6 (95% CI 66.3, 80.7) x &U20AC;1000 and 95.4 (95% CI 89.0, 102.9) x

&U20AC;1000 for overweight and obesity, respectively. If using the friction cost method instead, the estimated productivity losses were reduced by about 80%. Conclusion: Obesity is associated with almost twice as high productivity losses to society as for normal weight over a lifetime. These costs are important to include in health economic analyses of obesity intervention programmes in order to ensure an effective allocation of resources from a societal perspective.

Santé mentale Mental health

50959

ARTICLE
HENCKES (N.)

Quel statut pour la maladie mentale dans la société française ?

La santé, quel bilan ?

CAHIERS FRANCAIS

2012/07-08 ; n° 369 : Pages : 60-64

Cote Irdes : A4378

Malgré leur omniprésence, les maladies mentales demeurent mal connues quant à leurs mécanismes et leurs définitions nourrissent d'âpres débats. Une même âpreté caractérise la contestation de la place occupée en France par la psychanalyse, suite au nouvel essor des neurosciences. La politique territoriale de la maladie mentale et sa prise en charge enregistrent aussi des évolutions, les découpages de la sectorisation psychiatrique étant contestés au profit de réseaux plus larges mieux accordés aux bassins de population. On constate par ailleurs une prise en compte accrue des malades psychiatriques dans les politiques sociales et sanitaires, et cet article insiste enfin sur le statut de la maladie mentale, devenue aujourd'hui un vecteur privilégié de la souffrance et de la conflictualité sociale.

Santé perçue Self-reported health.

50838

ARTICLE
SCHNEIDER (U.), PFARR (C.), SCHNEIDER (B.S.),
ULRICH (V.)

I feel good! Gender differences and reporting heterogeneity in self-assessed health.

Je me sens bien ! Hétérogénéité selon le sexe dans la déclaration de la santé perçue.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2012/06 ; vol. 13 : n° 3 : Pages : 251-265, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P151

For empirical analysis and policy-oriented recommendations, the precise measurement of individual health or well-being is essential. The difficulty is that the answer may depend on individual reporting behaviour. Moreover, if an individual's health perception varies with certain attitudes of the respondent, reporting heterogeneity may lead to index or cut-point shifts of the health distribution, causing estimation problems. An index shift is a parallel shift in the thresholds of the underlying distribution of health categories. In contrast, a cut-point shift means that the relative position of the thresholds changes, implying different response behaviour. Our paper aims to detect how socioeconomic determinants and health experiences influence the individual valuation of health. We analyse the reporting behaviour of individuals on their self-assessed health status, a five-point categorical variable. Using German panel data, we control for observed heterogeneity in the categorical health variable as well as unobserved individual heterogeneity in the panel estimation. In the empirical analysis, we find strong evidence for cut-point shifts. Our estimation results show different impacts of socioeconomic and health-related variables on the five categories of self-assessed health. Moreover, the answering behaviour varies between female and male respondents, pointing to gender-specific perception and assessment of health. Hence, in case of reporting heterogeneity, using self-assessed measures in empirical studies may be misleading and the information needs to be handled with care.

Tabagisme Smoking

OKECHUKWU (C.), BACIC (J.), CHENG (K.W.),
CATALANO (R.)

Smoking among construction workers: The nonlinear influence of the economy, cigarette prices, and antismoking sentiment.

*Le tabagisme chez les travailleurs du bâtiment:
L'influence non linéaire de l'économie, du prix des
cigarettes et du sentiment anti-tabac.*

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2012 : vol. 75 : n° 8 : 1379-1386.

Cote Irdes : P103

Little research has been conducted on the influence of macroeconomic environments on smoking among blue-collar workers, a group with high smoking prevalence and that is especially vulnerable to the effects of changing economic circumstances. Using data from 52,418 construction workers in the Tobacco Use Supplement to the United States Current Population Survey, we examined the association of labor market shock, cigarette prices, and state antismoking sentiments with smoking status and average number of cigarettes smoked daily. Data analysis included the use of multiple linear and logistic regressions, which employed the sampling and replicate weights to account for sampling design. Unemployed, American-Indian, lower-educated and lower-income workers had higher smoking rates. Labor market shock had a quadratic association, which was non-significant for smoking status and significant for number of cigarettes. The association of cigarette prices with smoking status became non-significant after adjusting for state-level antismoking sentiment. State-level antismoking sentiment had significant quadratic association with smoking status among employed workers and significant quadratic association with number of cigarettes for all smokers. The study highlights how both workplace-based smoking cessation interventions and antismoking sentiments could further contribute to disparities in smoking by employment status.

Travail et santé Occupational health

51578

ARTICLE

KIVIMAKI (M.), NYBERG (S.T.), BATTY (D.G.), et
al.

Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta- analysis of individual participant data.

*Considérer le stress au travail comme un
facteur de risque de survenue d'une maladie
coronarienne : une méta-analyse réalisée en
commun sur des données individuelles.*

THE LANCET

2012/09/15 ; ages : 7p.

Cote Irdes : C, en ligne

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60994-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60994-5)

Investigators have examined the role of psychological factors, such as personality type, cognition, and psychological stress, in the cause of coronary heart disease. Of these factors, psychosocial stress is the most commonly investigated. Job strain—the combination of high job demands and low control at work—is one of the most widely studied definitions of psychosocial stress. Although some studies have shown that job strain is associated with a more than doubling in risk of coronary heart disease, findings from a meta-analysis of cohort studies suggest that this excess risk is probably modest, at about 40%. Moreover, the importance of job strain as a risk factor for coronary heart disease continues to be debated because of several methodological shortcomings. The first limitation is publication bias—ie, studies with significant results in the expected direction are more likely to be published and cited in scientific literature than are those with non-significant findings. Second, in studies of working hours (job demand), evidence shows that people spontaneously reduce their hours in the years before cardiac events, probably as a response to symptoms of advanced underlying disease. This action could result in perceptions of reduced job demands, which might contribute to reverse causation bias—ie, coronary heart disease affects levels of stress, rather than vice-versa. Exclusion from analysis of coronary heart disease events that occur in the first years of follow-up can reduce such bias, but few studies have been sufficiently powered to do this analysis. We did a collaborative meta-analysis of individual partici-

pant data from published and unpublished studies of job strain and coronary heart disease to address the limitations of previous studies and the discordant evidence base.

51577

ARTICLE

CHOUANIERE (D.), COHIDON (C.), EDEY
GAMASSOU (C.), et al.

**Expositions psychosociales et santé : état
des connaissances épidémiologiques**

DOCUMENTS POUR LE MEDECIN DU TRAVAIL

2011 ; n° 127 : Pages : 509-517, fig

Cote Irdes : C, en ligne

De nombreuses études épidémiologiques portent sur les relations entre les conditions de travail et l'état de santé (maladies cardiovasculaires, troubles musculo-squelettiques, santé mentale, stress chronique, atteintes immunitaires). Cet article a pour objectif de faire une synthèse, sous forme d'un tableau, sur les liens bien établis, ceux qui le sont moins et ceux qui ne sont pas encore étudiés.

50939

FASCICULE, INTERNET

DUGUET (E.), LE CLAINCHE (C.)

Centre d'Etudes et de l'Emploi. (C.E.E.). Paris. FRA

**L'impact d'événements de santé non liés
au travail sur le devenir professionnel.**

CONNAISSANCE DE L'EMPLOI : LE 4 PAGES DU CEE

2012/04 ; n° 91 : Pages : 4p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

http://www.cee-recherche.fr/fr/connaissance_emploi/91-impact-evenements-sante-travail-professionnel.pdf

Pour apprécier les conséquences d'un accident ou d'une maladie chronique non liés aux conditions de travail sur le parcours professionnel, l'enquête Santé, Itinéraires Professionnels apporte de précieuses données longitudinales. Une série de traitements statistiques et économétriques fait alors apparaître que les événements de santé non professionnels pénalisent plutôt les personnes les moins formées. Déjà fragilisées sur le marché du travail, celles-ci passent plus souvent de l'emploi à l'inactivité, alors que les individus possédant un niveau d'éducation secondaire ou supérieur restent davantage en emploi. Ce constat peut s'expliquer par le fait que les individus disposant d'un plus faible niveau de formation initiale ont moins accès aux soins et

que leurs conditions de travail sont moins aisément compatibles avec les contraintes liées à leur état de santé. D'où la nécessité de développer des politiques améliorant la réinsertion dans l'emploi par l'aménagement des conditions de travail ou l'accès à des formations de reconversion.

50937

ARTICLE

VOLKOFF (S.), COUTROT (T.), MOLINIE (A.F.) et al.

DESRIEAUX (F.) / éd.

S'émanciper de la religion du chiffre.

SANTE & TRAVAIL

2012/07 ; n° 79 : Pages : 25-40

Cote Irdes : P205

En une vingtaine d'années, la religion du chiffre dans le domaine de la santé au travail s'est imposée et il est impossible aujourd'hui d'aborder un problème sans aligner d'abord une série de tableaux chiffrés. Or autant les grandes enquêtes nationales et européennes sur les conditions de travail ont fait progresser les connaissances et le débat social, autant il est permis de douter que la production de données au niveau local ait les mêmes vertus. Ce style d'enquêtes risque d'être improductif. Avant de se lancer dans une enquête chiffrée, il faut bien réfléchir à l'utilisation qui en sera faite, puis préserver, tout au long de la démarche, la confrontation des points de vue.

LANG (J.), OCHSMANN (E.), KRAUS (T.), LANG (J.W.)

**Psychosocial work stressors as
antecedents of musculoskeletal problems:
A systematic review and meta-analysis of
stability-adjusted longitudinal studies.**

Facteurs de stress psychosociaux liés au travail en tant qu'antécédents de troubles musculo-squelettiques: une revue systématique et une méta-analyse de stabilité corrigée des études longitudinales.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2012 : vol. 75 : n° 7 : 1163-1174.

Cote Irdes : P103

Although the relationship between psychosocial workplace conditions and musculoskeletal problems has been extensively studied, the causal impact of psychosocial workplace factors in the development of musculoskeletal problems remains unclear.

The purpose of the present study was to conduct a systematic review of baseline-adjusted prospective longitudinal studies estimating the lagged effect of psychosocial risk factors on musculoskeletal problems in industrialized work settings. A literature review was conducted by searching the MEDLINE, EMBASE, and PsychINFO databases dated until August 2009. The authors classified studies into categories of psychological work stressors and musculoskeletal problems. Available effect sizes were converted to odds ratios (OR). ORs were then pooled for each stressor-problem relationship using a random-effects model. Additionally, the possibility of publication bias was assessed with the Duval and Tweedie nonparametric "trim and fill" procedure. In total, 50 primary studies fulfilled inclusion criteria. Within these studies at least five effect sizes were available for 23 of the 45 possible psychosocial work stress-musculoskeletal problems relationships, leaving 9 psychosocial variables and four musculoskeletal problem areas for analyses. Of these 23 relationships, pooled OR estimates were positive and significant ranging from 1.15 to 1.66 with the largest pooled OR estimating the relationship between highly monotonous work and lower back pain. The lagged effect of low social support on lower limb problems was the only effect size for which the statistical test for bias was significant. Most psychosocial stressors had small but significant lagged effects on the development of musculoskeletal problems. Thus, organizational interventions to minimize these stressors may be promising in reducing one risk factor for the development of employee musculoskeletal problems.

SCHIMMEL (J.), STAPOLETON (D.C.)

The financial repercussions of new work-limiting health conditions for older workers.

Les répercussions financières des nouvelles conditions d'aptitude médicale qui limitent l'accès au travail des travailleurs âgés.

INQUIRY

2012 : vol. 49 : n° 2 : 141-163.

Cote Irdes : P34

This analysis used propensity score matching to construct a comparison sample that is observationally similar at baseline interview to older workers who later experience the onset of a medical condition that limits their ability to work. Using these

matched onset and comparison samples, we studied trajectories in earnings and income around onset of the work limitation. Earnings two years after onset for the work-limitation group were 50% lower and poverty rates were nearly double. Income from unemployment insurance, workers' compensation, and retirement and disability benefits offset only a small amount of the earnings declines, resulting in decreased overall household income after onset of the work-limiting condition.

OLIVA-MORENO (J.).

Loss of labour productivity caused by disease and health problems: what is the magnitude of its effect on Spain's Economy?

Perte de productivité au travail causée par la maladie ou par des problèmes de santé : quelle est l'ampleur de ses effets sur l'économie espagnole ?

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS 2012 : vol. 13 : n° 5 : 605-614.

Cote Irdes : P151

The aim of this study is to estimate the economic impact of the non-medical costs of diseases and accidents in Spain. Its main premise sustains the idea that in addition to the number of deaths, the loss of quality of life and the pain suffered by patients and their family members as a result of diseases and accidents, there are other indicators that provide us with a better understanding of their socioeconomic impact. Our analysis provides estimates of the loss of labour productivity in Spain as a result of health problems in 2005. Our main finding suggests an estimated loss amounting to over 37,969 millions euros, of which 9,136 millions euros are due to premature deaths, 18,577 millions to permanent disability and 10,255 millions to temporary disability. The loss in labour productivity due to accidents and health problems was estimated to a figure equivalent to nearly 4.2% of the Gross Domestic Product of Spain in 2005. This study underscores the strong economic impact of non-medical costs of diseases. In addition, it stresses the need for better information systems for collecting data that is relevant to the topic at hand.

BOTTICELLO (A.L.), CHEN (Y.), TULSKY (D.S.)

Geographic variation in participation for physically disabled adults: The contribution of area economic factors to employment after spinal cord injury.

Variabilité géographique dans la participation des adultes handicapés physique au marché du travail : la contribution des facteurs économiques au retour à l'emploi après un accident de la moelle épinière.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2012 : vol. 75 : n° 8 : 1505-1513.

Cote Irdes : P103

This study investigates the role of area economic characteristics in predicting employment—a key aspect of social participation for adults with physical disabilities—using data from a national registry of persons with spinal cord injury (SCI). SCI results in chronic impairment and most commonly occurs during young adulthood when working is a key aspect of the adult social role. Geocoded data were collected from two of the 14 SCI Model Systems (SCIMS) centers involved in the National SCIMS database and used to link individual-level data with area-level measures extracted from the 2000 US Census. The analysis included participants of working-age (18-64 years) and living in the community (N=1013). Hierarchical generalized linear modeling was used to estimate area-level variation in participation and the relative contribution of area-level economic indicators, adjusted for individual-level health, functioning, and background characteristics. The likelihood of employment for adults with SCI varied by area and was associated with area SES and urbanicity, but not area unemployment. These findings suggest that variation in area economic conditions may affect the feasibility of employment for persons who experience chronic physical disability during adulthood, thus limiting full participation in society.

Personnes âgées / Elderly

Assurance dépendance Dependence allowances

50958

ARTICLE

LE BIHAN-YOUIYOU (B.)

La création d'un cinquième risque dépendance : où en est-on ?

La santé, quel bilan ?

CAHIERS FRANCAIS

2012/07-08; vol.: n° 369: Pages: 54-59

Cote Irdes: A4378

L'allongement de la durée de vie fait que la question de la dépendance est un enjeu majeur de santé publique. En France – où l'investissement des pouvoirs publics est réel quoique insuffisant – on constate la diversité des dispositifs et celle des secteurs d'intervention concernés. Malgré certaines apparences, il n'y a pas de véritable système assurantiel en matière de dépendance et les propositions de réforme ont plutôt visé à bâtir un système mixte associant la famille, le secteur public et le secteur privé. Des questions comme la récupération éventuelle par l'Etat des dépenses sur la succession des personnes âgées dépendantes ou celle des modalités de souscription d'une assurance privée sont au centre des réflexions. Prévue pour 2011, la réforme de la dépendance a été finalement repoussée pour des raisons économiques, ce qui relance le débat de la création d'une assurance sociale.

Capital social Social capital

SIRVEN (N.), DEBRAND (T.)

Social capital and health of older Europeans: Causal pathways and health inequalities.

*Capital social et santé des européens âgés:
relations causales et inégalités de santé.*

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2012: vol. 75: n° 7: 1288-1295.

Cote Irdes: P103

This study uses a time-based approach to examine the causal relationship (Granger-like) between health and social capital for older people in Europe. We use panel data from waves 1 and 2 of SHARE (the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe) for the analysis. Additional wave 3 data on retrospective life histories (SHARELIFE) are used to model the initial conditions in the model. For each of the first 2 waves, a dummy variable for involvement in social activities (voluntary associations, church, social clubs, etc.) is used as a proxy for social capital as involvement in Putnamesque associations; and seven health dichotomous variables are retained, covering a wide range of physical and mental health measures. A bivariate recursive Probit model is used to simultaneously investigate (i) the influence of baseline social capital on current health - controlling for baseline health and other current covariates, and (ii) the impact of baseline health on current participation in social activities - controlling for baseline social capital and other current covariates. As expected, we account for a reversed causal effect: individual social capital has a causal beneficial impact on health and vice-versa. However, the effect of health on social capital appears to be significantly higher than the social capital effect on health. These results indicate that the sub-population reaching 50 years old in good health has a higher propensity to take part in social activities and to benefit from it. Conversely, the other part of the population in poor health at 50, may see their health worsening faster because of the missing beneficial effect of social capital. Social capital may therefore be a potential vector of health inequalities for the older population.

Conditions de vie Lifestyle

51268

ARTICLE

GAYMU (J.), SPRINGER (S.)

Vivre seul ou en couple: quelle influence sur la satisfaction de vie des hommes et des femmes âgées en Europe ?

POPULATION

2012; vol. 67: n° 1: Pages: 45-74, tabl., fig.

Cote Irdes: P27/1

http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1600/publi_pdf1_popf.1.gaymu.2012.pdf

Cet article étudie l'influence des conditions de vie sur la satisfaction de la vie des hommes et des femmes de plus de 60 ans dans une dizaine de pays européens à partir des données de l'enquête européenne SHARE 2004 (vague 1). Qu'elles vivent seules ou en couple, les femmes se déclarent un peu moins souvent satisfaites de la vie que les hommes. Des analyses multivariées montrent que, selon la situation résidentielle, les différences ne sont pas de même nature. Toutes choses égales par ailleurs, les femmes en couple continuent à être moins souvent satisfaites de la vie que les hommes, mais les facteurs déterminants de leur bien-être sont proches. En cas d'isolement résidentiel, le constat est inverse: le sexe n'a plus d'incidence sur le degré de satisfaction de la vie mais il influence ses déterminants; le fait d'être propriétaire et, dans une moindre mesure, le niveau de revenu et la qualité de l'environnement, jouent sur le bien-être subjectif des femmes, l'existence d'un enfant sur celui des hommes. La satisfaction de la vie des femmes âgées est plus fortement modelée par le contexte socioculturel que celle des hommes. Celles qui vivent seules ont des sources de bien-être différentes selon qu'elles habitent au Nord ou au Sud de l'Europe. Les contrastes apparaissent, pour l'essentiel, dans l'articulation entre rôles familiaux et situation économique.

Fragilité
Frailty

51036

ARTICLE

MICHEL (H.)

La notion de fragilité des personnes âgées : apports, limites et enjeux d'une démarche préventive.

RETRAITE ET SOCIETE

2012/02; n° 62: Pages: 174-181

Cote Irdes: C, P63

Cet article fait le point sur la notion de fragilité des personnes âgées. Il procède par étapes en distinguant ces principaux éléments de définition et

instruments de mesure, avant d'évoquer quelques enjeux liés à cette notion.

NICHOLSON (C.), MEYER (J.), FLATLEY (M.), HOLMAN (C.), LOWTON (K.)

Living on the margin: Understanding the experience of living and dying with frailty in old age.

Vivre à la marge : comprendre la vie et le décès des personnes âgées présentant un état de fragilité.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2012; vol. 75: n° 8: 1426-1432.

Cote Irdes: P103

Within policy and practice there is an increasing interest in the care of frail elders. However understanding of the experience and challenges of living and dying with frailty in older age is currently undeveloped. Frailty is often used as a synonym for the increasing infirmities that accompany ageing and the slow dwindling dying trajectory of many elders. However, there is little empirical work on the experience of being frail to inform social gerontological perspectives and welfare provision. Through analysis of repeated in-depth interviews over 17 months (2006-2008) with 17 frail elders living at home in the U.K., key factors that shape elders' experience of being frail emerged. The study argues that the visible markers of functional limitations and the increasing social losses of old age bring finitude to the fore. To retain anchorage in this state of imbalance, frail elders work actively to develop and sustain connections to their physical environment, routines and social networks. This experience can be conceptualised as persistent liminality; a state of imbalance "betwixt and between" active living and clinically recognised dying. This paper highlights the precarious and often protracted dying trajectory of frail older people. Whilst it could be argued that developing into death in older age is part of a normal and successful course after a life long-lived, recognition of and support for older people deemed frail is lacking. Frail elders find themselves living in the margin between the Third and Fourth Age with little recognition of or support for the work of living and dying over time. This experience of frailty contests dominant cultural and welfare practices and policy frameworks that operate in binary modes: social or health; independent or dependent; living or dying.

Hospitalisation Hospitalization

51187

ARTICLE

DRAME (M.), LANG (P.O.), NOVELLA (J.L.), NARBÉY (D.), MAHMOUDI (R.), LANIECE (I.), SOMME (D.), GAUVAIN (J.B.), HEITZ (D.), VOISIN (T.), DE WAZIERES (B.), GONTHIER (R.), ANKRI (J.), SAINT JEAN (O.), JEANDEL (C.), COUTURIER (P.), BLANCHARD (F.), JOLLY (D.)

Six month outcome of elderly people hospitalized via the emergency department: The SAFES cohort.

Devenir à six mois de personnes âgées hospitalisées en urgence : la cohorte SAFES.

REVUE D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET DE SANTÉ PUBLIQUE

2012/06; vol. 60: n° 3: Pages: 189-196

Cote Irdes: C, P11

L'objectif de ce travail était d'identifier les facteurs prédictifs d'institutionnalisation et de décès au cours des six mois ayant suivi l'admission en urgence. L'étude a été réalisée à partir d'une cohorte française (SAFES) composée de sujets âgés de 75 ans ou plus admis dans un service de court séjour de médecine. Étaient recueillies des données sociodémographiques et d'évaluation gériatrique standardisée. Les événements analysés par une régression de Cox étaient l'institutionnalisation et la mortalité dans les six mois ayant suivi l'admission aux urgences. Les taux bruts d'institutionnalisation et de décès étaient de 18% et 24%, respectivement. Les marqueurs indépendants de risque d'entrée en institution étaient: le fait de vivre seul (HR = 1,83; IC 95 % = 1,27-2,62), un nombre d'enfants plus élevé (HR = 0,86; IC 95 % = 0,78-0,96), les troubles de l'équilibre (HR = 1,72; IC 95 % = 1,19-2,47), le risque de malnutrition (HR = 1,93 ; IC 95 % = 1,24-3,01) et l'existence d'un syndrome démentiel (HR = 1,88 ; IC 95 % = 1,32-2,67). Les facteurs qui étaient significativement liés à la mortalité au cours des six mois concernaient: un risque de malnutrition (HR = 1,92 ; IC 95 % = 1,17-3,16), un syndrome confusionnel (HR = 1,80; IC 95 % = 1,24-2,62) et un niveau élevé de comorbidité (HR = 1,62 ; IC 95 % = 1,09-2,40). L'institutionnalisation (HR = 1,92 ; IC 95 % = 1,37-2,71) et la réhospitalisation (HR = 4,47 ; IC 95 % = 3,16-6,33) au cours du suivi étaient aussi des facteurs indépendants de mortalité. En conclusion, la

plupart des facteurs prédictifs du devenir à six mois identifiés sont modifiables par une approche globale et multidisciplinaire (médicale et non médicale). Leur identification précoce et leur prise en charge permettrait de modifier favorablement le pronostic des personnes âgées fragiles (Résumé d'auteur).

Soins informels Informal care

50842

ARTICLE

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

Formal and informal care for disabled elderly living in the community: an appraisal of French care composition and costs.

Soins formels et informels prodigués aux personnes âgées handicapées vivant à domicile: une évaluation des coûts de la composition des soins en France.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2012/06; vol. 13: n° 3: Pages: 327-336, tabl., graph., fig.

Cote Irdes: P151

Choices between formal and informal care for disabled elderly people living at home are a key component of the long-term care provision issues faced by an ageing population. This paper aims to identify factors associated with the type of care (informal, formal, mixed or no care at all) received by the French disabled elderly and to assess the care's relative costs. This paper uses data from a French survey on disability; the 3,500 respondents of interest lived at home, were aged 60 and over, had severe disability and needed help with activities of daily living. We use a multinomial probit model to determine factors associated with type of care. We also assess the cost of care with the help of the proxy good method. One-third of disabled elderly people receive no care. Among those who are helped, 55% receive informal, 25% formal, and 20% mixed care. Low socioeconomic status increases difficulties in accessing formal care. The estimated economic value of informal care. Public policies should pay more attention to inequalities in access to community care. They also should better support informal care, through respite care or workplace accommodations (working hours rescheduling or reduction for instance) not detrimental for the career of working caregivers.

50755

FASCICULE

BONNET (C.), CAMBOIS (E.), CASES (C.), GAYMU (J.)

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

La dépendance: aujourd'hui l'affaire des femmes, demain davantage celle des hommes?

POPULATION ET SOCIÉTÉS

2011/11; n° 483: Pages: 4p., fig.

Cote Irdes: C, P27/2

http://www.ined.fr/fichier/t_publication/1564/publi_pdf1_483.pdf

L'avancée en âge s'accompagne d'une augmentation des risques de perte d'autonomie, avec pour corollaire l'accroissement des situations de dépendance, nécessitant une aide. Du fait de leur surnombre, parce qu'elles vivent plus longtemps que les hommes et sont plus souvent qu'eux en situation de dépendance aux grands âges, les femmes sont aujourd'hui les principales bénéficiaires de l'aide à domicile. Elles sont également les principales pourvoyeuses d'aide au sein de la famille: ce sont essentiellement elles qui se mobilisent pour aider leurs parents et conjoint. Dans les décennies à venir, la population âgée va s'accroître et les hommes y seront plus nombreux parmi les dépendants et les aidants potentiels. Observera-t-on alors un rééquilibrage des rôles familiaux, et de quel type ? Le développement de l'aide professionnelle à domicile ? Une prise en charge individuelle ou collective de ces coûts ? (Résumé d'auteur).

Inégalités de santé / Health inequalities

Accès aux soins

Health care accessibility

50734

FASCICULE

LESNE (N.), QUEROUIL (O.), LALANDE (M.) et al.

Non au sabotage ! l'accès aux soins en danger.

PRATIQUES : LES CAHIERS DE LA MEDECINE UTOPIQUE

2012/04 ; vol. : n° 57 : Pages : 93p., fig.

Cote Irdes : B7108

Les inégalités progressent partout et dans tous les domaines. En matière de santé, les mesures prises restreignent les possibilités d'accès aux soins. Ce numéro montre, au travers des observations et des pratiques des auteurs, l'état des lieux des institutions soignantes en France. Les conséquences sont dévastatrices pour la santé des personnes qui n'ont plus les moyens de payer leurs soins. Comment et pourquoi le système solidaire, qui protégeait les plus fragiles, a-t-il été saboté ? A la faveur de ces analyses et de « la dignité de penser » dont Roland Gori parle dans la rubrique Idées, ce document tente de comprendre les mécanismes qui ont amené à ce recul flagrant. Malgré les difficultés qui entravent leur pratique, les soignants continuent d'accueillir et de soigner au mieux les patients. Afin de contourner les difficultés, des expériences nouvelles fleurissent dans la jungle de la « crise ».

Données chiffrées

Statistical data

51493

FASCICULE

Alternatives Economiques. Paris. FRA

Les inégalités en France.

ALTERNATIVES ECONOMIQUES

2012 ; 56 ; Hors série: Pages : 160p., index

Cote Irdes : A4386

Les inégalités et les discriminations font aujourd'hui l'objet de toutes les attentions. Diversité, égalité des chances, parité : les mots du discours public leur

donnent une large place. Mais, au-delà des mots, que sait-on vraiment des inégalités ? Ce hors-série poche d'Alternatives Economiques se fonde sur le travail réalisé depuis bientôt dix ans par l'Observatoire des inégalités. Il réunit ainsi toutes les informations et statistiques sur le sujet, puisées aux meilleures sources et accompagnées des analyses des meilleurs spécialistes.

Facteurs socio-économiques

Socio-economic factors

AITTOMAKI (A.), MARTIKAINEN (P.),
LAAKSONEN (M.), LAHELMA (E.), RAHKONEN
(O.)

Household economic resources, labour-market advantage and health problems - A study on causal relationships using prospective register data.

Ressources économiques du ménage, avantage du marché du travail et problèmes de santé – Une étude sur les causes de cette relation à partir d'un registre de données prospectives.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2012 : vol. 75 : n° 7 : 1303-1310.

Cote Irdes : P103

Our aim was to find out whether the associations between health and both individual and household economic position reflected a causal effect on health of household affluence and consumption potential. We attempted to separate this effect from health-selection effects, in other words the potential effect of health on economic position, and from various effects related to occupational position and prestige that might correlate with the economic indicators. We made a distinction between individual labour-market advantage and household economic resources in order to reflect these theoretical definitions. Our aim was to test and compare two hypotheses: 1) low household economic resources lead to an increase in health problems later on, and 2) health problems are disadvantageous on the labour market, and consequently decrease the level of economic resources. We used prospective register data obtained from the databases of Statistics Finland

and constituting an 11-per-cent random sample of the Finnish population in 1993-2006. Health problems were measured in terms of sickness allowance paid by the Finnish Social Insurance Institution, household economic resources in terms of household-equivalent disposable income and taxable wealth, and labour-market advantage in terms of individual taxable income and months of unemployment. We used structural equation models ($n = 211,639$) to examine the hypothesised causal pathways. Low household economic resources predicted future health problems, and health problems predicted future deterioration in labour-market advantage. The effect of economic resources on health problems was somewhat stronger. These results suggest that accumulated exposure to low economic resources leads to increasing health problems, and that this causal mechanism is a more significant source of persistent health inequalities than health problems that bring about a permanent decrease in economic resources.

NOWATZKI (N.R.)

***Wealth inequality and health:
a political economy perspective.***

*Inégalité des richesses et santé : une perspective
d'économie politique.*

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH SERVICES

2012 : vol. 42 : n° 3 : 403-424.

Cote Irdes : P35

Despite a plethora of studies on income inequality and health, researchers have been unable to make any firm conclusions as a result of methodological and theoretical limitations. Within this body of research, there has been a call for studies of wealth inequality and health. Wealth is far more unequally distributed than income and is conceptually unique from income. This paper discusses the results of bivariate cross-sectional analyses of the relationship between wealth inequality (Gini coefficient) and population health (life expectancy and infant mortality) in 14 wealthy countries. The results confirm that wealth inequality is associated with poor population health. Both unweighted and weighted correlations between wealth inequality and health are strong and significant, even after controlling for a variety of potential aggregate-level confounders, including gross domestic product per capita, and after excluding the United States, the most unequal country. The results are strongest for female life expectancy and infant

mortality. The author outlines potential pathways through which wealth inequality might affect health, using specific countries to illustrate. The article concludes with policy recommendations that could contribute to a more equitable distribution of wealth and, ultimately, decreased health disparities.

SATO (A.)

***Does socio-economic status explain use
of modern and traditional health care
services?***

*Le statut socio-économique explique-t-il le
recours aux services de santé modernes et
traditionnels ?*

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2012 : vol. 75 : n° 8 : 1450-1459.

Cote Irdes : P103

Although socioeconomic status is acknowledged to be an important determinant of modern health care utilisation, most analyses to date have failed to include traditional systems as alternative, or joint, providers of care. In developing countries, where pluralistic care systems are common, individuals are likely to be using multiple sources of health care, and the order in which systems are chosen is likely to vary according to income. This paper uses self-collected data from households in Ghana and econometric techniques (biprobit modelling and ordered logit) to show that rising income is associated with modern care use whilst decreasing income is associated with traditional care use. When utilisation is analysed in order, results show rising income to have a positive effect on choice of modern care as a first provider, whilst choosing it second, third or never is associated with decreasing income. The effects of income on utilisation patterns of traditional care are stronger: as income rises, utilisation of traditional care as a first choice decreases. Policy should incorporate traditional care into the general utilisation framework and recognise that strategies which increase income may encourage wider utilisation of modern over traditional care, whilst high levels of poverty will see continued use of traditional care.

Immigration

Immigration

51516

ARTICLE, CONGRES
BERCHET (C.), JUSOT (F.)

Inégalités de santé liées à l'immigration et capital social : une analyse en décomposition.

31e journées des Economistes de la santé : L'économie de la santé : inégalités, prévention et offre de soins ; Rennes, 2009/12

ECONOMIE PUBLIQUE

2009/01-02 ; n° 24-25 : Pages : 73-100

Cote Irdes : P192

<http://economiepublique.revues.org/8476>

Cet article étudie la contribution du capital social à l'explication des différences d'état de santé entre la population immigrée et la population native en France à partir des données de l'Enquête santé protection sociale (ESPS) menée en 2006 et 2008. L'utilisation de la méthode de décomposition proposée par Fairlie montre que 38,7 % des différences d'état de santé entre les deux populations sont liées à une différence de distribution des caractéristiques observables. Alors que l'âge contribue négativement aux disparités de santé, les résultats indiquent que le capital social présente la contribution la plus importante (53,9 %) devant le revenu (42,5 %) et la profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) [16 %].

49749

ARTICLE
DROUOT (N.), TOMASINO (A.), PAUTI (M.D.),
CORTY (J.F.), LUMINET (B.), FAHET (G.), CAYLA (F.)

L'accès aux soins des migrants en situation précaire, à partir des données de l'Observatoire de Médecins du Monde : constats en 2010 et tendances principales depuis 2000.

Numéro thématique. Santé et recours aux soins des migrants en France.

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE

2012/01/17 ; n° 2-3-4 : Pages : 41-44

Cote Irdes : C, P140

<http://www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Derniers-numeros-et-archives/Archives/2012/BEH-n-2-3-4-2012>

Médecins du Monde (MdM) agit en France dans 30 villes et mène 103 programmes de promotion de la santé en centres fixes ou unités mobiles, auprès de populations fragiles en difficulté d'accès à la prévention et aux soins. Pour décrire le profil des publics reçus, témoigner des obstacles à l'accès aux soins et en mesurer les évolutions, MdM a mis en place, depuis 2000, un Observatoire de l'accès aux soins. Les centres fixes utilisent à cet effet un recueil de données commun renseigné pour chaque personne rencontrée. En 2010, les centres ont accueilli 28 160 personnes, et des données ont été recueillies pour 21 710 d'entre elles. Il y avait 92 % d'étrangers et 12% de mineurs. Leur profil socioéconomique est marqué par l'absence ou la précarité du logement, la grande faiblesse des ressources et une situation administrative précaire. Les trois-quarts peuvent en théorie disposer d'une couverture maladie, dont la moitié de l'Aide médicale de l'État (AME) réservée aux étrangers en situation irrégulière. Parmi les obstacles à l'accès aux soins principalement repérés : une méconnaissance des droits, la barrière linguistique, des difficultés administratives, des difficultés financières mais aussi la peur des arrestations. L'analyse des données met en évidence les besoins de suivi médical, alors qu'il s'agit de personnes dépourvues de couverture maladie. Les mineurs et les femmes enceintes ne sont pas épargnés. La complexité des dispositifs administratifs limitent l'accès aux soins. Aussi, dans un objectif de simplification, une fusion de l'AME et la CMU (Couverture maladie universelle) en un seul dispositif pour toutes les personnes résidant sur le territoire et vivant sous le seuil de pauvreté, a été proposée. Mais certaines politiques de sécurité et de lutte contre l'immigration clandestine, par la peur des arrestations qu'elles engendrent, éloignent les personnes des structures de santé et entravent le travail de prévention, de réduction des risques et d'accès aux soins. Ces contradictions devraient être levées dans l'intérêt individuel des personnes et collectif de santé publique (Résumé d'auteur).

Inégalités sociales de santé
Social health inequalities

51574

ARTICLE

MARMOT (M.), ALLEN (J.), BELLE (R.), et al.

WHO European review of social determinants of health and the health divide

Revue des déterminants sociaux de la santé dans la région Europe de l’OMS et du fossé dans le domaine de la santé.

THE LANCET

2012/09/15 ; vol. 380 : Pages : 1011–1029

Cote Irdes : C, en ligne

The European region has seen remarkable health gains in those populations that have experienced progressive improvements in the conditions in which people are born, grow, live, and work. However, inequities, both between and within countries, persist. The review reported here, of inequities in health between and within countries across the 53 Member States of the WHO European region, was commissioned to support the development of the new health policy framework for Europe: Health 2020. Much more is understood now about the extent, and social causes, of these inequities, particularly since the publication in 2008 of the report of the Commission on Social Determinants of Health. The European review builds on the global evidence and recommends policies to ensure that progress can be made in reducing health inequities and the health divide across all countries, including those with low incomes. Action is needed—on the social determinants of health, across the life course, and in wider social and economic spheres—to achieve greater health equity and protect future generations.

51080

ARTICLE, INTERNET

MACKENBACH (J.P.)

The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox.

La persistance des inégalités de santé dans les Etats-providence modernes : l’explication d’un paradoxe.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2012 ; vol. 75 : n° 4 : Pages : 761-769

Cote Irdes : En ligne

The persistence of socioeconomic inequalities in health, even in the highly developed ‘welfare states’ of Western Europe, is one of the great disappointments of public health. Health inequalities have not only persisted while welfare states were being built up, but on some measures have even widened, and are not smaller in European countries with more generous welfare arrangements. This paper attempts to identify potential explanations for this paradox, by reviewing nine modern ‘theories’ of the explanation of health inequalities. The theories reviewed are: mathematical artifact, fundamental causes, life course perspective, social selection, personal characteristics, neo-materialism, psychosocial factors, diffusion of innovations, and cultural capital. Based on these theories it is hypothesized that three circumstances may help to explain the persistence of health inequalities despite attenuation of inequalities in material conditions by the welfare state: (1) inequalities in access to material and immaterial resources have not been eliminated by the welfare state, and are still substantial; (2) due to greater intergenerational mobility, the composition of lower socioeconomic groups has become more homogeneous with regard to personal characteristics associated with ill-health; and (3) due to a change in epidemiological regime, in which consumption behavior became the most important determinant of ill-health, the marginal benefits of the immaterial resources to which a higher social position gives access have increased. Further research is necessary to test these hypotheses. If they are correct, the persistence of health inequalities in modern European welfare states can partly be seen as a failure of these welfare states to implement more radical redistribution measures, and partly as a form of ‘bad luck’ related to concurrent developments that have changed the composition of socioeconomic groups and made health inequalities more sensitive to immaterial factors. It is argued that normative evaluations of health inequalities should take these explanations into account, and that a direct attack on the personal, psychosocial and cultural determinants of health inequalities may be necessary to achieve a substantial reduction of health inequalities.

50955

ARTICLE
MENVIELLE (G.)

Les inégalités face à la santé en France.

La santé, quel bilan ?

CAHIERS FRANCAIS

2012/07-08 ; vol. : n° 369 : Pages : 37-42

Cote Irdes : A4378

Les inégalités en matière de santé sont d'ordre social et territorial. S'agissant des premières, il faut distinguer entre les déterminants structurels liés au contexte socioéconomique et les déterminants intermédiaires liés aux conditions matérielles d'existence, aux comportements, aux facteurs psychosociaux, biologiques ou génétiques. Pour les secondes, des niveaux de mortalité différents et des disparités dans l'offre de soins dessinent une carte de France contrastée. Si les caractéristiques socio-économiques de la population déterminent fortement la morbidité et la mortalité observées sur un territoire, elles dépendent pour partie aussi d'effets contextuels : équipements sportifs, offre alimentaire, densité médicale...

Relations intergénérationnelles *Intergenerational relationships*

51514

ARTICLE, CONGRES
TRANNOY (A.)

Inégalités de santé : le rôle des transmissions intergénérationnelles.

31e journées des Economistes de la santé : L'économie de la santé : inégalités, prévention et offre de soins ; Rennes, 2009/12

ECONOMIE PUBLIQUE

2009/01-02 ; n° 24-25 : Pages : 17-39

Cote Irdes : P192

<http://economiepublique.revues.org/8476>

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

SCODELLARO (C.), KHLAT (M.), JUSOT (F.)

Intergenerational financial transfers and health in a national sample from France.

Transferts financiers intergénérationnels et santé dans un échantillon national en France.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2012 : vol. 75 : n° 7 : 1296-1302.

Cote Irdes : P103

Financial transfers from parents to their adult children are a growing trend in contemporary societies, and this study investigates the relation of those transfers to their beneficiaries' health in France. In the 2005 nationally representative Gender and Generation Survey, nearly 6% of the subjects aged 25-49 years reported having received financial transfers during the last 12 months. Subjects who had achieved intergenerational upward mobility as well as those who had remained in the upper class were more likely to receive transfers, suggesting that parents rewarded those of their children who achieved most social success. After adjusting for a wide range of socio-demographic factors, subjects who had been given large transfers were much more likely to report very good health than subjects who had not been given anything. Findings were interpreted within the framework of sociological research on intergenerational transfers and that of lifecourse epidemiology.

Santé de l'enfant *Childhood sickness*

WARREN (J.R.), KNIES (L.), HAAS (S.),
HERNANDEZ (E.M.)

The impact of childhood sickness on adult socioeconomic outcomes: Evidence from late 19th century America.

L'impact des maladies pendant l'enfance sur l'état de santé à l'âge adulte. Evidence de l'Amérique de la fin du XIXe siècle.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2012 : vol. 75 : n° 8 : 1531-1538.

Cote Irdes : P103

We use family fixed-effects models to estimate the impact of childhood health on adult literacy, labor force outcomes, and marital status among pairs of white brothers observed as children in the 1880 U.S.

Census and then as adults in the 1900-1930 Censuses. Given our focus on the 19th century, we observed a wider array of infectious, chronic, and traumatic health problems than is observed using data that are more recent; our results thus provide some insights into circumstances in modern developing countries where similar health problems are more frequently observed. Compared to their healthy siblings, sick brothers were less likely to be located (and thus more likely to be dead) 20-50 years after their 1880 enumeration. Sick brothers were also less likely to be literate, to have ever been married, and to have reported an occupation. However, among those with occupations, sick and healthy brothers tended to do similar kinds of work. We discuss the implications of our results for research on the impact of childhood health on socioeconomic outcomes in developed and developing countries.

Géographie de la santé / Geography of health

Accessibilité spatiale Spatial accessibility

51087

ARTICLE, INTERNET
HOSSAIN (M.M.), LADIKTA (J.N.)

Using Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Conditions to Measure Access to Primary Health Care: an Application of Spatial Structural Equation Modeling.

Le recours l'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires comme indicateur de l'accès aux soins de santé primaires : une application de la modélisation par équations structurelles du territoire.

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH GEOGRAPHICS

2009; n°8 : 1-8, tabl., graph., fig., carte

Cote Irdes : en ligne

<http://www.ij-healthgeographics.com/content/8/1/51>

In data commonly used for health services research, a number of relevant variables are unobservable. These include population lifestyle and socio-economic status, physician practice behaviors, population tendency to use health care resources, and disease prevalence. These variables may be considered latent constructs of many observed variables. Using health care data from South Carolina, we show an application of spatial structural equation modeling to identify how these latent constructs are associated with access to primary health care, as measured by hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. We applied the confirmatory factor analysis approach, using the Bayesian paradigm, to identify the spatial distribution of these latent factors. We then applied cluster detection tools to identify counties that have a higher probability of hospitalization for each of the twelve adult ambulatory care sensitive conditions, using a multivariate approach that incorporated the correlation structure among the ambulatory care sensitive conditions into the model. For the South Carolina population ages 18 and over, we found that counties with high rates of emergency department visits also had less access to primary health care. We also observed that in those counties there are no com-

munity health centers. Locating such clusters will be useful to health services researchers and health policy makers; doing so enables targeted policy interventions to efficiently improve access to primary care.

51084

ARTICLE, INTERNET
McGRAIL (M.R.), HUMPHREYS (J.S.)

Measuring spatial accessibility to primary care in rural areas: Improving the effectiveness of the two-step floating catchment area method.

Mesure de l'accessibilité spatiale aux soins primaires en milieu rural : améliorer l'efficacité de la méthode des aires d'attraction flottantes à deux étapes.

APPLIED GEOGRAPHY

2009/10 ; vol. 29 : n° 4 : Pages : 533-541

Cote Irdes : En ligne

Quantifying spatial accessibility in relation to the provision of rural health services has proven difficult. This article critically appraises the two-step floating catchment area (2SFCA) method, a recent solution for measuring primary care service accessibility across rural areas of Victoria, Australia. The 2SFCA method is demonstrated to have two fundamental shortcomings – specifically the use of only one catchment size for all populations, and secondly the assumption that proximity is undifferentiated within a catchment (especially problematic when the catchment is large). Despite its advantages over simple population-to-provider ratios, the 2SFCA method needs to be used with caution.

51083

ARTICLE, INTERNET
NGAMINI NGUI (A.), VANASSE (A.)

Assessing spatial accessibility to mental health facilities in an urban environment.

Evaluer l'accessibilité spatiale aux services de santé mentale dans un environnement urbain.

SPATIAL AND SPATIO-TEMPORAL EPIDEMIOLOGY

2012/09 ; vol. 3 : n° 2 : Pages : 95-203

Cote Irdes : En ligne

Canadian provincial health systems are obligated to ensure access to health services for all citizens, based primarily on the principles of “universality” and “accessibility” which is enshrined in the Canada Health Act. Nevertheless, less than 40% of Canadian with mental health problems uses mental health services. Efforts to understand underutilization of mental health services have focused on individual and neighborhood characteristics. The aim of this study was to examine whether we could identify areas with mental health facilities shortage in the southwest of Montreal which may possibly explain disparities in access to mental health facilities. We applied the two-step floating catchment area method for our analyses. The results of our analysis show that mental health services are not equally distributed in the southwest of Montreal and in consequence, accessibility scores vary greatly from one DA to another. We model spatial accessibility to mental health services in an urban environment.

Aquitaine Aquitaine

50333

ARTICLE

HONTA (M.), HASCHAR-NOE (N.)

Les politiques préventives de santé publique à l'épreuve de la territorialisation : l'introuvable gouvernance régionale du Programme national nutrition santé en Aquitaine.

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

2011 ; vol. 29 : n° 4 : Pages : 33-62, rés.

Cote Irdes : C, P86

Alors que la multiplication d'acteurs impliqués dans le champ des politiques de santé publique érode la capacité d'action autonome de l'Etat, la territorialisation figure au titre des méthodes d'intervention qu'il privilégie désormais pour assurer la construction collective de l'action publique. Dans le cadre de l'opérationnalisation du Programme national nutrition santé (PNNS), le préfet de Région se voit ainsi confier la mission d'organiser le pilotage d'un partenariat multiniveaux avec les intervenants publics et privés intéressés par ce champ. Parce que l'exigence de coopération ne va jamais de soi, l'enjeu est d'apprécier les effets que produit le recours à ces participants dans la mise en oeuvre de ce pro-

gramme. En examinant ces modalités complexes de coproduction de l'action publique, il s'agit plus globalement de participer aux débats sur l'analyse des recomposition des modes d'intervention de l'Etat.

Contrats locaux de santé Local health contracts

51533

ARTICLE

Contrats locaux de santé : une dimension de proximité.

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE

2012/07-08 ; n° 45 : Pages : 24-29, carte

Cote Irdes : P204

Alors qu'un seul contrat local de santé était signé à Marseille à l'été 2011, près de 90 le sont aujourd'hui, très majoritairement en Ile-de-France. Dans les régions, les acteurs tentent d'approprier cet outil prévu par la loi HPST (Hôpital Patients Santé et Territoires) de 2009. L'objectif commun est de réduire les inégalités sociales de santé en organisant des actions sur les territoires donnés. Le financement de ces actions reste souvent une difficulté. Les objectifs et contenus des CLS sont très variables et adaptés aux problématiques locales.

Nord-Pas-de-Calais Nord-Pas-de-Calais

51428

INTERNET, FASCICULE

MALAIZE (V.), DESRIVIERRE (D.)

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

Les disparités territoriales de dépenses de santé dans le Nord-Pas-de-Calais au regard des facteurs démographiques, sanitaires et sociaux.

PAGES DE PROFILS

2012/06 ; n° 105 : Pages : 12p., tabl., graph., fig.

Cote Irdes : En ligne

http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/13709/1/P12_105.pdf

Dans la démarche d'élaboration de son plan stratégique, l'Agence régionale de santé du Nord-Pas-de-Calais a placé la lutte contre les inégalités de santé et la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé au cœur des politiques déclinées à l'échelon régional. Cette double ambition vise, d'une part, à améliorer les conditions sanitaires régionales en réduisant l'écart par rapport aux références nationales et, d'autre part, à dégager des marges de manœuvre financières pour pouvoir investir sur la santé. Une telle démarche nécessite de connaître les principaux déterminants de la demande de soins, de manière à expliquer les écarts de consommation entre territoires. Le Nord comme le Pas-de-Calais présentent une position spécifique : les dépenses de soins par habitant y sont plus élevées qu'en moyenne nationale, à la fois pour les soins de ville et pour les soins hospitaliers. Ce surcoût apparent trouve bien sûr son origine pour partie dans la situation sanitaire dégradée de la population régionale. Toutefois, pour les soins de ville, ce sont surtout des facteurs d'ordre social, ayant trait aux conditions de vie, à l'exclusion et à la pauvreté qui priment, en particulier dans le département du Nord. Les facteurs institutionnels d'offre sanitaire ont une influence plus modeste.

des compétences obligatoires très limitées dans le domaine de la santé, mais elles peuvent élaborer des politiques locales de santé dans le cadre de la clause de compétence générale. Quant à leur pouvoir de police, les communes sont tenues d'assurer la salubrité publique en s'appuyant sur un service communal d'hygiène et de santé, successeur des bureaux municipaux d'hygiène du début du XXe siècle. À partir d'une approche chronologique, il s'agit de mettre en évidence la complexité des relations entre les communes et l'État : les communes ne sont pas seulement le territoire d'application des politiques nationales, elles mettent en place des politiques locales de santé innovantes, qui peuvent influencer à leur tour les politiques nationales.

Politique locale

Local policy

50317

ARTICLE

LE GOFF (E.)

Ministère chargé de la Santé. Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Innovations politiques locales, régulation de l'État et disparités territoriales : un regard historique sur les politiques locales de santé dans les villes françaises (1879-2010).

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2011/10-12 ; n° 4 : Pages : 159-177

Cote Irdes : C, P59

La loi de santé publique du 9 août 2004 a réaffirmé le rôle de l'État dans la politique de santé publique. Les politiques de santé sont conçues à l'échelle nationale et mises en œuvre à l'échelle régionale. A priori, l'État ne permet pas aux communes de prendre des initiatives en matière de santé. Les communes ont

Soins de santé primaires / Primary health care

Centres et maisons de santé Community health centers

51531

ARTICLE

VAYSETTE (P.)

Pôles de santé pour le premier recours.

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE

2012/07-08 ; n° 45: Pages: 16-23

Cote Irdes: P204

Moins visibles que les maisons de santé, les pôles de santé connaissent également un essor. Pôles de santé et maisons de santé sont souvent imbriqués, les deux ayant comme fil conducteur la constitution d'équipes de soins de premier recours et associant plusieurs catégories de professionnels de santé, avec un objectif de coordination. Les pôles de santé sont parfois à l'origine de création de maisons de santé et vice versa.

51344

ARTICLE

Les maisons de santé en France en 2012, à partir d'une analyse d'une soixantaine de projets.

Travailler ensemble pour mieux soigner: pourquoi ? quand ? comment ?

REVUE PRESCRIRE

2012/07 ; n° 346: Pages: 620-625

Cote Irdes: P80

Depuis 2004, en France, des médecins généralistes libéraux et des infirmières salariées de l'association Asalée collaborent dans des cabinets médicaux pour la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques. Les infirmières prodiguent des consultations d'éducation thérapeutique et de prévention, et assurent le suivi des dossiers médicaux. Une étude médico-économique a montré une amélioration de la prise en charge des patients diabétiques de type 2, sans surcoût pour l'assurance maladie. Patients, infirmières, médecins semblent satisfaits de ce mode de coopération.

51343

ARTICLE

Les maisons de santé : beaucoup de bruit... pour quelque chose.

Travailler ensemble pour mieux soigner: pourquoi ? quand ? comment ?

REVUE PRESCRIRE

2012/07 ; n° 346: Pages: 614-619

Cote Irdes: P80

Après un rappel sur le concept de maison de santé, cet article fait une évaluation à la fois quantitative et qualitative des maisons de santé en France en 2012.

50897

ARTICLE, INTERNET

NOCON (R.S.), SHARMA (R.), BIRNBERG (J.M.) et al.

Association Between Patient-Centered Medical Home Rating and Operating Cost at Federally Funded Health Centers.

L'association entre la notation en tant que maisons de santé pluridisciplinaires et le coût d'exploitation des centres de santé financés par l'Etat fédéral.

JAMA JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

2012/07/04 ; vol. 308: n° 1: Pages: 60-66, tabl.

Cote Irdes: En ligne

Little is known about the cost associated with a health center's rating as a patient-centered medical home (PCMH). To determine whether PCMH rating is associated with operating cost among health centers funded by the US Health Resources and Services Administration, a cross-sectional study of PCMH was carried out to rating and operating cost in 2009. PCMH rating was assessed through surveys of health center administrators conducted by Harris Interactive of all 1009 Health Resources and Services Administration-funded community health centers. The survey provided scores from 0 (worst) to 100 (best) for total PCMH score and 6 subscales: access/communication, care management, external coordination, patient tracking, test/referral tracking, and quality improvement. Costs were obtained from the Uniform Data System reports submitted to the Health Resources and Services Administration. We used generalized linear models to determine the re-

relationship between PCMH rating and operating cost. Operating cost per physician full-time equivalent, operating cost per patient per month, and medical cost per visit. Six hundred sixty-nine health centers (66%) were included in the study sample, with 340 excluded because of nonresponse or incomplete data. Mean total PCMH score was 60 (SD, 12; range, 21-90). For the average health center, a 10-point higher total PCMH score was associated with a \$2.26 (4.6%) higher operating cost per patient per month (95% CI, \$0.86-\$4.12). Among PCMH subscales, a 10-point higher score for patient tracking was associated with higher operating cost per physician full-time equivalent (\$27,300; 95% CI, \$3,047-\$57,804) and higher operating cost per patient per month (\$1.06; 95% CI, \$0.29-\$1.98). A 10-point higher score for quality improvement was also associated with higher operating cost per physician full-time equivalent (\$32,731; 95% CI, \$1,571-\$73,670) and higher operating cost per patient per month (\$1.86; 95% CI, \$0.54-\$3.61). A 10-point higher PCMH subscale score for access/communication was associated with lower operating cost per physician full-time equivalent (\$39,809; 95% CI, \$1,893-\$63,169). According to a survey of health center administrators, higher scores on a scale that assessed 6 aspects of the PCMH were associated with higher health center operating costs. Two subscales of the medical home were associated with higher cost and 1 with lower cost.

50882

ARTICLE

VILLEBRUN (F.)

Les centres de santé communautaires aux Etats-Unis: modèle et perspectives. 2e partie : Un nouveau modèle pour le système de santé Medicaid.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)

2012/05 ; Pages: 54-57

Cote Irdes: B7112

Le programme public d'assurance maladie Medicaid, fondé en 1965 et destiné aux individus à faible revenu, et le State Children's Health Insurance Program (SCHIP ou CHIP) créé en 1997 pour certaines familles qui dépassent le plafond du Medicaid, assurent 24,8 % de la population aux Etats-Unis. Lorsque la réforme de santé d'Obama sera totalement implémentée, Medicaid devrait couvrir 16 millions d'habitants supplémentaires. Beaucoup de ces nou-

veaux assurés devront être soignés par les centres de santé communautaires, mais beaucoup d'Etats à court d'argent envisagent de fermer ces centres. Cet article propose un nouveau modèle de prestations de soins: les centres de santé à partenariat universitaire (Community Health Center and Academic Medical Partnerships ou CHAMPs).

Diabète

Diabetes

50881

ARTICLE

HARRAR (E.), LAZIMI (G.)

Inégalités sociales de la prise en charge des patients diabétiques: enquête qualitative auprès des médecins généralistes.

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)

2012/05 ; Pages: 48-53

Cote Irdes: B7112

Bien qu'ayant plus de complications et consultant plus souvent leurs médecins généralistes, les patients diabétiques socio-économiquement défavorisés ont un moins bon suivi que les patients de meilleur niveau socio-économique. A partir d'entretiens réalisés auprès de médecins généralistes, cet article analyse les particularités de suivi de patients atteints de diabète et bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire.

50869

ARTICLE

Soins aux diabétiques : une pièce avec de nombreux acteurs. Dossier.

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE

2012/05-06 ; n° 44: Pages: 12-21

Cote Irdes: P204

De la prévention à la prise en charge, en passant par le suivi ou l'accompagnement ou l'éducation thérapeutique des patients, de très nombreux acteurs interviennent dans le parcours des diabétiques. Ce dossier propose un aperçu de l'environnement général et des exemples d'action menés par les patients, par les réseaux et par l'assurance maladie avec le programme Sophia.

Etudes d'ensemble
Global studies

49830

FASCICULE

GRIGNON (M.) / coor.

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

Le métier de médecin.

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2011/04-09 ; n° 2-3: Pages: 339p.

Cote Irdes: C, P59

Ce numéro de la RFAS traite du métier de médecin et de la profession médicale. Il rassemble des contributions de chercheurs en sciences sociales et en services de santé. Ces chercheurs font le point des connaissances et des récentes recherches sur les conditions d'exercice de la médecine en France et dans les pays riches, puis analysent leurs conséquences sur les systèmes de soins et les politiques de santé.

Formation médicale continue
Continuing medical education

50738

ARTICLE

HOLUE (C.)

Développement professionnel continu : ce qu'il faut savoir.

MEDECINS: BULLETIN D'INFORMATION DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

2012/05-06 ; n° 23: Pages: 22-27

Cote Irdes: P69

La loi Hôpital Patients Santé et Territoire et les décrets d'application publiés en janvier 2012 prévoient la réunion de la formation médicale continue (FMC) et de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), ainsi qu'une nouvelle réorganisation de la profession autour des conseils professionnels de spécialité. Une période de transition d'un an doit permettre l'installation du nouveau dispositif.

Performance
Performance

GLASZIOU (P.P.), BUCHAN (H.)

When financial incentives do more good than harm: a checklist.

Quand les incitations financières font plus de bien que de mal : une liste de contrôle.

BRITISH MEDICAL JOURNAL

2012:345: e5047-e5051.

Cote Irdes: En ligne

Des chercheurs australiens ont étudié les effets du paiement à la performance (« P4P ») des médecins dans des pays ayant plusieurs années de recul en la matière. Leur conclusion est nuancée: le P4P n'améliore pas nécessairement la qualité des soins.

GREENFIELD (G.), PLISKIN (J.S.), FEDER-BUBIS (P.), WIENTROUB (S.), DAVIDOVITCH (N.)

Patient-physician relationships in second opinion encounters - The physicians' perspective.

Relations médecins / malades d'après une seconde opinion – La perspective du médecin.

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2012: vol. 75: n° 7: 1202-1212.

Cote Irdes: P103

Theories on the patient-physician relationship have evolved within the last decades to portray a nuanced picture of the traditional patient-physician "dyad". Shifts in social, economic, and technological contexts in which the physician-patient encounters are taking place raised the need for more complex frameworks to study patient-physician encounters. One example of a change to this dyad is the increasing use of second opinions. The second opinion is a ratification tool that critically influences diagnosis, treatment, and prognosis. There are scarce data on the patient-physician relationship in second opinions, specifically from the physician's perspective. We studied the physicians' attitudes toward second opinion encounters. We interviewed 35 orthopedic surgeons and neurologists in Israel, and performed a qualitative analysis of the data using the Grounded Theory approach. The findings exemplify how physicians struggle between their perceived professional image and their vulnerability, as they are some-

times disappointed, offended, embarrassed and resent their patients, and how they strive to preserve their professional authority and autonomy through allegedly 'paternalistic' behavior. The physicians portrayed their patients as striving to conceal the two physicians from each other, creating two dyads that rarely develop into a triad. Along the asymmetry inherent to the patient-physician relationship, we found that physicians and assumedly their patients share symmetric motives and behaviors. We identify two continuums that physicians, and apparently their patients, experience between their different sources of power (whether professional or consumerist), creating a covert conflict over power and control, and between loyalty and autonomy. Finally, we suggested a humanistic approach to understanding physician and patient behavior, based on mutual recognition of needs. Physicians and patients can benefit from communicating openly, positively and respectfully in second opinion encounters. Perceiving the second opinion as a legitimate and empowering tool, that strengthens and widens the patient-physician relationship, instead of weakening it, may result in greater satisfaction on both sides, both for the clinical decision and for a healthy patient-physician relationship.

NEUHAUSEN (K.), GRUMBACH (K.), BAZEMORE (A.), PHILLIPS (R.L.)

Integrating community health centers into organized delivery systems can improve access to subspecialty care.

L'intégration des centres de santé communautaire dans des systèmes de soins organisés peut améliorer l'accès à des soins spécifiques.

HEALTH AFFAIRS
2012: vol. 31: n° 8: 1708-1716.
Cote Irdes: P95

The Affordable Care Act is funding the expansion of community health centers to increase access to primary care, but this approach will not ensure effective access to subspecialty services. To address this issue, we interviewed directors of twenty community health centers. Our analysis of their responses led us to identify six unique models of how community health centers access subspecialty care, which we called Tin Cup, Hospital Partnership, Buy Your Own Subspecialists, Telehealth, Teaching Community, and Integrated System. We determined that the Integrated System model appears to provide

the most comprehensive and cohesive access to subspecialty care. Because Medicaid accountable care organizations encourage integrated delivery of care, they offer a promising policy solution to improve the integration of community health centers into "medical neighborhoods."

Pratique médicale
Medical practice

50823
INTERNET, ARTICLE
MULDOON (L.), DAHROUGE (S.), RUSSELL (G.) et al.

How many patients should a family physician have? Factors to consider in answering a deceptively simple question.

Combien de patients un médecin de famille devrait-il avoir? Facteurs à prendre en compte pour répondre à une question plus compliquée qu'elle ne paraît.

HEALTHCARE POLICY
2012 ; vol. 7: n° 4: Pages: 26-34, fig.
Cote Irdes: C INI 2233, En ligne

The ratio of patients to physicians has long been used as a tool for measuring and planning health-care resources in Canada. Some current changes in primary care, such as enrolment of patients with physicians, make this ratio easier to calculate, while others, such as changing practice structure, make it more complex to interpret. Based on information gleaned from a review of the literature, we argue that before panel size can be used as an accountability measure for individual physicians or practices in primary care, we must understand its relationship to quality and outcomes at individual and population levels, as well as the contextual factors that affect it.

BARNES (K.A.), KROENING-ROCHE (J.C.), COMFORT (B.W.)

Becoming a Physician. The developing vision of primary care.

Devenir médecin : la vision de soins primaires se développe.

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE (The)
2012: vol. 367: n° 10: 891-893.

KRALEWSKI J (E.), DOWD (B.E.), XU (Y.W.)

Medical groups can reduce costs by investing in improved quality of care for patients with diabetes.

La médecine de groupe peut réduire les coûts en investissant dans l'amélioration de la qualité des soins des patients diabétiques.

HEALTH AFFAIRS

2012; vol. 31: n° 8: 1830-1835.

Cote Irdes: P95

A major feature of many new contracts between providers and payers is shared savings programs, in which providers can earn a percentage of the savings if the cost of the care they provide is lower than the projected cost. Unless providers are also held accountable for meeting quality benchmarks, some observers fear that these programs could erode quality of care by rewarding only cost savings. We estimated the effects on Medicare expenditures of improving the quality of care for patients with diabetes. Analyzing 234 practices that provided care for 133,703 diabetic patients, we found a net savings of \$51 per patient with diabetes per year for every one-percentage-point increase in a score of the quality of care. Cholesterol testing for all versus none of a practice's patients with diabetes, for example, was associated with a dramatic drop in avoidable hospitalizations. These results show that improving the quality of care for patients with diabetes does save money.

JURGES (H.), POHL (V.)

Medical guidelines, physician density, and quality of care: evidence from German SHARE data.

Recommandations, densité médicale et qualité des soins. Evidence à partir des données Allemandes de l'enquête SHARE.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2012; vol. 13: n° 5: 635-649.

Cote Irdes: P173

We use German SHARE data to study the relationship between district general practitioner density and the quality of preventive care provided to older adults. We measure physician quality of care as the degree of adherence to medical guidelines (for the management of risk factors for cardiovascular disease and the prevention of falls) as reported by patients. Contrary to theoretical expectations, we

find only weak and insignificant effects of physician density on quality of care. Our results shed doubt on the notion that increasing physician supply will increase the quality of care provided in Germany's present health care system.

Qualité des soins

Quality of care

50820

ARTICLE

ANDREW (R.), DORAN (T.)

The Effect of Improving Processes of Care on Patient Outcomes: Evidence From the United Kingdom's Quality and Outcomes Framework.

L'impact de l'amélioration des processus de soins sur les résultats pour les patients: évidence à partir du modèle qualité / résultats mis en place au Royaume-Uni.

MEDICAL CARE

2012/03 ; vol. 50: n° 3: Pages: 191-199

Cote Irdes: c, P49

Improvement in process performance in English family practices led to improvements in patient outcomes. Although the effect was modest at the practice-level, process improvements seem to have led to substantial improvements in population health.

Relation médecin-malade

Doctor-Patient relationship

50794

ARTICLE

LEJOYEUX (M.)

Contenus de la relation médecin-malade : place des modèles psychologiques.

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

2011/12 ; vol. 195: n° 7: Pages: 1477-1490

Cote Irdes: P76

Les déterminants classiques de la relation médecin-malade intègrent les questions d'écoute, d'empathie et de contrats de soins. L'accès généralisé des sites internet modifie la connaissance que le patient a de

la médecine et de l'image qu'il se fait de son médecin et de sa maladie. Le dialogue médecin malade n'en reste pas moins une forme d'interaction spécifique et par essence asymétrique entre celui qui recherche une aide et celui qui la donne. Les approches relationnelles réhabilitent l'importance des aspects les plus fondamentaux de la médecine que sont, entre autre la patience, la tolérance, la souplesse relationnelle, le temps de l'entretien et de l'examen clinique.

50786

FASCICULE, INTERNET
KRUCIEN (N.), PELLETIER-FLEURY (N.), VIDEAU (Y.)
BUNGENER (M.) / éd.
Collège des Economistes de la Santé. (C.E.S.). Paris.
FRA

La relation patients médecins.

LETTRE DU COLLEGE (LA)

2012/03 ; vol. 23: n° 1: Pages: 8p.

Cote Irdes: En ligne

http://www.ces-asso.org/sites/default/files/Lettre_du_CES_Mars_2012.pdf

Cette Lettre du Collège des économistes de la santé porte sur le thème de la relation patients-médecins. Elle est composée de deux articles et l'éditorial est signé par Martine Bungener, Directrice adjointe du Cermes3. Le premier, co-écrit par Nicolas Krucien et Nathalie Pelletier-Fleury (Cermes3) retrace la montée en charge du rôle du patient sur la dernière décennie. Le patient devient réellement acteur de sa « décision de consommer des soins » en particulier parce que la satisfaction de ses besoins croissants constitue peu ou prou un objectif en tant que tel dans les dernières réformes du système de santé. Le rôle de l'économiste est alors d'identifier les préférences des patients notamment par des méthodes d'évaluation contingente mais aussi par de nouvelles méthodes expérimentales tenant compte des effets de contexte et de temporalité. L'article de Yann Videau (Erudite, Upec) s'intéresse à la nature des motivations des médecins dans un contexte où le mode de rémunération devient mixte et où le P4P introduit une incitation financière. Cette dernière peut naturellement changer les comportements des médecins animés par une motivation extrinsèque à l'activité elle-même forte. L'auteur souligne aussi les possibles effets pervers de ce mode de rémunération lorsque les médecins sont avant tout sensibles aux motivations intrinsèques de l'exercice médical

(intérêt pour le soin en soi, la prévention, la santé publique ...).

Rémunération **Payment**

51538

ARTICLE, INTERNET

GILLAM (S.J.), SIRIWARDENA (A.N.), STEEL (N.)

Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework. A Systematic Review

Rémunération à la performance au Royaume-Uni : impact du Quality and Outcomes Framework. Une revue systématique.

ANNALS OF FAMILY MEDICINE

2012 ; vol. 10: n° 5: Pages: 461-468, fig.

Cote Irdes: C, en ligne

<http://www.annfammed.org/content/10/5/461.full.pdf>

Primary care practices in the United Kingdom have received substantial financial rewards for achieving standards set out in the Quality and Outcomes Framework since April 2004. This article reviews the growing evidence for the impact of the framework on the quality of primary medical care.

51378

INTERNET, ARTICLE

WOOLHANDLER (S.), DUKE (D.), HIMMELSTEIN (D.U.)

Why pay for performance may be incompatible with quality improvement: Motivation may decrease and gaming of the system is rife.

En quoi le paiement à la performance peut-il être incompatible avec l'amélioration de la qualité des soins : La motivation peut diminuer et le jeu du système est omniprésent.

BRITISH MEDICAL JOURNAL

2012/08/14 ; n° 345: Pages: e5015-5016

Cote Irdes: En ligne

When financial incentives do more good than harm: a checklist. Des chercheurs australiens ont étudié les effets du paiement à la performance (« P4P ») des médecins dans des pays ayant plusieurs années de recul. Leur conclusion est nuancée: le P4P

n'améliore pas nécessairement la qualité des soins. Pire, il peut s'avérer contre productif. Cet article n'est que l'éditorial introductif à l'étude complète intitulée: When financial incentives do more good than harm: a checklist.

50860

ARTICLE

VAN ROEKEGHEM (F.)

Pour une nouvelle dynamique collective de santé publique.

Performance et santé

SEVE: LES TRIBUNES DE LA SANTE

2012 ; n° 35: Pages: 21-27, tabl.

Cote Irdes: P168

Près de trois ans après l'instauration du contrat d'amélioration des pratiques individuelles, la mise en oeuvre d'un complément de rémunération sur objectifs des médecins traitants a démontré son intérêt en santé publique, tout particulièrement pour la prise en charge des maladies chroniques. La généralisation de cette approche dans le cadre de la convention médicale ouvre la voie à une nouvelle dynamique, fondée sur la modernisation des cabinets de médecine de ville et la diversification des modes de rémunération des médecins traitants, qui tend à favoriser la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et les programmes de prévention. Son extension aux pratiques pluridisciplinaires et à certaines spécialités médicales est d'ores et déjà engagée (Résumé de l'éditeur).

Réseaux de soins

Care networks

51346

ARTICLE

Réseau Ensemble: pour des patients atteints de maladies graves à domicile, et les professionnels qui les prennent en charge.

Travailler ensemble pour mieux soigner: pourquoi ? quand ? comment ?

REVUE PRESCRIRE

2012/07 ; n° 346: Pages: 628-631

Cote Irdes: P80

Le Réseau Ensemble propose sur 4 arrondissements de Paris des services d'aide aux patients atteints de maladies graves, sur leur lieu de vie habituel. D'autres services du Réseau sont particulièrement destinés à aider les soignants de ville à apporter les meilleurs soins, dans les meilleures conditions possibles. Ces différents services visent à améliorer l'organisation et la qualité des soins, le soutien aux patients, la communication entre soignants et leur formation, tout en prenant en compte l'environnement social.

50870

ARTICLE

Arespa : appui aux médecins et aux familles.

RESEAUX SANTE & TERRITOIRE

2012/05-06 ; n° 44: Pages: 24-25

Cote Irdes: P204

De nombreux réseaux de santé interviennent en région franc-comtoise. Comme ailleurs, des évolutions sont en marche et, depuis plusieurs mois, la fédération régionale des réseaux, faute de moyens, a cessé de fonctionner. Arespa est l'un des réseaux de la région qui a fait le choix de se concentrer sur la coordination d'appui de situations complexes. Une démarche soutenue par l'Agence régionale de santé de Franche-Comté.

Temps d'attente

Waiting times

50818

INTERNET, ARTICLE

FOURNIER (J.), HEALE (R.), RIETZE (L.)

"I Can't Wait": Advanced Access Decreases Wait Times in Primary Healthcare.

"Je ne peux pas attendre" : l'accès avancé diminue le temps d'attente en soins de santé primaires.

HEALTHCARE QUARTERLY

2012 ; vol. 15: n° 1: Pages: 64-68

Cote Irdes: c, En ligne

Research has shown that a strong primary health-care system results in better health outcomes and lower costs (Starfield 1994). A key characteristic of a strong primary healthcare system is access to

care. Two elements of a strong healthcare system are accessibility and short wait times for service. In Canada, a shortage of primary healthcare providers is the biggest obstacle to reducing wait times to primary healthcare services; however, timely access to one's primary healthcare provider is also a significant barrier (Howell 2008). Wait times to see primary care physicians are longer for Canadians than for patients in the United States, Australia and the United Kingdom (Bundy et al. 2005; College of Family Physicians of Canada 2006; Sanmartin and Ross 2006). Longer wait times are associated with patient dissatisfaction, poorer individual health outcomes and an increased use of emergency departments and urgent care clinics (Gupta and Denton 2008; Hill and Joonas 2005; Hudec et al. 2010; Valenti and Bookhardt-Murray 2004).

Hôpital / Hospital

Activité hospitalière Hospital activity

50265

FASCICULE
KRANKLADER (E.)

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

Évolution de l'offre et des prises en charge hospitalières entre 2001 et 2009 : technicité croissante pour des séjours plus courts.

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)

2012 ; n° 25 : Pages : 27p., graph., tabl.

Cote Irdes : C, S19

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/article25-2.pdf>

Entre 2001 et 2009, le nombre de séjours enregistrés dans les établissements de France métropolitaine et des DOM a augmenté de 14,6 % malgré une diminution de 0,5 % des capacités d'accueil, du fait de la réduction de la durée moyenne de séjour et du développement de l'hospitalisation partielle, poussé par l'avancée des progrès techniques et des politiques incitatives volontaristes. La modernisation du parc d'équipements d'imagerie et l'augmentation des actes techniques sont manifestes : le nombre d'équipements en imagerie n'a cessé d'augmenter ces dernières années et les examens réalisés avec des équipements diagnostiques plus performants sont donc de plus en plus nombreux. Le nombre d'emplois de personnel médical et non médical s'inscrit également à la hausse, du fait notamment de la mise en place des 35 heures. On observe des disparités de ratios de personnels soignants entre établissements qui s'expliquent par la structure de l'activité et les caractéristiques de la patientèle.

Durée de séjour Length of stay

MACKENZIE (T.D.), KUKOLJA (T.), HOUSE (R.), LOEHR (A.A.), HIRSH (J.M.), BOYLE (K.A.), SABEL (A.I.), MEHLER (P.S.)

A discharge panel at Denver health, focused on complex patients, may have influenced decline in length-of-stay.

Un panel de sorties d'hospitalisation à Denver Health, centré sur des patients complexes, pourrait avoir influencé la baisse de la durée de séjour.

HEALTH AFFAIRS

2012 : vol. 31 : n° 8 : 1786-1795.

Cote Irdes : P95

Acute care hospitals struggle to manage complex patients who no longer require acute care services but who present medical and psychosocial challenges that make safe discharge to a lower level of care difficult. These challenges can be particularly acute at safety-net hospitals that cater predominantly to the poor and uninsured. For a person with a serious illness, such as a spinal cord injury, lack of insurance for long-term care services may add many weeks of medically unnecessary hospital days and result in higher costs. We describe safety-net system Denver Health's efforts to facilitate appropriate nonhospital care for these complex patients through the formation of a Complex Discharge Subcommittee. Successful solutions include accelerating legal guardianship approval to facilitate patient acceptance by skilled nursing facilities, as well as providing specialized equipment such as bariatric beds to nursing facilities to enable them to accommodate these patients. However, further policy interventions, such as updated reimbursement policies, are warranted.

Événements indésirables Adverse events

50266

FASCICULE
MICHEL (P.), MINODIER (C.), MOTY-
MONNEREAU (C.), QUENON (J.L.)
Ministère chargé de la Santé. Direction de la
Recherche - des Etudes de l'Évaluation et des
Statistiques. (D.R.E.E.S.). Paris. FRA

Dossier “ Sécurité du patient “. Fréquence et part d'évitabilité des événements indésirables graves dans les établissements de santé : les résultats de l'enquête ENEIS.

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE (DREES)

2012 ; n° 24 : Pages : 32p.

Cote Irdes : C, S19

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier24.pdf>

Cette première étude porte sur l'enquête nationale sur les événements indésirables graves (ENEIS) que la DREES a rééditée en 2009 avec le concours scientifique et technique du Comité de coordination de l'évaluation clinique et de la qualité en Aquitaine (CCECQA). Cette enquête originale permet d'estimer, d'une part, la fréquence des événements indésirables graves (EIG) qui se produisent au cours d'une hospitalisation et, d'autre part, la proportion des séjours hospitaliers qui sont causés par un EIG. L'enquête ENEIS vise également à évaluer la part d'EIG évitables, leur origine et leurs conséquences (prolongation du séjour d'au moins un jour, incapacités, mise en jeu du pronostic vital, voire décès). Trois éclairages viennent compléter ces résultats issus de l'enquête ENEIS : Construction des politiques de lutte contre les EIG en France ; Première estimation du coût de prise en charge de quelques-uns de ces événements indésirables ; Etude du contexte et des facteurs contributifs de la survenue d'un EIG.

Performance Performance

MAEDA (J.L.), LO SASSO (A.T.)

The relationship between hospital market competition, evidence-based performance measures, and mortality for chronic heart failure.

Relations entre concurrence sur le marché des hôpitaux, mesures de performance basées sur les preuves et mortalité pour l'insuffisance cardiaque chronique.

INQUIRY

2012 : vol. 49 : n° 2 : 164-175.

Cote Irdes : P34

Using data from the Joint Commission's ORYX initiative and the Medicare Provider Analysis and Review file from 2003 to 2006, this study employed a fixed-effects approach to examine the relationship between hospital market competition, evidence-based performance measures, and short-term mortality at seven days, 30 days, 90 days, and one year for patients with chronic heart failure. We found that, on average, higher adherence with most of the Joint Commission's heart failure performance measures was not associated with lower mortality; the level of market competition also was not associated with any differences in mortality. However, higher adherence with the discharge instructions and left ventricular function assessment indicators at the 80th and 90th percentiles of the mortality distribution was associated with incrementally lower mortality rates. These findings suggest that targeting evidence-based processes of care might have a stronger impact in improving patient outcomes.

Qualité des soins Quality of care

51520

ARTICLE , CONGRES
OR (Z.), RENAUD (T.)

Impact du volume d'activité sur les résultats de soins à l'hôpital en France.

31e journées des Economistes de la santé : L'économie de

la santé : inégalités, prévention et offre de soins ; Rennes, 2009/12

ECONOMIE PUBLIQUE

2009/01-02 ; n° 24-25 : Pages : 187-219

Cote Irdes : P192, R1811bis

<http://economiepublique.revues.org/8476>

Cette étude contribue à la littérature sur le lien entre le volume d'activité et les résultats de soins en exploitant pour la première fois les données hospitalières françaises à l'échelle nationale. Elle teste l'existence et l'ampleur de la corrélation volume-résultats afin de répondre à une question majeure pour l'organisation des soins hospitaliers : est-ce que les résultats de soins sont meilleurs dans les établissements lorsque l'activité consacrée à ces soins est plus élevée ? Les résultats montrent que le volume d'activité constituerait un bon critère de régulation pour améliorer les résultats dans certains domaines mais qu'il y aurait peu de bénéfice à concentrer l'activité hospitalière au-delà d'un certain point.

50861

ARTICLE

BRAS (P.L.)

Hôpitaux : vers un même niveau d'exigence pour la performance qualité que pour la performance économique ?

Performance et santé

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

2012 ; n° 35 : Pages : 29-41

Cote Irdes : P168

La tarification à l'activité adresse aux établissements de santé une incitation puissante à rechercher la performance économique. Celle-ci est mesurée et sanctionnée. Il est à craindre que la focalisation sur les résultats économiques incitent les équipes de direction et les autorités de tutelle à privilégier l'exigence économique au regard des exigences de qualité. Il est donc nécessaire de se donner les moyens de mesurer et de gérer la performance qualité des établissements au même titre que leur performance économique. Cette démarche est engagée à l'étranger. La France en ce domaine souffre d'un certain retard. Il importe de le combler pour équilibrer le système de gestion de l'hôpital. Par ailleurs, mesurer et gérer la qualité permet d'informer les patients et constitue un élément de motivation des équipes à améliorer leurs pratiques (Résumé de l'éditeur).

Réforme hospitalière
Hospital Reform

51494

ARTICLE

MOISDON (J.C.)

Le paradoxe de la boîte noire : réformes hospitalières et organisation.

DROIT ET SOCIETE

2012/06 ; n° 80 : Pages : 93-115

Cote Irdes : A4387

Depuis plusieurs décennies, les établissements hospitaliers français sont soumis à un flux incessant de réformes. L'hôpital change-t-il pour autant ? A-t-il emprunté la voie d'une plus grande efficacité ? Le diagnostic est manifestement nuancé. L'auteur développe l'hypothèse qu'une des raisons de la stabilité de l'institution réside dans la philosophie même des réformes, qui permet au régulateur de ne pas se mêler d'une organisation jugée par lui très complexe. Cet article tente de répondre à l'ensemble de ces sujets.

50954

ARTICLE

BONNICI (B.)

L'hôpital après la loi du 21 juillet 2009.

La santé, quel bilan ?

CAHIERS FRANCAIS

2012/07-08 ; n° 369 : Pages : 23-30

Cote Irdes : A4378

Les établissements hospitaliers ont connu une réforme de grande ampleur avec la loi du 21 juillet 2009. Elle a instauré une nouvelle gouvernance caractérisée par les pouvoirs importants conférés aux directeurs des hôpitaux et aux directeurs dont ils assument la présidence. Chaque établissement est divisé en plusieurs pôles, la bonne maîtrise de leur pilotage conditionnant le respect des objectifs médico-économiques fixés. Les hôpitaux ont adopté une tarification à l'activité – la T2A – destinée à autoriser leurs dépenses sur la base de leurs recettes et ils développent entre eux une coopération en constituant des réseaux. Dotées de moyens importants, les agences régionales de santé ont notamment pour mission de contrôler leurs activités.

ROSS (J.S.), BERNHEIM (S.M.), LIN (Z.), DRYE (E.E.), CHEN (J.), NORMAND (S.L.), KRUMHOLZ (H.M.).

Based on key measures, care quality for medicare enrollees at safety-net and non-safety-net hospitals was almost equal.

Basée sur des mesures-clés, la qualité des soins pour les bénéficiaires relevant du Medicare était presque identique dans les hôpitaux avec filet de sécurité ou sans filet de sécurité.

HEALTH AFFAIRS

2012 : vol. 31 : n° 8 : 1739-1748.

Cote Irdes : P95

Safety-net hospitals, which include urban hospitals serving large numbers of low-income, uninsured, and otherwise vulnerable populations, have historically faced greater financial strains than hospitals that serve more affluent populations. These strains can affect hospitals' quality of care, perhaps resulting in worse outcomes that are commonly used as indicators of care quality-mortality and readmission rates. We compared risk-standardized rates of both of these clinical outcomes among fee-for-service Medicare beneficiaries admitted for acute myocardial infarction, heart failure, or pneumonia. These beneficiaries were admitted to urban hospitals within Metropolitan Statistical Areas that contained at least one safety-net and at least one non-safety-net hospital. We found that outcomes varied across the urban areas for both safety-net and non-safety-net hospitals for all three conditions. However, mortality and readmission rates were broadly similar, with non-safety-net hospitals outperforming safety-net hospitals on average by less than one percentage point across most conditions. For heart failure mortality, there was no difference between safety-net and non-safety-net hospitals. These findings suggest that safety-net hospitals are performing better than many would have expected.

NAVATHE (A.S.), VOLPP (K.G.), KONETZKA (R.T.), PRESS (M.J.), ZHU (J.), CHEN (W.), LINDROOTH (R.C.)

A longitudinal analysis of the impact of hospital service line profitability on the likelihood of readmission.

Une analyse longitudinale de l'impact de la rentabilité nette des services hospitaliers sur la probabilité de réadmission.

MEDICAL CARE RESEARCH AND REVIEW

2012 : vol. 69 : n° 4 : 414-431.

Cote Irdes : P182

Quality of care may be linked to the profitability of admissions in addition to level of reimbursement. Prior policy reforms reduced payments that differentially affected the average profitability of various admission types. The authors estimated a Cox competing risks model, controlling for the simultaneous risk of mortality post discharge, to determine whether the average profitability of hospital service lines to which a patient was admitted was associated with the likelihood of readmission within 30 days. The sample included 12,705,933 Medicare Fee for Service discharges from 2,438 general acute care hospitals during 1997, 2001, and 2005. There was no evidence of an association between changes in average service line profitability and changes in readmission risk, even when controlling for risk of mortality. These findings are reassuring in that the profitability of patients' admissions did not affect readmission rates, and together with other evidence may suggest that readmissions are not an unambiguous quality indicator for in-hospital care.

Réseaux de soins
Care networks

50839

ARTICLE

ABBASI (A.), UDDIN (S.), HOSSAIN (L.)

Socioeconomic analysis of patient-centric networks: effects of patients and hospitals' characteristics and network structure on hospitalization costs.

Analyse socio-économique des réseaux centrés sur le patient : effets des caractéristiques des patients, des hôpitaux et de la structure du réseau sur les coûts d'hospitalisation.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2012/06 ; vol. 13 : n° 3 : Pages : 267-276, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P151

Improving operations and delivery of cost-effective healthcare services is considered to be an important area of investigation due to the challenges in allocation of resources in meeting the increasing cost of health care for the twenty-first century. To date, appropriate mechanisms for systematic evaluation of hospital operations and its impact of the

delivery of cost-effective healthcare services are lacking. This is, perhaps, the first study, which focuses on using large insurance claims data to develop a social network-based model for exploring the effect of patient-doctor tie strength and patient socio-demographic factors for exploring the social structure of operations and delivery of cost-effective healthcare services. We suggest that delivery of cost-effective healthcare services and operation is embedded within the social structure of hospitals. By exploring the mode of hospital operations in terms of their patient-centric care network, we are able to develop a better understanding of the operation and delivery of cost-effective healthcare services.

Tarification hospitalière Hospital payment system

51521

ARTICLE , CONGRES
AUDE (J.), RAYNAUD (D.)

Les écarts de salaires bruts entre hôpitaux publics et cliniques privées en 2007

31e journées des Economistes de la santé : L'économie de la santé : inégalités, prévention et offre de soins ; Rennes, 2009/12

ECONOMIE PUBLIQUE

2009/01-02 ; n° 24-25 : Pages : 221-247

Cote Irdes : P192

<http://economiepublique.revues.org/8476>

Cette étude présente les écarts de salaires horaires bruts dans les établissements de santé. Trois types d'établissements ont été comparés : les hôpitaux publics, les cliniques privées à but lucratif et les cliniques privées à but non lucratif. Les données utilisées pour l'étude proviennent des Déclarations annuelles de données sociales (DADS) par poste pour l'année 2007. Ces travaux apportent un éclairage partiel sur des écarts de rémunération pouvant conduire à des différences de coûts de production entre les établissements de santé. Ils seront poursuivis pour passer d'une estimation des écarts de salaires bruts à celle des écarts de coût du travail, notion plus intéressante dans le contexte de la tarification à l'activité des établissements de santé (T2A).

GEUE (C.), LEWSEY (J.), LORGELLY (P.), GOVAN (L.), HART (C.), BRIGGS (A.)

Spoilt for choice: implications of using alternative methods of costing hospital episode statistics

L'embarras du choix : conséquences de l'utilisation de méthodes alternatives dans le calcul des coûts par épisode hospitaliers.

HEALTH ECONOMICS

2012 : vol. 21 : n° 10 : 1201-1216.

Cote Irdes : P173

In the absence of a 'gold standard' to estimate the economic burden of disease, a decision about the most appropriate costing method is required. Researchers have employed various methods to cost hospital stays, including per diem or diagnosis-related group (DRG)-based costs. Alternative methods differ in data collection and costing methodology. Using data from Scotland as an illustrative example, costing methods are compared, highlighting the wider implications for other countries with a publicly financed healthcare system. Five methods are compared using longitudinal data including baseline survey data (Midspan) linked to acute hospital admissions. Cost variables are derived using two forms of DRG-type costs, costs per diem, costs per episode using a novel approach that distinguishes between variable and fixed costs and incorporates individual length of stay (LOS), and costs per episode using national average LOS. Cost estimates are generated using generalised linear model regression. Descriptive analysis shows substantial variation between costing methods. Differences found in regression analyses highlight the magnitude of variation in cost estimates for subgroups of the sample population. This paper emphasises that any inference made from econometric modelling of costs, where the marginal effect of explanatory variables is assessed, is substantially influenced by the costing method.

Professions de santé / Health professions

Infirmiers Nurses

50846
FASCICULE
DIVAY (S.) / coord.

Un groupe professionnel aux multiples facettes : les infirmières.

SOCIOLOGIE SANTE
2012/03 ; n° 35 : Pages : 363p., ann.
Cote Irdes : A4367

Cette livraison de la revue Sociologie Santé porte sur la profession infirmière et s'inscrit dans la continuité d'une réflexion amorcée dans un numéro précédent de cette revue intitulé : Soins infirmiers, sens, non sens d'une pratique (décembre 1997). Il aborde cette profession sous différentes facettes : en libéral, à l'hôpital, au service de la santé au travail et à l'école, avec en arrière fond, l'évolution du métier et de la formation initiale sur la période 1997-2012.

Pratique médicale Medical practice

51094
FASCICULE

Travailler ensemble pour mieux soigner : pourquoi ? quand ? comment ?

REVUE PRESCRIRE
2012/07 ; n° 346 : Pages : 561-640
Cote Irdes : P80

Ce numéro spécial porte sur deux aspects complémentaires pour améliorer la qualité des soins : le partage d'information entre professionnels de santé et patients et l'organisation des soins.

Médicaments / Pharmaceuticals

Antidiabétiques Antidiabetics

JHA (A.K.), AUBERT (R.E.), YAO (J.), TEAGARDEN (J.R.), EPSTEIN (R.S.)

Greater adherence to diabetes drugs is linked to less hospital use and could save nearly \$5 billion annually.

Une plus grande observance aux médicaments anti diabétiques entraîne une hospitalisation moindre et pourrait permettre une économie annuelle de 5 milliards.

HEALTH AFFAIRS

2012 ; vol. 31 : n° 8 : 1836-1846.

Cote Irdes : P95

Improving adherence to medication offers the possibility of both reducing costs and improving care for patients with chronic illness. We examined a national sample of diabetes patients from 2005 to 2008 and found that improved adherence to diabetes medications was associated with 13 percent lower odds of subsequent hospitalizations or emergency department visits. Similarly, losing adherence was associated with 15 percent higher odds of these outcomes. Based on these and other effects, we project that improved adherence to diabetes medication could avert 699,000 emergency department visits and 341,000 hospitalizations annually, for a saving of \$4.7 billion. Eliminating the loss of adherence (which occurred in one out of every four patients in our sample) would lead to another \$3.6 billion in savings, for a combined potential savings of \$8.3 billion. These benefits were particularly pronounced among poor and minority patients. Our analysis suggests that improved adherence among patients with diabetes should be a key goal for the health care system and policy makers. Strategies might include reducing copayments for certain medications or providing feedback about adherence to patients and providers through electronic health records.

Antidépresseurs Antidepressants

51422

ARTICLE

Antidépresseurs IRS : troubles du développement psychomoteur in utero ?

REVUE PRESCRIRE

2012/09 ; vol. 32 : n° 347 : Pages : 672-673

Cote Irdes : P80

Les antidépresseurs inhibiteurs dits sélectifs de la recapture de la sérotonine (IRS) sont, en pratique, parfois prescrits à des femmes enceintes. A partir d'une étude cas /témoins menée sur des enfants atteints d'autisme, cet article analyse l'impact de ce médicament prescrit pendant la grossesse sur la survenue de troubles psychomoteurs chez les enfants.

Médicaments antipsychotiques Antipsychotic drugs

50844

ARTICLE

BAANDRUP (L.), SORENSEN (J.), LUBLIN (H.) et al.

Association of antipsychotic polypharmacy with health service cost: a register-based cost analysis.

Association de la polypharmacie antipsychotique avec le coût des services de santé : une analyse des coûts basée sur les registres.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2012/06 ; vol. 13 : n° 3 : Pages : 355-363,tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P151

The aim of this issue is to investigate the association of antipsychotic polypharmacy in schizophrenia with cost of primary and secondary health service use. Comparative analysis of health service cost for patients prescribed antipsychotic polypharmacy versus antipsychotic monotherapy was carried out. Resource utilisation and costs were described using central Danish registers for

a 2 year period (2007–2008). It included patients attached to one of two Danish psychiatric referral centres in 1 January 2008 and/or 1 January 2009. Their prescribed treatment with either antipsychotic polypharmacy or monotherapy at the two cross-sectional dates was recorded and used as proxy of polypharmacy exposure during the preceding year. A multivariate generalised linear model was fitted with total costs of primary and secondary health service use as dependent variable, and antipsychotic polypharmacy, diagnosis, age, gender, disease duration, psychiatric inpatient admissions, and treatment site as covariates. The sample consisted of 736 outpatients with a diagnosis in the schizophrenia spectrum. Antipsychotic polypharmacy was associated with significantly higher total health service costs compared with monotherapy (2007: 25% higher costs; 2008: 17% higher costs) when adjusting for potential confounders and risk factors. A subgroup analysis suggested that the excessive costs associated with antipsychotic poly-pharmacy were partly accounted for by the functional level of the patients. The results demonstrate that antipsychotic co-prescribing is associated with increased use of health care services, even though no causal relations can be inferred from an observational study.

Dénomination commune internationale *International non proprietary name*

51341
ARTICLE

Ordonnance : la dénomination commune internationale (DCI) au quotidien.

Travailler ensemble pour mieux soigner : pourquoi ? quand ? comment ?

REVUE PRESCRIRE

2012/07 ; vol. : n° 346 : Pages : 586-591

Cote Irdes : P80

La dénomination commune internationale (DCI) est le vrai nom du médicament. Elle apporte des informations sur la famille thérapeutique ou le mode d'action, et en conséquence sur certains effets indésirables ou interactions médicamenteuses.

50886
ARTICLE

La fabrique des DCI.

REVUE PRESCRIRE

2012/07 ; vol. 31, n°345 : Pages : 536-540

Cote Irdes : P80

Conçue sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la dénomination commune internationale (DCI) permet d'identifier une substance pharmaceutique de la même façon, partout dans le monde. Cet article est la première partie d'une visite guidée de la fabrique des DCI.

Effets secondaires *Adverse effects*

51423
ARTICLE

Pamplemousses : des interactions avec les médicaments.

REVUE PRESCRIRE

2012/09 ; vol. 32 : n° 347 : Pages : 674-679

Cote Irdes : P80

La consommation de pamplemousse, combinée à un traitement médicamenteux, pourrait provoquer des effets secondaires graves, comme une destruction musculaire, une insuffisance rénale aigüe, des tremblements invalidants ou encore des chocs hémorragiques, dont l'issue pourrait parfois être fatale. Comme expliqué dans la revue Prescrire, la gravité des quelques observations publiées est à elle seule une bonne raison de ne pas consommer du pamplemousse, notamment en jus, au cours d'un traitement médicamenteux. Ceci est d'autant plus important quand la marge entre efficacité et dose toxique du médicament est étroite ou quand le traitement expose à des effets indésirables graves. Le pamplemousse serait donc un aliment à consommer avec modération, si vous suivez un traitement médicamenteux, incluant notamment des statines contre le cholestérol, des benzodiazépines, des immunodépresseurs ou bien des inhibiteurs calciques utilisés lors de troubles cardiaques.

Innovation médicale
Medical innovation

51688

FASCICULE , INTERNET
CROQ (C.), RIGARD-CERISON (A.), TEILLANT (A.)
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.). Département
Développement Durable. Paris. FRA

***Le dispositif médical innovant.
Attractivité de la France et développement
de la filière.***

NOTE D'ANALYSE (LA)

2012/10 ; n° 295 : Pages : 15p., tabl.

Cote Irdes : En ligne

Le secteur du dispositif médical (DM) est stratégique par la taille de son marché mondial (plus de 200 milliards d'euros par an) et sa croissance (environ 6 % par an). La France dispose d'une médecine de grande qualité, reconnue internationalement, et d'un dynamisme en termes d'innovation (de nombreuses ruptures technologiques dans le domaine du dispositif médical sont d'origine française : cœur artificiel, chirurgie mini-invasive, etc.). Malheureusement, le secteur industriel français, pour créatif qu'il soit, est handicapé par plusieurs facteurs : le transfert de technologie de la recherche fondamentale vers l'industrie est peu efficace ; les innovations sont régulièrement captées (rachat de start-up, etc.) par de grandes entreprises à capitaux étrangers, en l'absence de grandes entreprises françaises du secteur et d'investisseurs privés prêts à financer ces petites et moyennes entreprises (PME) dans leurs phases de développement ; le processus de prise en charge des dispositifs médicaux par l'assurance maladie est parfois très long et onéreux, mais surtout peu prévisible ; peu de formations mettent réellement en contact ingénieurs, entrepreneurs et monde médical afin de favoriser le développement économique de dispositifs médicaux innovants émanant de besoins cliniques identifiés "sur le terrain". En conséquence, l'innovation profite assez peu au tissu industriel français, fortement morcelé (plus de 1 000 PME), et qui ne compte qu'un faible nombre d'entreprises de taille intermédiaire (ETI, de 250 à 5 000 salariés) et de grandes entreprises (plus de 5 000 salariés). Encourager et soutenir l'innovation, y compris par la mise en place de fonds adaptés, simplifier les processus administratifs d'inscription des dispositifs médicaux, développer les formations adéquates sont autant de pistes à poursuivre pour accroître l'attrac-

tivité de la France pour les entreprises du dispositif médical innovant.

Médicaments génériques
Generic drugs

50785

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

***Médicaments génériques et mention « non
substituable » : résultats d'une étude de
l'Assurance Maladie.***

2012/06 ; Pages : 7p.

Cote Irdes : c, En ligne

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/06062012_DP_etude_NS_vdef2_01.pdf

Face aux interrogations croissantes sur l'utilisation par les médecins de la mention « non substituable » (NS) pour leurs prescriptions de médicaments, l'Assurance Maladie a souhaité évaluer de manière précise la réalité des pratiques actuelles dans ce domaine. Une étude portant sur un large échantillon (12 000 ordonnances délivrées sur la quasi-totalité du territoire, plus de 8000 pharmacies) a ainsi été menée dans 100 caisses primaires d'assurance maladie afin de disposer de données fiables et objectives et de les mettre à la disposition de l'ensemble des acteurs du système de santé. Les résultats de cette étude montrent que le taux de mention « non substituable » à la ligne de produit s'élève à 4,2% seulement sur les ordonnances analysées, témoignant d'une utilisation peu fréquente du NS parmi les médecins.

50784

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

***Comparaison de l'efficacité d'un
médicament générique et d'un princeps :
l'exemple d'un médicament très fréquem-
ment prescrit, la simvastatine 20 mg.***

2012/06 ; Pages : 5p.

Cote Irdes : c, En ligne

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/06062012_DP_etude_simvastatine_vdef2.pdf

Dans le cadre des pays européens, la France se caractérise par une moindre utilisation des médicaments génériques et un phénomène de report des prescriptions hors du répertoire. Le taux de substitution en France stagne autour de 72% en avril 2012, alors qu'il avait atteint, sur le répertoire de l'époque, 79% fin 2010. Par ailleurs, les médicaments génériques suscitent en France des débats, accentués ces dernières années, sur l'efficacité et la sûreté de ces médicaments. Dans ce contexte, l'Assurance Maladie a souhaité analyser les données dont elle dispose sur l'un des médicaments anti-cholestérol (classe des statines) les plus prescrits : la simvastatine 20 mg. Ce médicament représente en effet en 2011 près de 6 millions de boîtes et 88 millions d'euros remboursés (soit le 34^{ème} médicament en montants remboursés). L'objectif de cette analyse, menée à partir des données du SNIIRAM1, a été de comparer l'efficacité du princeps de la simvastatine 20 mg (Zocor/Lodales®) et de ses médicaments génériques et d'identifier les éventuelles disparités dans les résultats de santé des patients concernés. L'étude réalisée par l'Assurance Maladie confirme qu'il n'existe pas de différence entre ce médicament princeps et ses génériques pour atteindre leur finalité : éviter la survenue d'événements cardiovasculaires graves (infarctus, accident vasculaire cérébral [AVC]) et de décès.

Publicité Advertising

51421
ARTICLE

Publicité pour les médicaments auprès des professionnels de santé : contrôlée avant diffusion.

REVUE PRESCRIRE
2012/09 ; vol. 32 : n° 347 : Pages : 661
Cote Irdes : P80

Depuis mai 2012, les firmes ont l'obligation de demander à l'Agence française des produits de santé un visa pour diffuser une publicité pour les médicaments auprès des professionnels de santé, comme pour les publicités auprès du grand public. Cet article revient sur cette réforme.

50872
ARTICLE
VEGA (A.)

Prescription du médicament en médecine générale. Deuxième partie : paradoxes et propositions.

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC
2012/04 ; vol. 8 : n° 4 : Pages : 223-227
Cote Irdes : P198

Un premier article analysait comment des facteurs non cliniques favorisent plutôt des ordonnances cumulatives et morcelées. Contrairement aux discours leitmotiv sur la « pression » des patients, ces derniers « modéraient » plutôt les ordonnances. Au sortir des facultés, les praticiens avaient généralement des représentations peu critiques des médicaments, s'interrogeaient peu sur le pourquoi de leur réflexe « médicament-ordonnance », avaient peu été mis en garde contre les stratégies des firmes pharmaceutiques. Ils s'en remettaient souvent aux médecins « experts », ne cherchant pas d'informations supplémentaires et indépendantes sur les produits. Ils n'avaient pas davantage été habitués à partager leurs décisions de prescription avec des non-médecins, et en particulier avec les patients. Le second volet de cette étude a permis de dégager différents « profils » de prescripteurs selon leurs rapports à l'ordonnance, aux autres professionnels et aux patients (observations), et d'après leurs biographies, motivations personnelles et parcours professionnels (entretiens enrichis par l'analyse de relevés d'activités chez les médecins libéraux).

Prescription Prescription

50841
ARTICLE
VRIJENS (F.), VAN DE VOORDE (C.), FARFAN-PORLET (M.I.), VANDER STICHELE (R.)

Patient socioeconomic determinants for the choice of the cheapest molecule within a cluster: evidence from Belgian prescription data.

Caractéristiques socio-économiques des patients pour le choix de la molécule la moins chère au sein d'un cluster : évidences à partir de données de prescription belges.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)
2012/06 ; vol. 13 : n° 3 : Pages : 315-325, tabl., graph., fig.
Cote Irdes : P151

Reference pricing is a common cost-sharing mechanism, with the financial penalty for the use of costly drugs shifted from the third-party payer to the patient. Unintended distributional consequences might arise, if the weakest socioeconomic groups face a relatively higher financial burden. This study analyzed for a sample of Belgian individual prescription data for 4 clusters of commonly used drugs (proton pump inhibitors, statins and two groups of antihypertensives [drugs acting on renin-angiotensin system and dihydropyridine derivatives]) whether the probability to receive the least expensive molecule within a cluster was linked to the socioeconomic status of the patient. Logistic regression models included individual demographic, working, chronic illness and financial status and small area education data for 906,543 prescriptions from 1,280 prescribing general practitioners and specialists. For the 4 clusters, results show that patients with lower socioeconomic status consistently use slightly more the least expensive drugs than other patients. Larger effects are observed for patients residing in a nursing home for the elderly, patients entitled to increased reimbursement of co-payments, unemployed, patients treated in a primary care center financed per capita (and not fee-for-service) and patients having a chronic illness. Also, patients residing in neighborhoods with low education status use more less expensive drugs. The findings of the study suggest that although equity considerations were not explicitly taken into account in the design of the reference price system, there is no real equity problem, as the costly drugs with supplement are not prescribed more often in patients from lower socioeconomic classes.

Systemes de sante étrangers / Foreign health systems

Etats-Unis United States

51022

ARTICLE
PRIEUR (C.)

La réforme du système de santé américain.

PRATIQUES ET ORGANISATION DES SOINS

2011/10-11 ; n° 4 : Pages : 265-275

Cote Irdes : C, P25

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/POS1104_Reforme_du_systeme_de_sante_americain.pdf

Cet article propose une analyse globale du système de santé américain, révèle ses points forts et ses défauts. Il explique également en quoi cette réforme est devenue un enjeu majeur pour le Président Obama.

BAICKER (K.), CONGDON (W.J.),
MULLAINATHAN (S.)

Health insurance coverage and take-up: lessons from behavioral economics.

Couverture par une assurance maladie et recours : leçons issues de l'économie comportementale.

MILBANK QUARTERLY

2012 : vol. 90 : n° 1 : 107-134.

Cote Irdes : 78

Millions of uninsured Americans ostensibly have insurance available to them-many at very low cost-but do not take it up. Traditional economic analysis is based on the premise that these are rational decisions, but it is hard to reconcile observed enrollment patterns with this view. The policy prescriptions that the traditional model generates may thus fail to achieve their goals. Behavioral economics, which integrates insights from psychology into economic analysis, identifies important deviations from the traditional assumptions of rationality and can thus improve our understanding of what drives health insurance take-up and improved policy design. Rather than a systematic review of the coverage literature,

this article is a primer for considering issues in health insurance coverage from a behavioral economics perspective, supplementing the standard model. We present relevant evidence on decision making and insurance take-up and use it to develop a behavioral approach to both the policy problem posed by the lack of health insurance coverage and possible policy solutions to that problem. FINDINGS: We found that evidence from behavioral economics can shed light on both the sources of low take-up and the efficacy of different policy levers intended to expand coverage. We then applied these insights to policy design questions for public and private insurance coverage and to the implementation of the recently enacted health reform, focusing on the use of behavioral insights to maximize the value of spending on coverage. We concluded that the success of health insurance coverage reform depends crucially on understanding the behavioral barriers to take-up. The take-up process is likely governed by psychology as much as economics, and public resources can likely be used much more effectively with behaviorally informed policy design.

GARTHWAITE (C.L.)

The Doctor Might See You Now: The Supply Side Effects of Public Health Insurance Expansions.

Le docteur peut vous voir maintenant : les effets pervers de l'élargissement de l'assurance maladie obligatoire sur l'offre de soins.

AMERICAN ECONOMIC JOURNAL: ECONOMIC POLICY

2012 : vol. 4 : n° 3 : 190-215.

Cote Irdes : P200

In the United States, public health insurance programs cover over 90 million individuals. Expansions of these programs, such as the recently passed Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA), may have large effects on physician behavior. This study finds that following the implementation of the State Children's Health Insurance Program (SCHIP), physicians decreased the number of hours spent with patients, but increased their program participation. Suggestive evidence shows that this decrease resulted from shorter office visits. These findings are consistent with the predictions from a mixed-economy

model of physician behavior and provide evidence of crowd out resulting from the creation of SCHIP.

BLUMBERG (L.J.), BUETTGENS (M.), FEDER (J.), HOLAHAN (J.)

Why employers will continue to provide health insurance: the impact of the Affordable Care Act.

Pourquoi les employeurs continueront-ils à offrir une assurance maladie ? L'impact de la loi sur les soins abordables.

INQUIRY

2012 : vol. 49 : n° 2 : 116-126.

Cote Irdes : P34

The Congressional Budget Office, the Rand Corporation, and the Urban Institute have estimated that the Patient Protection and Affordable Care Act (ACA) will leave employer-sponsored coverage largely intact; in contrast, some economists and benefit consultants argue that the ACA encourages employers to drop coverage, thereby making both their workers and their firms better off (a “win-win” situation). This analysis shows that no such “win-win” situation exists and that employer-sponsored insurance will remain the primary source of coverage for most workers. Analysis of three issues—the terms of the ACA, worker characteristics, and the fundamental economics of competitive markets—supports this conclusion.

DECKER (S.L.), DOSHI (J.A.), KNAUP (A.E.), POLSKY (D.)

Health service use among the previously uninsured: is subsidized health insurance enough?

Le recours aux soins chez les personnes non assurées auparavant : l'assurance maladie subventionnée est-elle suffisante ?

HEALTH ECONOMICS

2012 : vol. 21 : n° 10 : 1155-1168.

Cote Irdes : P173

Although it has been shown that gaining Medicare coverage at age 65 years increases health service use among the uninsured, difficulty in changing habits or differences in the characteristics of previously uninsured compared with insured individuals may mean that the previously uninsured continue to use the healthcare system differently from others. This study uses Medicare claims data linked to two dif-

ferent surveys—the National Health Interview Survey and the Health and Retirement Study—to describe the relationship between insurance status before age 65 years and the use of Medicare-covered services beginning at age 65 years. Although we do not find statistically significant differences in Medicare expenditures or in the number of hospitalizations by previous insurance status, we do find that individuals who were uninsured before age 65 years continue to use the healthcare system differently from those who were privately insured. Specifically, they have 16% fewer visits to office-based physicians but make 18% and 43% more visits to hospital emergency and outpatient departments, respectively. A key question for the future may be why the previously uninsured seem to continue to use the healthcare system differently from the previously insured. This question may be important to consider as health coverage expansions are implemented.

MORTIMER (D.), PEACOCK (S.)

Social welfare and the Affordable Care Act: Is it ever optimal to set aside comparative cost?

La protection sociale et la loi sur les soins abordables. Est-il toujours optimal de mettre les coûts comparatifs de côté ?

SOCIAL SCIENCE & MEDICINE

2012 : vol. 75 : n° 7 : 1156-1162.

Cote Irdes : P103

The creation of the Patient-Centered Outcomes Research Institute (PCORI) under the Affordable Care Act has set comparative effectiveness research (CER) at centre stage of US health care reform. Comparative cost analysis has remained marginalised and it now appears unlikely that the PCORI will require comparative cost data to be collected as an essential component of CER. In this paper, we review the literature to identify ethical and distributional objectives that might motivate calls to set priorities without regard to comparative cost. We then present argument and evidence to consider whether there is any plausible set of objectives and constraints against which priorities can be set without reference to comparative cost. We conclude that - to set aside comparative cost even after accounting for ethical and distributional constraints - would be truly to act as if money is no object.

Royaume-Uni
United Kingdom

OLIVER (A.)

Markets and targets in the English national health service: is there a role for behavioral economics?

Marchés et objectifs au sein du système de santé anglais : y-a-t-il un rôle pour l'économie comportementale ?

JOURNAL OF HEALTH POLITICS AND LAW

2012 : vol. 37 : n° 4 : 647-664.

Cote Irdes : P82

Over the past twenty years, the emphasis of reform attempts to improve efficiency within the English National Health Service (NHS) has oscillated between markets and targets. Both strategies are informed by standard economic theory but thus far have achieved varying degrees of success. Behavioral economics is currently in vogue and offers an alternative (or, in some cases, a complement) to standard economic theory on what motivates human behavior. There are many aspects to behavioral economics, but space constraints allow just three to be considered here: identity, loss aversion, and hyperbolic discounting. An attempt is made in this article to speculate on the extent to which these three concepts can explain the success or otherwise of the NHS market and target policies of the last two decades, and some suggestions are offered as to how policies might be usefully designed in the future. Arguably the key points are that people are more likely to be motivated if they identify with the ethos of the policy; the threat of losses will often provoke more of a response than the promise of gains; and the "immediate moment" matters enormously to individuals, so policies that require human action should be designed to make that moment as enjoyable (or as pain free) as possible.

Turquie
Turkey

50843

ARTICLE

ERUS (B.), AKTAKKE (N.)

Impact of healthcare reforms on out-of-pocket health expenditures in Turkey for public insurees.

Impact des réformes de santé sur les restes à charge des bénéficiaires de l'assurance publique en Turquie.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS (THE)

2012/06 ; vol. 13 : n° 3 : Pages : 337-346, tabl., graph., fig.

Cote Irdes : P151

The Turkish healthcare system has been subject to major reforms since 2003. During the reform process, access to public healthcare providers was eased and private providers were included in the insurance package for public insurees. This study analyzes data on out-of-pocket (OOP) healthcare expenditures to look into the impact of reforms on the size of OOP health expenditures for premium-based public insurees. The study uses Household Budget Surveys that provide a range of individual- and household-level data as well as healthcare expenditures for the years 2003, before the reforms, and 2006, after the reforms. Results show that with the reforms ratio of households with non-zero OOP expenditure has increased. Share and level of OOP expenditures have decreased. The impact varies across income levels. A semi-parametric analysis shows that wealthier individuals benefited more in terms of the decrease in OOP health expenditures.

Union européenne
European Union

PAMMOLLI (F.), RICCABONI (M.), MAGAZZINI (L.)

The sustainability of European health care systems: beyond income and aging.

La soutenabilité des systèmes de santé européens : au-delà du revenu et du vieillissement.

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2012 : vol. 13 : n° 5 : 623-634.

Cote Irdes : P151

During the last 30 years, health care expenditure (HCE) has been growing much more rapidly than GDP in OECD countries. In this paper, we review the determinants of HCE dynamics in Europe, taking into account the role of income, aging population, technological progress, female labor participation and public budgetary variables. We show that HCE is a multifaceted phenomenon where demographic, social, economic, technological and institutional factors all play an important role. The comparison of total, public and private HCE reveals an imbalance of European welfare toward the care of the elderly. European Governments should increasingly rely on pluralistic systems to balance sustainability and access and equilibrate the distribution of resources across the functions of the public welfare system.

RICHARDSON (J.), SINHA (K.), IEZZI (A.),
MAXWELL (A.)

***Maximising health versus sharing:
Measuring preferences for the allocation
of the health budget.***

*Optimiser la santé ou la partager : mesure des
préférences pour l'allocation budgétaire en santé.*

SOCIAL SCIENCE & MEDECINE

2012 : vol. 75 : n° 8 : 1351-1361.

Cote Irdes : P103

Empirical evidence indicates that people consider sharing health resources to be important even in the absence of the attributes usually associated with equity (age, social class, ethnicity, disease severity or geographic location). If government is to take account of these preferences then survey methods are needed which allow their measurement. The present paper presents a new technique for measuring these preferences and reports the results of a representative survey of 626 Australians which employed the technique. The online and postal survey did not include any of the attributes usually associated with equity but was designed to quantify the respective importance of sharing life years (outcome egalitarianism), resource sharing per se and the changing importance of total health as other attributes varied. Results indicate respondents were primarily concerned with outcome egalitarianism, and that cost per life year had a relatively small effect upon their allocative decisions.

ARENZ (C.), EEKHOFF (J.), KOCHSKAMPER (S.)

***Private health insurance: a role model for
European health systems.***

*Assurance maladie privée : un modèle à suivre
pour les systèmes de santé européens.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2012 : vol. 13 : n° 5 : 615-621.

Cote Irdes : P151

European health care systems will face major challenges in the near future. Demographic change and technological progress induce rising costs. In order to deal with these developments and to preserve the current level of health care provision, health care systems need to be highly efficient. Yet existing health care systems show a lot of inefficiencies that result in waste of scarce resources. Therefore, improvements in performance are necessary. In this article, we argue that a change in financing health care accompanied by the liberalisation of the market for health care service providers offers a promising solution. We develop a market-based model for financing health care and show how it can be put into practice without generating additional costs for society while meeting social equity criteria.

Prévision-évaluation / Prevision-evaluation

Recommandations médicales Medical practice patterns

51611

FASCICULE , INTERNET
GIMBERT (V.)

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

Les recommandations médicales : un outil pertinent pour faire évoluer les pratiques des professionnels de santé ?

NOTE D'ANALYSE (LA)

2012/10 ; n° 291 : Pages : 12p.

Cote Irdes : En ligne

Les recommandations médicales se présentent comme des documents écrits destinés à aider le praticien, éventuellement le patient, à choisir la prise en charge la plus appropriée en fonction d'une situation clinique donnée. Outil d'aide à la décision, ces recommandations visent aussi à encadrer les pratiques professionnelles, afin de réduire leur hétérogénéité. Si les effets de ces référentiels sont très difficiles à évaluer, ils dépendent étroitement de leur appropriation par les médecins.

Sevrage tabagique Smoking cessation

MARTI (J.)

Assessing preferences for improved smoking cessation medications: a discrete choice experiment.

*Evaluation des préférences pour améliorer les
prescriptions d'aide au sevrage tabagique : une
expérimentation à choix discret.*

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

2012 : vol. 13 : n° 5 : 533-548.

Cote Irdes : P151

The use of smoking cessation medications can considerably enhance the long-term abstinence rate at a reasonable cost, but only a small proportion of quitters seek medical assistance. The objective of this

study was to evaluate the factors that influence the decision to use such treatments and the willingness-to-pay of smokers for improved cessation drugs. A discrete choice experiment was conducted amongst smokers in the French-speaking part of Switzerland. Choice sets consisted of two hypothetical medications described via five attributes (price, efficacy, possibility of minor side effects, attenuation of weight gain and availability) and an opt-out option. Various discrete choice models were estimated to analyse both the factors that influence treatment choice and those that influence the overall propensity to use a smoking cessation medication. Our results indicate that smokers are willing to pay for higher efficacy, less-frequent side effects and prevention of weight gain. Whether the drug is available over-the-counter or on medical prescription is of secondary importance. In addition, we show that there are several individual-specific factors influencing the decision to use such medications, including education level. Results also indicate substantial preference heterogeneity. CONCLUSION: This study shows that there is a potential demand for improved cessation medications. Broader usage could be reached through lower out-of-pocket price and greater efficacy. Secondary aspects such as side effects and weight gain should also be taken into consideration.

Méthodologie-statistique / Methodology-statistics

Analyse économique Economic analysis

WELTON (N.), ADES (A.E.)

Research decisions in the face of heterogeneity: what can a new study tell us?

*Décisions de recherche en situation
d'hétérogénéité : que peut nous dire une nouvelle
étude ?*

HEALTH ECONOMICS

2012 : vol. 21 : n° 10 : 1196-1200.

Cote Irdes : P173

Willan and Eckermann describe a method for dealing with heterogeneity in value of information (VOI) calculations for prioritising and designing new research. Their article raises three fundamental (inter-related) issues for VOI methods: (1) how to make sense of the concept of uncertainty in a cost-effectiveness analysis (CEA) model, (2) the interpretation of heterogeneity in CEA, and (3) the relationship between data from a new study and the CEA model when there is heterogeneity. We discuss these three issues using an illustrative example meta-analysis of magnesium for myocardial infarction. Careful consideration of the relationship between existing (and future) evidence and the CEA model is required to provide practical VOI methods that can help research funders prioritise new research in the face of heterogeneity.

Chainage Linkage

51172

ARTICLE

LE BIHAN-BENJAMIN (C.), LANDAIS (P.),
CHATELLIER (G.)

L'amélioration du chaînage des séjours dans la base nationale du PMSI MCO entre 2006 et 2009 : analyse et conséquences.

Numéro spécial : Journées Emois.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2012 ; vol. 30 : n° 1 : Pages : 17-30

Cote Irdes : C, P85

Le chaînage des séjours dans le PMSI offre de nouvelles perspectives d'analyse pour l'organisation des soins, l'économie médicale ou l'épidémiologie. Notre objectif était d'évaluer la qualité du chaînage des séjours MCO de 2006 à 2009. A partir des bases nationales PMSI de 2006 à 2009, la qualité du chaînage a été évaluée sur les séjours sans numéro de chaînage (NC), et sur les erreurs d'allocations du NC et de leurs causes. Le nombre de séjours sans NC a diminué de façon conséquente, passant de 1.055.777 (4.89 %) en 2006 à 196.689 (0.80 %) en 2009. Nous nous sommes intéressés à certains types de données aberrantes par NC qui persistent : nombre d'hospitalisations annuelles erronées, décès multiples, ou répétitions impossibles d'accouchements sur la période. Ceci a conduit à considérer aussi comme erreur de chaînage les anomalies pendant les étapes du chaînage. Ces anomalies portaient le plus souvent sur le numéro d'assuré social. Ainsi dénombrées, les erreurs de chaînage (manque ou anomalie) ont concerné 1.672.776 séjours (7.75 %) en 2006 et 459.023 (1.87 %) en 2009, avec de fortes disparités régionales en 2006 qui s'atténaient ensuite. En dépit de leur diminution chronologique, ces erreurs ont conduit pour 2009, à un déficit pour les établissements estimé à 376 millions d'euros. Le nombre de séjours sans NC ou avec anomalie de chaînage diminue. Les anomalies doivent être systématiquement prévenues en amont du chaînage. Les efforts doivent surtout porter sur le recueil approprié du numéro de sécurité sociale à l'admission, afin d'améliorer encore la qualité du chaînage.

Système d'information géographique Geographic information system

49534

ARTICLE

SAMARASUNDERA (E.), WALSH (T.), CHENG (T.)

Methods and tools for geographical mapping and analysis in primary health care.

Méthodes et outils de cartographie géographique et analyse des soins de santé primaires.

PRIMARY HEALTH CARE RESEARCH AND DEVELOPMENT

2012 ; vol. 13 : Pages : 10-21, tabl., carte

Cote Irdes : en ligne

The purpose of this paper is to review methods and tools for mapping, visualizing and exploring geographic information to aid in primary health care (PHC) research and development. Background: Mapping and spatial analysis of indicators of locality health profiles and healthcare needs assessment are well-established facets of health services research and development. However, while there are a range of different methods and tools used for these purposes, non-specialists responsible for managing the use of such information systems may find knowing where to start and what can be done a relatively steep learning curve. In this review, health and sociodemographic datasets are used to illustrate some key methods, tools and organisational issues, and builds upon two recent reviews in this journal, respectively, focusing on geographic data sources and geographic concepts. Those familiar with mapping and spatial analysis should find this a useful review of current matters. Method: A thematic review is presented with illustrative case studies relevant to PHC. It begins with a section on visualising and interpreting geographic information. This is followed by a section critiquing analytical methods. Consideration is given to software and deployment issues in a third section. Content is based on domain knowledge of the authors as a team of geographic information scientists and a public health practitioner working in tandem, with its scope restricted to routine applications of mapping and analysis. Advanced techniques such as spatio-temporal modelling are not considered, neither are methodological technicalities, although guidance on further reading is provided. Geographical perspectives are now playing a significant role in PHC delivery, and for those engaged in informatics and/or managing population-level care,

understanding key geographic information systems methods and terminologies are important as is gaining greater familiarity with institutional aspects of implementation.

Réglementation / Law

Professions de santé Health professions

49808

ARTICLE

ALLOUACHE (A.), VACARIE (I.)

Les bonnes pratiques professionnelles. Le sens des mots.

Les transformations des professions médicales :
organisation, règles et rémunérations.

JOURNAL D'ECONOMIE MEDICALE

2011 ; vol. 29 : n° 5 : Pages : 183-195

Cote Irdes : C, P85

Les recommandations de bonne pratique ont pour vocation de déterminer, à l'intention des professionnels de santé, la stratégie médicale optimale dans des circonstances cliniques données. A s'en tenir à cette définition, elles ne seraient rien d'autre qu'une aide à la décision médicale fondée sur l'état actuel des connaissances médicales. L'usage qu'en font les textes juridiques depuis une dizaine d'années leur donne une toute autre dimension : rendre possible l'imbrication de ce qui est généralement séparé, le médical et l'économique. L'analyse de l'évolution des relations juridiques entre l'assurance maladie et les professions de santé permettra de prendre la mesure de ce mouvement et de son incidence sur le système de santé.

Index des auteurs

Author index

INDEX DES AUTEURS / AUTHOR INDEX

A

ABBASI (A.)	54
ADES (A.E.).....	67
AITTOMAKI (A.)	34
AKTAKKE (N.)	64
ALLEN (J.).....	37
ALLOUACHE (A.).....	69
Alternatives Economiques.....	34
ANDRE (J.M.)	14
ANDREW (R.)	47
ANKRI (J.).....	32
ARENTZ (C.)	65
AUBERT (R.E.)	57
AUDE (J.).....	55
AUDOUIN (B.)	23

B

BAANDRUP (L.)	57
BACIC (J.)	26
BAICKER (K.).....	62
BARNAY (T.).....	21
BARNES (K.A.)	46
BATTY (D.G.).....	26
BAZEMORE (A.).....	46
BELLE (R.).....	37
BERCHET (C.)	36
BERNHEIM (S.M.)	54
BERTRAND (D.)	17
BIRNBERG (J.M.)	43
BLANCHARD (F.).....	32
BLUMBERG (L.J.).....	63
BONNET (C.)	33
BONNICI (B.)	53
BOTTICELLO (A.L.).....	29
BOYLE (K.A.).....	51

BRAS (P.L.).....	53
BRIGGS (A.).....	55
BRUNAT (M.).....	20
BUCHAN (H.).....	45
BUETTGENS (M.).....	63
BUNGENER (M.).....	48

C

Caisse Nationale d'Allocations Familiales. (C.N.A.F.).....	16
Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.)	59
CAMBOIS (E.).....	33
CASES (C.)	33
CATALANO (R.)	26
CAYLA (F.).....	36
Centre d'Analyse Stratégique. (C.A.S.).....	11 , 18 , 59 , 66
Centre d'Etudes et de l'Emploi. (C.E.E.).....	27
CHATELLIER (G.).....	67
CHENG (K.W.).....	26
CHENG (T.)	68
CHEN (J.).....	54
CHEN (W.)	54
CHEN (Y.).....	29
CHEVREUL (K.)	21
CHOUANIERE (D.)	27
COHIDON (C.)	27
Collège des Economistes de la Santé. (C.E.S.) ..	48
COMFORT (B.W.).....	46
CONGDON (W.J.)	62
CORTY (J.F.).....	36
COUTROT (T.).....	27
COUTURIER (P.).....	32
CROQ (C.).....	59

D

DAHROUGE (S.).....	46
DANEL (T.).....	23
DANET (S.).....	23
DAVIDOVITCH (N.).....	45
DAVIN (B.).....	32
DE ALBUQUERQUE (D.).....	20
DEBRAND (T.).....	30
DECKER (S.L.).....	63
DEL SOL (M.).....	14
DENIS (J.L.).....	12
DESRIAX (F.).....	27
DESRIVIERRE (D.).....	41
DE WAZIERES (B.).....	32
Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.).....	12 , 14 , 23 , 42 , 45
DIVAY (S.).....	56
DOMINGO (P.).....	16
DORAN (T.).....	47
DOSHI (J.A.).....	63
DRAME (M.).....	32
DROUOT (N.).....	36
DRYE (E.E.).....	54
DUGUET (E.).....	27
DUKE (D.).....	48
DURAND-ZALESKI (I.).....	21

E

Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale. (E.N.3.S.).....	14 , 20 , 21
EDEY GAMASSOU (C.).....	27
EEKHOFF (J.).....	65
EPSTEIN (R.S.).....	57
ERUS (B.).....	64

F

FAHET (G.).....	36
FARFAN-PORLET (M.I.).....	60
FARGEON (V.).....	20
FEDER-BUBIS (P.).....	45
FEDER (J.).....	63
FLATLEY (M.).....	31
FOREST (P.G.).....	12
FOURNIER (J.).....	49
FRIGUL (N.).....	15

G

GALTIER (B.).....	12
GARNERO (M.).....	14
GARTHWAITE (C.L.).....	62
GAUVAIN (J.B.).....	32
GAYMU (J.).....	30 , 33
GENOLINI (J.P.).....	18
GEORGE (P.).....	21
GEUE (C.).....	55
GILLAM (S.J.).....	48
GIMBERT (V.).....	66
GLASZIOU (P.P.).....	45
GONTHIER (R.).....	32
GOVAN (L.).....	55
GREENFIELD (G.).....	45
GRIGNON (M.).....	13 , 45
GRUMBACH (K.).....	46

H

HAAS (S.).....	38
HARRAR (E.).....	44
HART (C.).....	55
HASCHAR-NOE (N.).....	41
HEALE (R.).....	49
HEITZ (D.).....	32
HENCKES (N.).....	25

HERNANDEZ (E.M.).....	38
HIMMELSTEIN (D.U.)	48
HIRSH (J.M.).....	51
HOFMANN (A.)	19
HOLAHAN (J.).....	63
HOLMAN (C.)	31
HONTA (M.)	41
HOSSAIN (L.).....	54
HOSSAIN (M.M.).....	40
HOUSE (R.).....	51
HUMPHREYS (J.S.)	40

I

IEZZI (A.)	65
Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons. (I.R.E.B.)	23
Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. (I.N.S.E.E.)	41
Institut National d'Etudes Démographiques. (I.N.E.D.)	33

J

JEANDEL (C.)	32
JHA (A.K.).....	57
JOLLY (D.)	32
JURGES (H.).....	47
JUSOT (F.).....	36, 38

K

KHLAT (M.).....	38
KIVIMAKI (M.).....	26
KNAUP (A.E.).....	63
KNIES (L.)	38
KOCHSKAMPER (S.).....	65
KOCOGLU (Y.).....	20
KONETZKA (R.T.).....	54
KRANKLADER (E.).....	51

KROENING-ROCHE (J.C.)	46
KRUCIEN (N.)	48
KRUMHOLZ (H.M.).....	54
KUKOLJA (T.)	51

L

LAAKSONEN (M.)	34
LADIKTA (J.N.)	40
LAHELMA (E.).....	34
LALANDE (M.)	34
LANDAIS (P.).....	67
LANG (J.)	27
LANG (J.W.)	27
LANG (P.O.)	32
LANIECE (I.).....	32
LAZIMI (G.).....	44
LE BIHAN-BENJAMIN (C.).....	67
LE BIHAN-YOUIYOU (B.)	30
LE CLAINCHE (C.)	27
LE GOFF (E.)	42
LEJOYEUX (M.)	47
LESNE (N.).....	34
LEWSEY (J.)	55
L'HARIDON (O.).....	17
LINDROOTH (R.C.).....	54
LIN (Z.)	54
LOEHR (A.A.).....	51
LORGELLY (P.)	55
LOWTON (K.)	31
LUBLIN (H.)	57
LUMINET (B.)	36

M

MACKENBACH (J.P.)	37
MACKENZIE (T.D.)	51
MAEDA (J.L.)	52
MAGAZZINI (L.)	64
MAHMOUDI (R.)	32
MAJNONI D'INTIGNANO (I.)	12
MALAIZE (V.)	41
MANSUY (M.)	12
MARMOT (M.)	37
MARTI (J.)	66
MARTIKAINEN (P.)	34
MAXWELL (A.)	65
McGRAIL (M.R.)	40
MEHLER (P.S.)	51
MEMBRADO (M.)	18
MENVIELLE (G.)	38
MERLO (J.)	24
MEYER (J.)	31
MEZGER (V.)	23
MICHEL (H.)	31
MICHEL (P.)	52
MILLS (C.)	12
Ministère chargé de la Santé	12 , 14 , 23 , 42 , 45 , 51 , 52
MINODIER (C.)	52
MOISDON-CHATAIGNER (S.)	14
MOISDON (J.C.)	53
MOLINIE (A.F.)	27
MONNIER (J.M.)	15
MONTALEMBERT (P.)	12
MORTIMER (D.)	63
MOTY-MONNEREAU (C.)	52
MULDOON (L.)	46
MULLAINATHAN (S.)	62

N

NARBHEY (D.)	32
NAVATHE (A.S.)	54

NELL (M.)	19
NEOVIUS (K.)	24
NEOVIUS (M.)	24
NEUHAUSEN (K.)	46
NGAMINI NGUI (A.)	40
NICHOLSON (C.)	31
NOCON (R.S.)	43
NORMAND (S.L.)	54
NOVELLA (J.L.)	32
NOWATZKI (N.R.)	35
NYBERG (S.T.)	26

O

OCHSMANN (E.)	27
OKECHUKWU (C.)	26
OLIVA-MORENO (J.)	28
OLIVER (A.)	64
O'NEILL (C.)	17
OR (Z.)	52

P

PAMMOLLI (F.)	64
PARAPONARIS (A.)	32
PARIS (V.)	11
PAUTI (M.D.)	36
PEACOCK (S.)	63
PELLETIER-FLEURY (N.)	48
PERETTI-WATEL (P.)	17
PFARR (C.)	25
PHILLIPS (R.L.)	46
PLISKIN (J.S.)	45
POHL (V.)	47
POLSKY (D.)	63
POLTON (D.)	12
PRESS (M.J.)	54
PRIEUR (C.)	62
PUCCI (M.)	16

Q

QUENON (J.L.)	52
QUEROUIL (O.).....	34

R

RAHKONEN (O.)	34
RAMIRO-FARINAS (D.)	24
RASMUSSEN (F.)	24
RAVOUX (V.).....	21
RAYNAUD (D.)	55
REHNBERG (C.)	24
RENAUD (T.).....	52
REYNAUDI (M.)	11 , 18
RICCABONI (M.).....	64
RICHARDSON (J.)	65
RIETZE (L.).....	49
RIGARD-CERISON (A.).....	59
ROCA (R.).....	18
ROLLAND (C.).....	18
ROSS (J.S.).....	54
RUSSELL (G.)	46

S

SABEL (A.I.)	51
SAINT JEAN (O.)	32
SAMARASUNDERA (E.)	68
SASSO (A.T.)	52
SATO (A.).....	35
SAUNERON (S.)	18
SCHIMMEL (J.)	28
SCHNEIDER (B.S.).....	25
SCHNEIDER (U.)	25
SCODELLARO (C.).....	38
SEROR (V.).....	17
SHARMA (R.).....	43

SILLES (M.).....	17
SINHA (K.)	65
SIRIWARDENA (A.N.)	48
SIRVEN (N.)	30
SOMME (D.).....	32
SORENSEN (J.).....	57
SPRINGER (S.)	30
STAPOLETON (D.C.).....	28
STEEL (N.)	48

T

TEAGARDEN (J.R.).....	57
TEILLANT (A.).....	59
THIEBAUT (S.)	21
TOMASINO (A.).....	36
TRANNOY (A.).....	38
TRONQUOY (P.).....	12
TULSKY (D.S.)	29

U

UDDIN (S.)	54
ULRICH (V.)	25

V

VACARIE (I.)	69
VANASSE (A.)	40
VANDER STICHELE (R.).....	60
VAN DE VOORDE (C.)	60
VAN ROEKEGHEM (F.).....	49
VAYSETTE (P.)	43
VEGA (A.)	60
VENTELOU (B.).....	21
VERGER (P.).....	32
VICIANA-FERNANDEZ (F.J.)	24
VIDEAU (Y.)	48
VILLEBRUN (F.).....	44

VOISIN (T.).....	32
VOLKOFF (S.).....	27
VOLPP (K.G.).....	54
VRIJENS (F.).....	60

W

WALSH (B.)	17
WALSH (T.)	68
WARREN (J.R.)	38
WELTON (N.).....	67
WIENTROUB (S.).....	45
WOOLHANDLER (S.).....	48

Y

YAO (J.).....	57
---------------	----

Z

Z Aidman (C.)	20
ZHU (J.)	54

Carnet d'adresse des éditeurs

Publishers address book

CARNET D'ADRESSE DES EDITEURS **PUBLISHER ADDRESS BOOK**

A

ALTERNATIVES ECONOMIQUES

Rédaction : Alternatives économiques
28, rue du Sentier
75002 Paris
☎ 01 44 88 28 90
Fax : 01 40 28 43 58
Email : redaction@alternatives-economiques.fr
<http://www.alternatives-economiques.fr>

Abonnements : 12 rue du Cap Vert
21805 Quetigny cedex
☎ 03 80 48 10 25
Fax : 03 80 48 10 34

Diffusion en librairie : Dif'pop
21 ter, rue Voltaire
75011 Paris
☎ 01 40 24 21 31
Fax : 01 40 24 15 88

AMERICAN ECONOMIC JOURNAL: ECONOMIC POLICY

AEA (American Economic Association)
2014 Broadway - suite 305
Nashville tn 37203
Etats-unis
☎ 00 1 615 322 2595
<http://www.vanderbilt.edu/aea/>

ANNALS OF FAMILY MEDICINE

Annals of Family Medicine, Inc.
11400 Tomahawk Creek Parkway
Leawood, KS 66211-2672
Etats-Unis
<http://www.annfam.org/>

APPLIED GEOGRAPHY

Diffusion : Elsevier
Journals Customer Service
The Boulevard, Langford Lane
Kidlington OX5 1GB, United Kingdom

☎ 44 1865 843434
Fax: + 44 1865 843912
Email: JournalsCustomerServiceEMEA@elsevier.com
<http://www.journals.elsevier.com/applied-geography>

APPLIED HEALTH ECONOMICS AND HEALTH POLICY

Fax : 00 64 9 414 6491
Email : subs@nz.adis.com
<http://adisonline.com/healthconomics/pages/default.aspx>

B

BMJ : BRITISH MEDICAL JOURNAL

Fulfilment department
BMJ Publishing Group Ltd.
PO BOX 299
London WC1H 9TD
Royaume-Uni
☎ + 44 (0) 20 7383 6270
<http://www.bmj.com/>

BULLETIN DE L'ACADEMIE NATIONALE DE MEDECINE

Diffusion : Elsevier-Masson
Service Abonnements
62, rue Camille Desmoulins
92442 Issy Les Moulineaux cedex
http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/709580/description#description

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE (BEH)

Rédaction et diffusion : Institut de veille sanitaire
BEH Abonnements
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
☎ 01 41 79 68 89
Fax : 01 41 79 68 40
<http://www.invs.sante.fr/> (tous les numéros en ligne)

C

CAHIERS DE SANTE PUBLIQUE ET DE PROTECTION SOCIALE (LES)

Rédaction et diffusion :

Fondation Gabriel Péri

11 rue Etienne Marcel

93500 Pantin

<http://www.gabrielperi.fr/Les-Cahiers-de-Sante-Publique-et.1156>

CAHIERS FRANÇAIS

Diffusion : La Documentation Française

29-31, Quai Voltaire

75344 Paris Cedex 07

☎ 01 40 15 71 10

Fax : 01 40 15 67 83

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/revues/cahiers-francais/>

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

D

DOCUMENTS POUR LE MEDECIN DU TRAVAIL INRS

65 boulevard Richard Lenoir

75011 Paris

<http://www.rst-sante-travail.fr/>

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTÉ

Rédaction : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

DREES

En ligne

<http://www.drees.sante.gouv.fr/dossiers-solidarite-et-sante.748.html>

DROIT ET SOCIETE

Abonnement : Librairie Générale de Droit et de

Jurisprudence, Lextenso éditions

33, rue du Mail

75002 Paris

<http://www.reds.msh-paris.fr/publications/revue/revue-ds.htm>

DROIT SOCIAL

Rédaction : Jean-Jacques Dupeyroux

Diffusion : Editions techniques et économiques

3, rue Soufflot

75005 Paris

☎ 01 55 42 61 30

Fax : 01 55 42 61 39

Email : editecom@starnet.fr

<http://www.editecom.com>

E

ECONOMIE PUBLIQUE - PUBLIC ECONOMICS

IDEP (Institut d'Economie Publique)

Centre de la Vieille Charité

2, rue de la Charité

13002 Marseille

☎ 04 91 14 07 70

Email : carole.paris@univmed.fr

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

E-SSENTIEL (L')

Diffusion : CNAF (Caisse Nationale des Allocations Familiales)

DSER (Direction des statistiques, des études et des recherches)

23, rue Daviel

75634 Paris Cedex 13

Email : lucienne.hontarrede@cnafr.fr

<http://www.cnafr.fr> => Publications => l'E-sentiel (en ligne depuis le 1^{er} numéro de juin 2002)

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

Carnet d'adresse des éditeurs
Publishers address book

☎ 01 44 56 82 00
Fax : 01 44 56 81 40
<http://www.drees.sante.gouv.fr/etudes-et-resultats.678.html>

EUROHEALTH

Rédaction et diffusion : LSE Health and Social Care
London School of Economics and Political Science
Houghton Street
London WC2A 2AE
Royaume-Uni
<http://www2.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/LSEHealth/documents/eurohealth/eurohealth.aspx>

EUROPEAN JOURNAL OF HEALTH ECONOMICS

Diffusion : Springer Customer Service
Haberstrasse 7
69126 Heidelberg
Allemagne
☎ 00 49 6221 345 247
Fax : 00 49 6221 345 200
Email : orders@springer.de
<http://www.springerlink.com/home/main.mpx>

F

FOCUS ALCOOLOGIE

Rédaction et diffusion : IREB (Institut de Recherches Scientifiques sur les Boissons)
19, av Trudaine
75009 Paris
☎ 01 48 74 82 19
Fax : 01 48 78 17 56
Email : ireb@ireb.com
<http://www.ireb.com>

H

HEALTH AFFAIRS

Diffusion : Health Affairs
7500 Old Georgetown Road
Suite 600

Bethesda, MD 20814-6133
Etats-Unis
☎ 00 1 301 347 3900
Fax : 00 1 301 654 2845
<http://www.healthaffairs.org>

HEALTH ECONOMICS

Rédaction et diffusion : CHE (Centre for Health Economics)
Diffusé par : John Wiley & Sons Ltd
Journals Customer Services
The Atrium
Southern Gate
Chichester
PO19 8QG, United Kingdom
Phone: 44 (0)1865 778315
Email : cs-journals@wiley.com
<http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1002/%28ISSN%291099-1050>

HEALTHCARE POLICY / POLITIQUE DE SANTE

Longwoods Publishing Corporation
260 Adelaide Street East, No. 8,
Toronto ON M5A 1N
Canada
<http://www.longwoods.com/publications/healthcare-policy>

HEALTHCARE QUARTERLY

Longwoods Publishing Corporation
260 Adelaide Street East, No. 8,
Toronto ON M5A 1N1
Canada
<http://www.longwoods.com/publications/healthcare-quarterly>

I

INQUIRY

Rédaction et diffusion : Finger Lakes Blue Cross and Blue Shield et al.
Inquiry
PO Box 527
Glenview, IL 60025
Etats-Unis
☎ 00 1 847 724 9280

<http://www.inquiryjournal.org>

**INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH
GEOGRAPHICS**

c/o BioMed Central
236 Gray's Inn Road
London WC1X 8HB
Royaume-Uni

Email: mkamel@medicad.com (Editorial enquiries)
<http://www.ij-healthgeographics.com/>

**JOURNAL OF HEALTH POLITICS, POLICY AND
LAW**

Diffusion : Duke University Press
Box 90660
Durham NC 27708-0660
Etats-Unis

☎ 00 1 919 687 3653
<http://jhpl.dukejournals.org/>

**INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH
SERVICES**

Diffusion : Baywood Publishing Compagny, Inc.
26 Austin ave.
PO Box 337
Amityville, NY 11701
Etats-Unis

<http://baywood.com>

**JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL
ASSOCIATION (JAMA)**

Diffusion Europe
C/o EMD GmbH
Birkenstr. 67
10559 Berlin
Allemagne

Email: ama@emd-germany.de

J

JOURNAL D'ÉCONOMIE MÉDICALE

Diffusion : Diffusion ESKA
12, rue du quatre septembre
75002 Paris

☎ 01 40 94 22 22

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

L

lancet (THE) : Edition anglaise

Rédaction : The Lancet Ltd
32 Jamestown Road
London NW1 7BY, UK
Royaume-Uni

☎ 00 44 207 424 4910
<http://www.thelancet.com/>

Customer Services
Elsevier Ltd
The Boulevard
Langford Lane, Kidlington
Oxford OX5 1GB

Royaume-Uni
☎ 00 44186 584 3077
Email: custserv@lancet.com

LETTRE DU COLLEGE

Rédaction et diffusion : Collège des Economistes de la
Santé

Site CNRS - Bâtiment E
7 rue Guy Môquet
94801 Villejuif

☎ (01) 49 58 33 72
Fax : (01) 49 58 34 38
<http://www.ces-asso.org/>

M

MEDECINE : REVUE DE L'UNAFORMEC

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

261 rue de Paris
93556 Montreuil cedex

☎ 01 43 63 80 00
Fax : 01 43 63 68 11
Email : unafomec@wanadoo.fr
<http://www.unafomec.org>

Diffusion : Editions John Libbey Eurotext
<http://www.revue-medecine.com/>

**MEDECINS : BULLETIN D'INFORMATION DE
L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS**

Ordre des médecins
180, bd Haussmann,
75389 Paris Cedex 08
☎ 01 53 89 32 00
<http://bulletin.conseil-national.medecin.fr/>

MEDICAL CARE

Diffusion : Lippincott Williams & Wilkins
Journal orders and Requests
250 Waterloo Rd
London SE18RD
Royaume Uni
Tel : 00 44 20 7981 0535
Fax : 00 44 20 7981 0535
Email : orders@lww.com

MEDICAL CARE RESEARCH AND REVIEW

Diffusion : Sage publications
2455 Teller Road
Thousand Oaks, CA 91320
Etats-Unis
☎ 00 1 805 499 9774
Email : order@sagepub.com
<http://www.sagepub.com>

MILBANK QUARTELY (THE)

Rédaction : Milbank Memorial Fund
Diffusion : Blackwell Publishers
9600 Garsington Road
Oxford, OX4 2DQ
Royaume-Uni
☎ 00 44 1865 776 868
Fax: 00 44 1865 714 591
Email : subscrip@blackwell.pu.com
<http://www.milbank.org/quarterly.html>

N

NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE (THE)

Rédaction : The Massachussets Medical Society
Diffusion en France : EMD France SA
BP 1029
59011 Lille cedex
☎ 03 20 30 03 02

Fax : 03 20 57 07 60
<http://content.nejm.org/>

NOTE D'ANALYSE

Rédaction et diffusion : Centre d'analyse stratégique
18 rue de Martignac
75700 Paris cedex 07
☎ 01 45 56 51 00
Fax : 01 45 55 53 37
<http://www.strategie.gouv.fr/Les-notes-d-analyses>

P

PAGES DE PROFIL

Diffusion : I.N.S.E.E. Nord-Pas-de-Calais (Institut
National de la Statistique et des Etudes Economiques)
130 av Président Kennedy
59034 Lille cedex
☎ 03 20 62 86 29
Fax : 03 20 62 89 00
http://www.insee.fr/fr/insee_regions/nord-pas-de-calais/home/home_page.asp

POPULATION

Rédaction et diffusion : INED (Institut National des
Etudes Démographiques)
133, Bd Davout
75020 Paris
☎ 01 56 06 20 00
Fax : 01 56 06 22 38
Email : ined@ined.fr
http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/population/ (sommaries et résumés, index des auteurs)

POPULATION ET SOCIETES

Rédaction et diffusion : INED (Institut National des
Etudes Démographiques)
133, Bd Davout
75980 Paris cedex 20
☎ 01 56 06 20 00
Fax : 01 56 06 22 38
http://www.ined.fr/fr/ressources_documentation/publications/pop_soc/

**PRATIQUES : LES CAHIERS DE LA MEDECINE
UTOPIQUE**

52, rue Galliéni
92240 Malakoff
☎ 01 46 57 85 85
Fax : 01 46 57 08 60
Email : revuepratiques@free.fr
<http://www.pratiques.fr/>

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> (texte intégral)

PRESCRIRE (La Revue)

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
<http://www.prescrire.org> (pour les abonnés : articles depuis le n° 103 en ligne, index 2002, sommaire des 6 derniers mois)

**PRIMARY HEALTH CARE RESEARCH AND
DEVELOPMENT**

Diffusion : Cambridge University Press
The Edinburgh Building
Shaftesbury Road
Cambridge CB2 2RU
Royaume-Uni
<http://journals.cambridge.org/action/displayJournal?jid=PHC>



REGARDS

Rédaction et diffusion : E.N.3.S. (Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale)
(ex C.N.E.S.S.S. - Centre National d'Etudes

Supérieures de Sécurité Sociale)
27, rue du Docteur Charcot
42031 St Etienne
☎ 04 77 81 15 15
Fax : 04 77 81 15 00
Email : en3s@en3s.fr
<http://www.en3s.fr/>

RESEAUX SANTE ET TERRITOIRE

Diffusion : Editions de santé
28, avenue de Messine
75381 Paris Cedex 8
☎ 01 40 70 16 15
Fax : 01 40 70 16 14
Email : editions.de.sante@wanadoo.fr

RETRAITE & SOCIETE

Rédaction : CNAV (Caisse Nationale de l'Assurance Vieillesse)
Diffusion : la Documentation française
☎ 01 40 15 70 10
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr>
<https://www.lassuranceretraite.fr>

**REVUE D'EPIDEMIOLOGIE ET DE SANTE
PUBLIQUE**

Diffusion : Elsevier Masson S.A.S.
62, rue Camille Desmoulins
92442 Issy les Moulineaux cedex
☎ 01 71 16 55 99
<http://www.em-consulte.com/revue/RESPE/presentation/revue-d-epidemiologie-et-de-sante-publique>

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

Rédaction : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité
DREES
11, place des 5 Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
☎ 01 40 56 82 31

Diffusé par : La Documentation Française
124, rue Henri Barbusse
93308 Aubervilliers cedex
☎ 01 40 15 70 00
Fax : 01 40 15 68 00

S

SANTE ET TRAVAIL

Rédaction : Mutualité française
255, rue de Vaugirard
75719 Paris cedex 15
☎ 01 40 43 30 30

Diffusion : santé et travail abonnements
12, rue du Cap Vert
21800 Quétigny
☎ 03 80 48 10 25
Email : abonnements@sante-et-travail.fr
<http://www.sante-et-travail.fr/>

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

Rédaction : ADESSS (Association pour le
Développement des Sciences Sociales de la Santé)
Diffusé par : John Libbey Eurotext
127, av. de la République
92120 Montrouge
☎ 01 46 73 06 60
Fax : 01 40 84 09 99
Email : marketing@jle.com
<http://www.john-libbey-eurotext.fr/fr/revues/sss/index.htm> (résumés en ligne depuis 1997)

SERIE STATISTIQUES– DOCUMENT DE TRAVAIL

Rédaction et diffusion : Ministère chargé de la santé
DREES
11, pl. des 5 Martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14
☎ 01 40 56 66 00
Fax : 01 40 56 81 30
<http://www.drees.sante.gouv.fr/serie-statistiques.753.html>

SEVE : LES TRIBUNES DE LA SANTE

Rédaction et diffusion : Editions de santé
28, avenue de Messine
75381 Paris CEDEX 8
☎ 01 40 70 16 15
Email : editions.de.sante@wanadoo.fr
http://www.editionsdesante.fr/category.php?id_category=18

SOCIAL SCIENCE AND MEDICINE

Diffusion : Elsevier Science
Customer Service Department
PO Box 211
1001 AE Amsterdam
Pays-Bas
☎ 00 31 20 485 3757
Fax : 00 31 20 485 3432
Email : ninfo-f@elsevier.nl
http://www.elsevier.com/wps/find/journaldescription.cws_home/315/description#description

SOCIOLOGIE SANTE

Diffusion : Les Études Hospitalières
253-255 cours du Maréchal-Gallieni
33000 Bordeaux
<http://www.leh.fr/edition/revue-sociologie-sante/>

SPATIAL AND SPATIO-TEMPORAL EPIDEMIOLOGY

Elsevier
Journals Customer Service
The Boulevard, Langford Lane
Kidlington OX5 1GB, United Kingdom
<http://www.journals.elsevier.com/spatial-and-spatio-temporal-epidemiology/>

Irdes Documentation center

Member of the Public Health Data Base network (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

Missions

- carries out constant monitoring of available resources and produces reviews of literature
- is open to the public and replies to bibliographical requests by e-mail or telephone

On-site consultation, on appointment only:
Tel.: 33 1 (0)1 53 93 43 56/01

Opening days and hours:
Monday, Tuesday and Thursday: 9.15 am - 12 noon

Multidisciplinary documentary archives

It covers, both at national and international level, health economics, public health system organisation and public health policy, hospital sector, social protection, economic theory and statistical methodology...

It includes:

- the totality of research reports published by Irdes since 1954, previously the medical economics division of the Research Centre for the Study and Observation of Living Conditions (Credoc)
- official reports and health statistics publications;
- 15,000 works and theses
- 300 collections of periodicals, of which 30% in English
- 1,400 working papers from foreign research centres
- thematic files

Documentary products

Available free-of-charge on the IRDES web site (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>):

- *Lu pour vous*, the 'Read for You' section presents a monthly review of books, working papers and web sites
- thematic bibliographies and syntheses
- a directory of health-related web sites, addresses and the calendar of conferences
- bibliographical research sources and methods
- a specialised French/English glossary of health economics terms

La documentation de l'Irdes

Membre du réseau de la Banque de données en santé publique (<http://www.bdsp.ehesp.fr/>).

Missions

- assure la veille documentaire et réalise des revues de la littérature
- accueille le public et répond, par courriel ou téléphone, aux recherches bibliographiques externes

Consultation sur place, uniquement sur rendez-vous :

Tél. : 01 53 93 43 56/01

Jours et horaires d'ouverture au public :
lundi, mardi et jeudi : 9h15 -12h

Fonds documentaire pluridisciplinaire

Il couvre, aux niveaux national et international, l'économie de la santé, l'organisation des systèmes de santé, les politiques de santé, l'hôpital, la protection sociale, les théories économiques et méthodes statistiques...

Il comprend :

- l'intégralité des rapports et études publiés par l'Irdes depuis 1954, ancienne Division d'économie médicale du Centre de recherche pour l'étude de l'observation des conditions de vie (Credoc)
- les rapports officiels et recueils de statistiques sur la santé
- 15 000 ouvrages et thèses
- 300 collections de périodiques, dont 30 % en anglais
- 1 400 *working papers* de centres de recherche étrangers
- des dossiers thématiques

Produits documentaires

A consulter gratuitement sur le site de l'Irdes (<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/>) :

- **Lu pour vous**, une rubrique mensuelle présentant livres, *working papers* et sites Internet
- des bibliographies thématiques et synthèses
- le carnet d'adresses en santé, l'annuaire de sites, le calendrier des colloques
- des sources et méthodes de recherche bibliographique
- un glossaire anglais/français spécialisé en économie de la santé

Contacter la documentation de l'Irdes

- **Consultation sur place, *uniquement sur rendez-vous* :**

Tél. : 01 53 93 43 56 ou 01

Jours et horaires d'ouverture au public :

lundi, mardi et jeudi : 9h15 - 12h

- **Par courrier :**

IRDES

Service de documentation

10, rue Vauvenargues

75018 PARIS

- **Courriel :** documentation@irdes.fr

- **Site Internet :** <http://www.irdes.fr/EspaceDoc>

Contact Irdes Documentation center

- **On-site consultation, *on appointment only*:**

Tél.: + 33 (0)1 53 93 43 56 or 01

Opening days and hours:

Monday, Tuesday and Thursday: 9.15 am - 12 noon

- **By post:**

IRDES

Service de documentation

10, rue Vauvenargues

75018 PARIS

- **Email:** documentation@irdes.fr

- **Website:** <http://www.irdes.fr/EspaceDoc>