

# Quoi de neuf, Doc ?

**Bulletin bibliographique  
en économie de la santé  
Octobre - Novembre -  
Décembre 2002**

■ **Service Documentation**



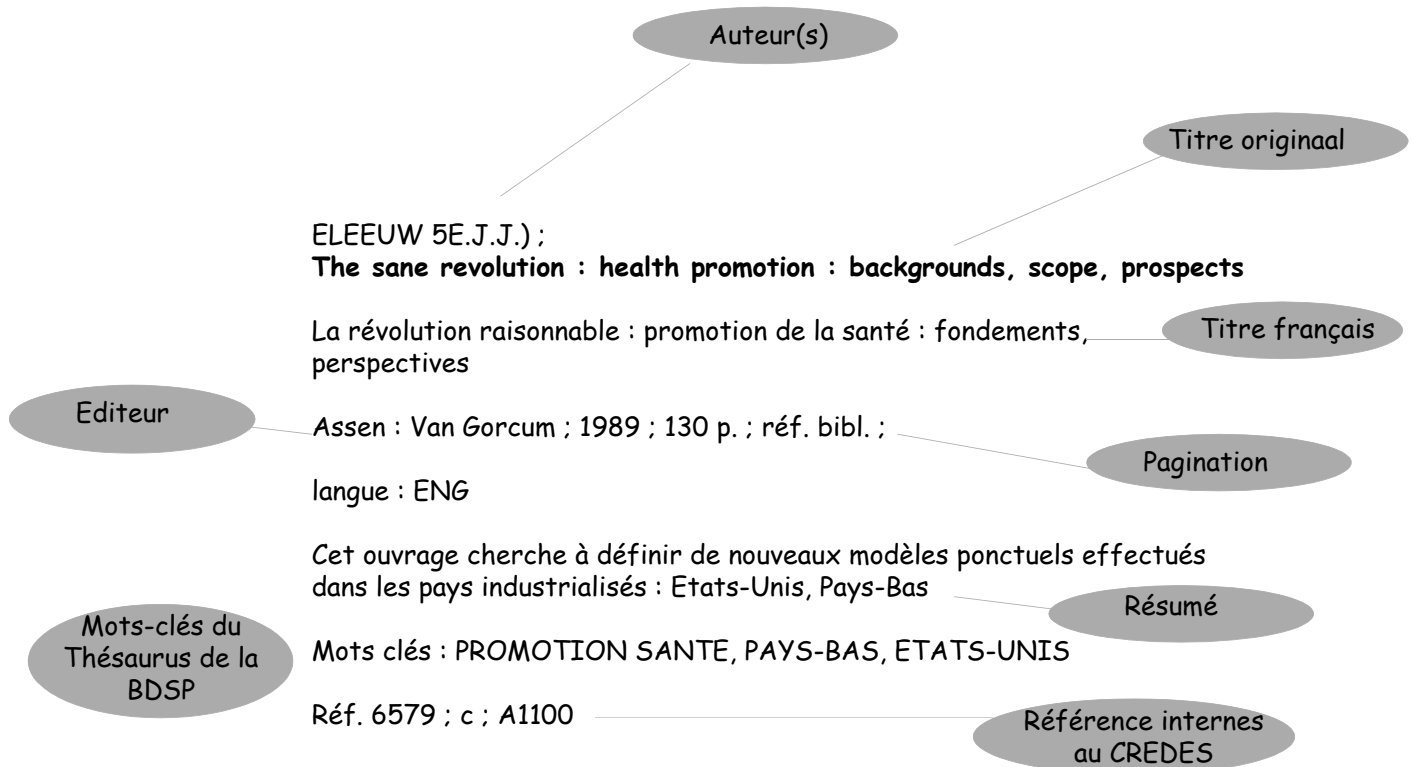
## Présentation

- Le bulletin bibliographique « Quoi de neuf, Doc ? » a pour but d'informer régulièrement toutes les personnes concernées par l'Économie de la Santé.  
Les références bibliographiques sont issues de la banque de données du CREDES.
  
- La plupart d'entre elle sont accessibles en ligne sur la Base de Données Santé Publique dont le CREDES est l'un des nombreux producteurs (Minitel : 3617 code BDSP ; Internet : <http://www.bdsp.tm.fr>).
  
- Le bulletin se compose de deux parties :
  - une partie signalétique présentant les notices bibliographiques selon un mode de classement thématique,
    - plusieurs index qui facilitent la recherche :
      - ▶ un index des auteurs cités,
      - ▶ un index des éditeurs.
  
- Les documents cités dans ce bulletin peuvent être consultés au service de documentation du CREDES selon les modalités de consultation précisées à la fin du bulletin ou commandés directement auprès de l'éditeur dont les coordonnées sont mentionnées dans le carnet d'adresses des éditeurs.  
Aucune photocopie ne sera délivrée par courrier.

Le CREDES est disponible sur Internet.  
Pour contacter le centre de documentation :  
**E-Mail** : [document@credes.fr](mailto:document@credes.fr)  
Pour obtenir des informations sur le CREDES et ses prestations :  
**Serveur Web** : [www.credes.fr](http://www.credes.fr)



## Comment lire une notice ?



## Signification des abréviations

et al. (et alii)	☞	Et d'autres auteurs
p.	☞	Pagination
graph.	☞	Présence de graphique
tabl.	☞	Présence de tableau
Réf.	☞	Références bibliographiques citées à la fin du texte dans le corps du texte
Réf. bibl.	☞	Références bibliographiques citées



**Sommaire**





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

**aucune photocopie**

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



Sommaire

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

**POLITIQUE DE SANTÉ (17 à 20)**

Etude prospective ..... 17  
Historique ..... 17  
Maîtrise dépenses..... 17-18  
Performance ..... 18  
Sociologie politique ..... 18-20

**PROTECTION SOCIALE (20 à 26)**

Aide sociale..... 20  
Canam ..... 21  
CMU ..... 21-22  
Couverture complémentaire..... 22  
Mutualité ..... 22-23  
FAJ..... 23  
MSA ..... 23-24  
Prestations sociales ..... 24  
Régime spécial ..... 24-25  
Retraite ..... 25  
RMI ..... 25-26

**PRÉVENTION (26 à 28)**

Alcoolisme..... 26  
Alimentation ..... 26-27  
Diabète..... 27  
Dyslipidémies ..... 27-28  
Hypertension..... 28  
Méningite ..... 28

**DÉPENSES DE SANTÉ (29 à 31)**

Aide sociale..... 29  
Protection sociale..... 30  
Comptes de la santé ..... 30  
Coût maladie ..... 30-31  
Déterminants..... 31  
Etude comparée..... 31

**CONSOMMATION MÉDICALE (32 à 35)**

Analyse temporelle..... 32-33  
CMU ..... 33  
Couverture complémentaire ..... 33-34  
Médicaments ..... 34-35

**INDICATEURS DE SANTÉ (35 à 39)**

Accidents du travail ..... 35  
Alcoolisme ..... 35  
Asthme ..... 35-36  
Cancer..... 36-37  
Douleur..... 37  
Sida ..... 37-38  
Suicide ..... 38  
Tabagisme ..... 38  
Troubles musculo-squelettiques ..... 39

**PERSONNES ÂGÉES (39 à 42)**

Apa ..... 39-40  
Dépendance..... 40-41  
Revenu ..... 41-42

**GROUPE DE POPULATION (43 à 46)**

Adolescents..... 43  
Exclusion ..... 43  
Handicapés ..... 43-44  
Inégalités sociales ..... 44  
Jeunes adultes ..... 44  
Prisonniers ..... 44-46  
Rmi ..... 46

**GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ (46 à 48)**

Aide médicale ..... 46  
Aquitaine ..... 46-47  
Auvergne ..... 47

Île-de-France.....	47
Régionalisation .....	48
Rhône-Alpes .....	48
Subutex.....	48

### MÉDECINE LIBÉRALE (49)

Démographie médicale .....	49
----------------------------	----

### HÔPITAL (49 à 60)

ARH .....	49-50
Bilan .....	50
Césarienne.....	50
Chirurgie ambulatoire.....	50-51
Cliniques privées.....	51
Comptabilité hospitalière.....	51-52
Conditions de travail .....	52-53
Consultations externes .....	53
Equipement.....	53-54
Hospitalisation à domicile .....	54
Indicateurs de gestion hospitalière .....	54
Information médicale.....	54-55
Interventions chirurgicales .....	55-56
Oncologie.....	56
Personnel hospitalier .....	56
Pmsi .....	57
Psychiatrie .....	57-58
Soins de suite .....	58
Tarifcation .....	58-59
Transfusion .....	59-60

### PROFESSIONS DE SANTÉ (60 à 61)

Infirmiers .....	60
Pharmaciens .....	60
Revenu.....	61

### MÉDICAMENTS (61 à 66)

Amm.....	61
Anti-hypertenseurs.....	62
Antibiotiques .....	62

Antiulcéreux .....	62-63
Buprénorphine .....	63-64
Dépendance.....	64
Prescriptions .....	64-65
Psychotropes .....	65-66
Quinolone .....	66

### TECHNOLOGIE MÉDICALE (67)

Diffusion .....	67
Remboursement.....	67

### SYSTÈMES DE SANTE ETRANGERS (67 à 83)

Allemagne .....	67-68
Belgique .....	68
Communauté européenne .....	68-69
Danemark.....	69
Etats-Unis.....	69-70
Europe.....	70-72
Finlande .....	72
Japon .....	72-73
Norvège.....	73
Nouvelle-Zélande .....	73-74
Pays voie développement .....	74
Pays industrialisés .....	74-75
Pays nordiques .....	75
Québec.....	75-76
Royaume-Uni .....	76-80
Suède .....	80
Suisse .....	80-82
Union européenne.....	82-83

### PRÉVISION-ÉVALUATION (83 à 85)

Echelle de santé.....	83
Economie de la santé.....	83
Etat de santé .....	83-84
Mammographie .....	84
Politique défavorisés .....	84
Programme de santé.....	84-85
Qualité .....	85
Tabagisme .....	85

### MÉTHODOLOGIE-STATISTIQUE (85 à 89)

Comptes de la santé .....	85-86
Dépenses de santé .....	86
Enquête.....	86-87
Équité.....	87
Pauvreté .....	87-88
Qualité de vie .....	88
Régression .....	89
Théorie du prospect .....	89

### DÉMOGRAPHIE-MODE DE VIE (89 à 95)

Consommation alimentaire .....	89-90
Histoire familiale.....	90-91
Indicateurs démographiques.....	91-92
Loisirs.....	92
Migration .....	92
Mobilité sociale .....	92-93
Population .....	93-94
Projection .....	94
Retraite .....	94-95

### ÉCONOMIE GÉNÉRALE (95 à 98)

Comptabilité nationale .....	95-96
Consommation.....	96
Emploi .....	96
Marché du travail .....	96-97
Revenus .....	97-98

### DOCUMENTATION-INFORMATIQUE (98 à 101)

Annuaire.....	98-99
Rapports annuels d'activité .....	99-100
Réglementation .....	100-101

- Index des auteurs ..... 103 à 109
- Carnet d'adresses des éditeurs 111 à 120
- Calendrier des colloques ..... 121 à 128



## **Références bibliographiques**





## POLITIQUE DE SANTÉ

### Etude prospective

21141

ARTICLE

POLTON (D.)

**Quels enjeux pour l'avenir du système de santé français ?**

REVUE DE LA CFDT (LA)

Paris : CFDT- Presse : 2002/06 ; n° 52 : 14-19 C, R1392

Des évolutions démographiques, culturelles et techniques vont profondément modifier l'offre de soins à l'horizon 2020. Comment les systèmes de santé et de protection sociale peuvent-ils évoluer pour répondre à ces transformations ?

PLANIFICATION, SYSTÈME SANTÉ, AMÉNAGEMENT TERRITOIRE, ÉVOLUTION

FRANCE

LOI, ÉTUDE PROSPECTIVE

### Historique

20481

ARTICLE

RENARD (D.)

**Logiques politiques et logiques de programmation d'action : la création des administrations sociales sous la IIIe République.**

*L'administration sanitaire et sociale*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2001/10/12 ; n° 4 : 33-39

P59

Une difficulté de l'analyse des politiques publiques est de comprendre, comment s'articulent dans la prise de décision, les logiques de court terme propres à la vie politique et les logiques de programme d'action qui se développe normalement à terme plus long. L'histoire des créations successives d'administrations centrales en charge des questions sociales sous la IIIe République fournit un matériau intéressant pour aborder cette question. Il montre, sans surprise, que les innovations organisationnelles qui semblent avoir le plus de chance de durer sont celles qui se révèlent les plus souples, les plus susceptibles d'être réinterprétées et de servir d'autres objectifs que ceux qui leur avaient été assignés à leur création (Résumé d'auteur).

POLITIQUE, POLITIQUE SANTÉ, POLITIQUE SOCIALE, ADMINISTRATION, MINISTÈRE, MINISTÈRE SANTÉ, ORGANISATION, PROGRAMME ACTION

FRANCE

HISTORIQUE, SOCIOLOGIE POLITIQUE, SOCIOLOGIE ORGANISATION, PROCESSUS, LOGIQUE

### Maîtrise dépenses

20483

ARTICLE

OIGEN (A.)

**Le système RMO, la maîtrise des dépenses de santé et les paradoxes du contrôle.**

*L'administration sanitaire et sociale*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2001/10/12 ; n° 4 : 51-57

P59

Les références médicales opposables (RMO) ont longtemps été présentées comme la pierre angulaire de la maîtrise des dépenses de santé. Une enquête sur la mise en application du " système RMO " a conduit à constater que, quatre années après son entrée en vigueur, il n'a pas modifié les pratiques médicales déviantes et n'a pas rempli ses objectifs de régulation financière. L'article présente trois raisons susceptibles d'expliquer cet échec : 1 - la divergence d'orientation qui sépare le travail du législateur de l'activité de ceux qui mettent en oeuvre les mesures décidées ; 2 - la difficulté à édicter des prescriptions effectivement contrôlables en matière de soins ; 3 - l'indécision au sujet de la nature de la politique de maîtrise des dépenses de santé : contrôle administratif ou autorégulation des professions de santé (Résumé d'auteur).

MAÎTRISE DÉPENSE, NORME SOINS, PRESCRIPTION, PRATIQUE MÉDICALE, OBJECTIF, CONCEPT, ADAPTATION, CONTRÔLE MÉDICAL, ORGANISATION ADMINISTRATIVE, RELATION PROFESSIONNELLE, OBLIGATION MÉDECIN

FRANCE

ANALYSE PROBLÈME▲

20604

CHAPITRE

COUFFINHAL (A.), GRIGNON (M.)

**Politique de la santé. Toujours la question de la maîtrise des dépenses.**

L'état de la France 2002

Paris : La Découverte : 2002/05 ; 334-339 R, 1383

POLITIQUE SANTÉ, MAÎTRISE DÉPENSE, DÉPENSE SANTÉ, SYSTÈME SANTÉ, ORGANISATION, RÉFORME, MÉDECINE VILLE, DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

FRANCE

CMU



## Performance

20526

ARTICLE

GRIGNON (M.)

**Que valent les classements internationaux ?**  
SOCIÉTAL

Paris : SERPE : 2002/04 ; n° 36 : 56-60

R1379

Le récent classement international de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), qui place en première position le système de santé français, a créé un choc. Certains en ont tiré argument pour nier l'urgence de réformes, d'autres mettent en doute sa valeur. En fait, le travail de l'OMS représente un énorme effort de collecte d'informations, destiné à se poursuivre et à se perfectionner. Ses faiblesses tiennent au manque de fiabilité de certaines données, et surtout à l'application uniforme des critères, sans tenir suffisamment compte des niveaux de développement et des spécificités nationales. Son mérite, indirect, est de mettre en lumière la relativité des choix d'organisation et d'allocation de ressources en matière de santé (Résumé d'auteur).

CONCURRENCE, OMS, OCDE, RÉFORME, SYSTÈME SANTÉ, PERFORMANCE, ESPÉRANCE VIE, MORTALITÉ, POLITIQUE SANTÉ, EFFICACITÉ, SYSTÈME SOINS, FINANCEMENT, FIABILITÉ

FRANCE, ROYAUME-UNI, ÉTATS-UNIS, EUROPE, ALLEMAGNE, PAYS-BAS, PAYS VOIE DÉVELOPPEMENT, PAYS SCANDINAVES

ÉTUDE COMPARÉE, MODÈLE, MÉTHODOLOGIE, ANALYSE PROBLÈME, BILAN, ÉTUDE CRITIQUE ▲

20527

ARTICLE

POLTON (D.)

**Les pays riches à la recherche de la bonne formule.**  
SOCIÉTAL

Paris : SERPE : 2002/04 ; n° 36 : 52-55

R1378

Améliorer la qualité des soins, en garantir l'accès à tous, maîtriser les coûts : il n'y a pas de recette

magique pour concilier ces trois objectifs, communs à presque tous les pays. La mise en concurrence des assureurs, souvent prônée dans les réformes menées au cours des années 90, n'est pas nécessairement la meilleure solution. Décentraliser les décisions, responsabiliser les réseaux de médecins sont aussi des voies possibles. Cet article comprend un tableau des pays à la pointe des réformes (résumé d'auteur).

CONCURRENCE, RÉFORME, SYSTÈME SANTÉ, PERFORMANCE, POLITIQUE SANTÉ, EFFICACITÉ, SYSTÈME SOINS, FINANCEMENT, FIABILITÉ, QUALITÉ SOINS, RÉSEAU SOINS COORDONNÉS, POLITIQUE SANTÉ, NHS, ACCÈS SOINS, MAÎTRISE DÉPENSE, PROTECTION COMPLÉMENTAIRE

FRANCE, ROYAUME-UNI, ÉTATS-UNIS, EUROPE, ALLEMAGNE, PAYS-BAS, PAYS VOIE DÉVELOPPEMENT, PAYS SCANDINAVES, IRLANDE, ITALIE, ESPAGNE, QUEBEC

ÉTUDE COMPARÉE, MODÈLE, MÉTHODOLOGIE, ANALYSE PROBLÈME, BILAN, ÉTUDE CRITIQUE



## Sociologie politique

20480

ARTICLE

BURDILLAT (M.)

**L'administration sanitaire et sociale dans le champ du débat politique et social.**

*L'administration sanitaire et sociale*

REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2001/10/12 ; n° 4 : 13-31, 1 ann.,

P59

Cet article rend compte des résultats des recherches menées dans le cadre de l'appel d'offres financé par la MIRE sur " l'administration sanitaire et sociale ". La synthèse réalisée présente les questions et les résultats des travaux et les confronte avec les démarches retenues dans l'analyse d'autres domaines administratifs. L'article est structuré autour de quatre grandes thématiques. La première se rapporte aux liens qui existent entre l'administration et, la, ou le politique. Trois moments principaux, qui peuvent se chevaucher - chacun d'entre eux - pouvant correspondre à des périodes longues permettent aux chercheurs d'analyser ces liens : le moment de l'irruption sur la scène politique du problème, celui de l'institutionnalisation administrative, et celui de la mise en oeuvre des lois et de l'application des circulaires. La deuxième thématique porte sur les modalités et les ressources de l'activité administrative. La troisième partie est consacrée à l'analyse du rôle des agents et des

processus qui font de leur " ministère " un espace professionnel de référence. La dernière partie se rapporte aux " traces " de l'histoire sur la situation contemporaine pour interroger certaines récurrences de l'administration sanitaire et sociale, en particulier sa réputée " faiblesse " (Résumé d'auteur).

POLITIQUE, POLITIQUE SANTÉ, POLITIQUE SOCIALE, DEMANDE EXPRIMÉE, ADMINISTRATION, MINISTÈRE, MINISTÈRE SANTÉ, ORGANISATION TRAVAIL, ANALYSE PROBLÈME, PROGRAMME ACTION, ORGANISATION, RELATION PROFESSIONNELLE, EFFICACITÉ

FRANCE

SOCIOLOGIE POLITIQUE, SOCIOLOGIE ORGANISATION, PROCESSUS ▲

20482

ARTICLE

GENLEY (W.), HASSENTEUFEL (P.)

**Entre les politiques publiques et la politique : l'émergence d'une " élite du Welfare " ?**

*L'administration sanitaire et sociale*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2001/10/12 ; n° 4 : 41-50

P59

Il est possible de parler de l'émergence d'une " élite du Welfare " pour deux raisons principales. La première est la structuration d'un milieu homogène de hauts fonctionnaires partageant un certain nombre de propriétés (notamment l'appartenance à certains grands corps et une longévité dans le secteur), de ressources (d'expertises et de pouvoir du fait des positions institutionnelles occupées), et de conceptions (en particulier sur les réformes à mener pour préserver le système français de protection sociale). La seconde est le poids de ces hauts fonctionnaires dans la décision publique (l'analyse porte sur les politiques de protection maladie et en matière de prestations familiales depuis 1981), ce qui traduit une autonomie relative par rapport aux acteurs politiques (Résumé d'auteur).

POLITIQUE, ADMINISTRATION, ADMINISTRATION ÉTAT, FONCTIONNAIRE, ENA, DÉCIDEUR POLITIQUE, DÉCISION ADMINISTRATIVE, PROTECTION SOCIALE, ASSURANCE MALADIE, POLITIQUE FAMILLE, PRESTATION FAMILIALE

FRANCE

SOCIOLOGIE POLITIQUE, ENQUÊTE, MÉTHODOLOGIE, RÉSULTAT ▲

20481

ARTICLE

RENARD (D.)

**Logiques politiques et logiques de programmation d'action : la création des administrations sociales sous la IIIe République.**

*L'administration sanitaire et sociale*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2001/10/12 ; n° 4 : 33-39

P59

Une difficulté de l'analyse des politiques publiques est de comprendre comment s'articulent dans la prise de décision les logiques de court terme propres à la vie politique et les logiques de programme d'action qui se développent normalement à terme plus long. L'histoire des créations successives d'administrations centrales en charge des questions sociales sous la IIIe République fournit un matériau intéressant pour aborder cette question. Il montre, sans surprise, que les innovations organisationnelles qui semblent avoir le plus de chance de durer sont celles qui se révèlent les plus souples, les plus susceptibles d'être réinterprétées et de servir d'autres objectifs que ceux qui leur avaient été assignés à leur création (Résumé d'auteur).

POLITIQUE, POLITIQUE SANTÉ, POLITIQUE SOCIALE, ADMINISTRATION, MINISTÈRE, MINISTÈRE SANTÉ, ORGANISATION, PROGRAMME ACTION

FRANCE

HISTORIQUE, SOCIOLOGIE POLITIQUE, SOCIOLOGIE ORGANISATION, PROCESSUS, LOGIQUE ▲

20487

ARTICLE

MAGAUD (J.)

**La vision d'une administration éclairée, rationnelle et centraliste : une reconstruction logique ?**

*L'administration sanitaire et sociale*

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2001/10/12 ; n° 4 : 91-96

P59

Lorsque la sphère politique, au XIXe siècle s'approprie les questions de santé et d'hygiène publiques qui relevaient antérieurement essentiellement de la sphère privée, des administrations sont mises en place progressivement. L'approche mixte d'observation des institutions et des hommes qui les peuplent et qui sont inscrits dans un espace structuré par des formes de relations, des représentations et des pratiques sociales bien définies, éclaire ce qui pourrait

s'apparenter à un " processus " d'organisation (Résumé d'auteur).

INSTITUTION POLITIQUE, ADMINISTRATION ÉTAT, MINISTÈRE, DISCOURS, LOGIQUE, ORGANISATION ADMINISTRATIVE, DÉCENTRALISATION, RECRUTEMENT, EMPLOYÉ, FONCTIONNAIRE, ANALYSE GÉOGRAPHIQUE

FRANCE

HISTORIQUE, SOCIOLOGIE POLITIQUE

## PROTECTION SOCIALE

### Aide sociale

20319

FASCICULE

AVENEL (M.)

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

**Les opinions des personnes en difficulté interrogées aux guichets d'organismes sociaux vis-à-vis des aides au logement.**

ETUDES ET RESULTATS

2002/03 ; n° 165 : 8p., 3 graph., 1 tabl.

P83

L'enquête, menée à l'été 2000 pour le compte de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, auprès de 2 000 personnes rencontrées aux guichets d'organismes sociaux permet de différencier le sentiment qu'ont sur l'accès aux droits celles qui bénéficient ou non d'aides au logement. Qu'elles soient ou non bénéficiaires de ces aides, les personnes interrogées rencontrent des difficultés communes d'emploi et de formation qui se répercutent sur leur situation financière. Sur les 625 ayant déclaré percevoir une aide au logement, deux sur trois sont des femmes (contre un sur deux des non bénéficiaires). Les bénéficiaires d'aide au logement, plus âgés, vivent plus souvent en couple et habitent aussi plus souvent un logement stable, alors que la moitié des non bénéficiaires déclare être hébergée ou résider dans un logement précaire. Les bénéficiaires d'aides au logement cumulent plus souvent différentes prestations sociales, mais la moitié d'entre eux a aussi eu recours aux aides d'urgence. Près de 45 % déclarent en outre vouloir changer de logement.

Qu'elles soient ou non bénéficiaires d'aides au logement, les personnes interrogées s'accordent sur plusieurs points : plus des deux tiers déclarent mal connaître les aides et plus de la moitié estiment ne pas forcément bénéficier de toutes celles auxquelles elles pensent avoir droit. Toutefois, les bénéficiaires d'aide au logement ont davantage le sentiment que le droit au logement est bien respecté et que les aides améliorent leur situation financière et leur confiance en l'avenir.

PRESTATION FAMILIALE, OPINION PUBLIQUE, AIDE LOGEMENT, ÂGE, SEXE, BÉNÉFICIAIRE, ÉTAT MATRIMONIAL, FAMILLE MONOPARENTALE

FRANCE

DONNÉE STATISTIQUE, ENQUÊTE ▲

21124

FASCICULE

BAUDIER-LORIN (C.), CHASTENET (B.)

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

**Les bénéficiaires de l'aide sociale départementale en 2001.**

ETUDES ET RESULTATS

Paris : DREES : 2002/07 ; n° 180 : 8p., 3 tabl., 6 graph.

P83

L'enquête sur l'aide sociale est une enquête nationale et annuelle réalisée auprès des conseils généraux et des DDASS. Les résultats sont présentés au niveau national au 31/12/2000. Sont analysées : l'aide aux personnes handicapées et aux personnes âgées, l'aide sociale à l'enfance.

AIDE SOCIALE, AIDE SOCIALE ENFANCE, AIDE MÉNAGÈRE, PERSONNE ÂGÉE, PERSONNE HANDICAPÉE, BÉNÉFICIAIRE, AIDE MÉDICALE GÉNÉRALE, ÂGE, ACCÈS SOINS, PRESTATION HANDICAPÉ, ALLOCATION COMPENSATRICE, ALLOCATION DIFFÉRENTIELLE, PRESTATION VIEILLESSE, AIDE MÉDICALE HOSPITALIÈRE, SANS DOMICILE FIXE, AIDE MÉNAGÈRE DOMICILE, PRESTATION DÉPENDANCE

FRANCE

DONNÉE STATISTIQUE, ÉVOLUTION, ENQUÊTE, MÉTHODOLOGIE

## Canam

21076

FASCICULE

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes. (C.A.N.A.M.). Saint-Denis. FRA

**Statistiques 2001. Chiffres et commentaires.**  
STATISTIQUES

Saint-Denis : CANAM : 2002/07 ; 152p., tabl., graph., carte  
S2/2

Complément des bulletins trimestriels, le bulletin statistique de l'année 2001 replace les données dans une perspective plus longue et offre sous une forme synthétique un ensemble d'informations commentées éclairant l'activité du régime d'assurance maladie maternité des professions indépendantes. La première partie rassemble les données concernant la situation démographique, les recettes et les dépenses du régime au plan national d'une part et par caisse régionale d'autre part ; elle est agrémentée de nombreux commentaires et graphiques. La seconde partie est consacrée aux informations relatives aux organismes conventionnés.

RÉGIME AUTONOME, TRAVAILLEUR NON SALARIÉ, PROFESSION INDÉPENDANTE, PROFESSION LIBÉRALE, BÉNÉFICIAIRE, ASSURÉ SOCIAL, AYANT DROIT, SEXE, ÂGE, PCS, COTISATION SOCIALE, AIDE SOCIALE, REMBOURSEMENT, HONORAIRES, SOINS MÉDICAUX, PRESCRIPTION, ACTE PROFESSIONNEL, TICKET MODÉRATEUR, SÉCURITÉ SOCIALE, FAS, MUTUELLE, ASSURANCE PRIVÉE, CANAM, RÉGIME COMPLÉMENTAIRE

FRANCE, FRANCE RÉGION, DÉPARTEMENT

DONNÉE STATISTIQUE, BILAN, ANALYSE SPATIOTEMPORELLE, ÉVOLUTION ▲

21077

FASCICULE

Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes. (C.A.N.A.M.). Saint-Denis. FRA

**Prestations par caisse régionale.**

ANNUAIRE STATISTIQUE 2001

Saint Denis : CANAM : 2002/07 ; 159p., tabl., carte  
S2/4

Ce fascicule présente les statistiques 2001 de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (CANAM) par caisse maladie régionale : volumes et montants moyens des prestations versées par bénéficiaire et ventilées par groupe d'actes ; montants

moyens remboursables et remboursés par bénéficiaire à structure par âge et sexe constante (ainsi comparables entre chaque caisse et par rapport à la moyenne nationale) selon le sexe et selon 5 groupes d'âge ; statistiques sur les maladies longue durée (stock, flux, stock pour certaines pathologies) ; prestations versées aux malades en affection longue durée, avec ou sans ticket modérateur. Des cartes illustrent les deux premiers chapitres.

AIDE SOCIALE, RÉGIME AUTONOME, REMBOURSEMENT, ACTE PROFESSIONNEL, BÉNÉFICIAIRE, HONORAIRES, SECTEUR PUBLIC, SECTEUR PRIVÉ, SOINS MÉDICAUX, SOINS HOSPITALIERS, FRAIS SÉJOUR, PRESCRIPTION, ÂGE, SEXE, MALADIE LONGUE DURÉE, CANCER, MALADIE CHRONIQUE, BRONCHITE, SIDA, DIABÈTE, APPAREIL CIRCULATOIRE [PATHOLOGIE], TAUX REMBOURSEMENT, TICKET MODÉRATEUR, RÉGIME COMPLÉMENTAIRE

FRANCE, FRANCE RÉGION, DOM

DONNÉE STATISTIQUE



CMU

20601

ARTICLE

GRIGNON (M.)

**Quel filet de sécurité pour la santé ? Une approche économique et organisationnelle de la couverture maladie universelle.**

REVUE FRANÇAISE DES AFFAIRES SOCIALES

2002 ; n° 2 : 145-176

R1382, P59

PROTECTION COMPLÉMENTAIRE, COUVERTURE SOCIALE, ACCÈS SOINS, POLITIQUE SANTÉ, POLITIQUE SOCIALE, AIDE MÉDICALE GÉNÉRALE, RMI, FACTEUR SOCIOÉCONOMIQUE, ÉTAT SANTÉ, APL, RÉSEAU SOINS COORDONNÉS

FRANCE

ANALYSE ÉCONOMIQUE, MODÈLE ▲

21123

FASCICULE

BOISGUERIN (B.)

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

**La CMU au 31 mars 2002.**

ÉTUDES ET RESULTATS

Paris : DREES : 2002/07 ; n° 179 : 4p., 2 graph.

P83

1,3 million de personnes étaient affiliées à la CMU de base au 31 mars 2002, soit 1,8 % de la population métropolitaine et 15 % des départements d'outre-mer (DOM). A la même date, 4,6 millions de personnes bénéficiaient de la CMU complémentaire, soit 7 % en France métropolitaine et 36 % dans les DOM. La progression des effectifs s'est poursuivie jusqu'en juin 2001, suivie par une forte diminution entre juin et septembre 2001 et par une stabilisation entre septembre 2001 et mars 2002. Cette diminution de 5,3 millions à 4,7 provient de la sortie du dispositif d'une partie des anciens bénéficiaires de l'aide médicale dont les droits n'ont pas été renouvelés. Quant à la stabilisation, elle est à mettre en lien avec le taux encore important de sorties du dispositif au dernier trimestre 2001 et au premier trimestre 2002. Au 31 mars 2002, 640 000 personnes (soit 14 % des bénéficiaires de la CMU) ont choisi la gestion de leur dossier par un organisme complémentaire, soit une progression continue : 10 % au 30 juin 2001 et 13 % au 31 décembre 2001 (Résumé d'auteur).

REMBOURSEMENT, RÉGIME GÉNÉRAL, RÉGIME AGRICOLE, RÉGIME PROTECTION SOCIALE, BÉNÉFICIAIRE, AIDE MÉDICALE GÉNÉRALE, TAUX, COUVERTURE SOCIALE, ACCÈS SOINS, PROTECTION COMPLÉMENTAIRE, MUTUELLE, ASSURANCE PRIVÉE

FRANCE, FRANCE RÉGION, DÉPARTEMENT, DOM

DONNÉE STATISTIQUE



## Couverture complémentaire

21021

FASCICULE

BARDEY (D.), COUFFINHAL (A.), GRIGNON (M.)

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

**Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé.**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

Paris : C.R.E.D.E.S. : 2002/06 ; n° 53 : 8p.

QES53

De nombreuses études empiriques ont montré que les personnes qui bénéficient d'une couverture maladie ont des dépenses de santé plus élevées que celles des personnes non assurées. En première analyse, on peut penser que ce phénomène est la manifestation la plus naturelle de la présence d'une assurance santé qui per-

met à l'individu de solvabiliser une consommation de soins en cas de maladie. Mais les économistes pensent que cette augmentation vient aussi du fait que les individus sont sensibles au prix des soins. Cette sensibilité au prix génère le risque moral ex post. Pauly, dans un article publié en 1968, a avancé l'idée que ce phénomène diminue le gain que la collectivité tire de l'assurance. C'est en cela que le risque moral peut-être jugé " néfaste ". Depuis cette époque, les analyses économiques cherchent à estimer si, et dans quelle mesure, le niveau d'assurance choisi par la collectivité n'est pas trop élevé et ne risque pas d'entraîner des consommations inutiles. La littérature rappelle qu'un tel jugement doit également rendre compte des nombreux avantages de l'assurance, notamment l'accès à des soins de meilleure qualité ou une prise en charge de traitements très onéreux. En tout état de cause, aucune étude empirique ne permet actuellement de trancher sur le caractère néfaste pour la collectivité d'une assurance trop généreuse (extrait).

CONCURRENCE, ASSURANCE MALADIE, COUVERTURE SOCIALE, RISQUE, ACCÈS SOINS, REVENU, DEMANDE SANTÉ, OFFRE SOINS, ÉCONOMIE SANTÉ, COMPORTEMENT, ASSURANCE PRIVÉE, EFFICACITÉ, SECTEUR PRIVÉ, SECTEUR PUBLIC, RÉGLEMENTATION, RÉFORME, SYSTÈME SANTÉ, DÉPENSE SANTÉ

FRANCE, PAYS DÉVELOPPÉ

THÉORIE SYSTÈME, MODÈLE, BIBLIOGRAPHIE, ÉTUDE COMPARÉE



## Mutualité

22012

FASCICULE

ROUSSEL (P.)

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

**Les mutuelles de santé en 1999.**

ETUDES ET RESULTATS

Paris : DREES : 2002/10 ; n° 197 : 8p., 2 tabl., 2 graph.

P83

La présente étude se propose de tenter d'établir une typologie des 542 mutuelles de santé, davantage centrée sur les caractéristiques de leur activité et de leur situation économique et financière. Cette typologie a été établie à partir d'une analyse en composantes principales qui a utilisé cinq variables actives : la part des cotisations re-

versée en prestations, le poids des frais de gestion, mesuré en tenant compte de l'impact des remises de gestion des régimes obligatoires, la rentabilité du groupement, sa marge de solvabilité, et enfin le niveau de prestations en soins dentaires et optique par personne protégée. Cette analyse permet de mieux mettre en évidence les écarts entre les différents groupements mutualistes, indépendamment de la catégorie administrative à laquelle ils appartiennent. L'analyse de données effectuée a permis d'établir une classification des groupements mutualistes en six classes pour l'année 1999. La même procédure a été appliquée aux années précédentes jusqu'en 1995, année où le résultat global avait été élevé, afin de tester la robustesse de l'analyse. Ceci permet d'observer les principaux changements intervenus entre 1995 et 1999, d'abord à l'intérieur de chaque classe issue de la typologie, puis en examinant les passages d'une classe à l'autre.

MUTUELLE, SECTEUR MUTUALISTE, FINANCEMENT SOINS, DÉPENSE SANTÉ, TICKET MODÉRATEUR, RÉGIME COMPLÉMENTAIRE, PRISE CHARGE, REMBOURSEMENT, PROTECTION COMPLÉMENTAIRE, PROTECTION SOCIALE, SOINS DENTAIRE, OPTIQUE, CLASSIFICATION

FRANCE

DONNÉE STATISTIQUE, BILAN, ANALYSE CHRONOLOGIQUE

## FAJ

20577

FASCICULE

*MONROSE (M.)*

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

**Les Fonds d'aide aux jeunes. Bilan de l'année 2001.**

ETUDES ET RESULTATS

2002/05 ; n° 173 : 8p., 6 tabl., 5 graph.

P83

Cette étude dresse le bilan de l'année 2001 des aides financières attribuées au titre des fonds d'aide aux jeunes (FAJ). Créés en 1989, généralisés en 1992, les fonds d'aide aux jeunes (FAJ), permettent d'accorder des aides financières ponctuelles aux jeunes adultes de 18 à 25 ans en grande difficulté d'insertion sociale et professionnelle. Le dispositif statistique, mis en place depuis octobre 1999, permet une analyse de cette population (nombre de bénéficiaires, âge,

sexe, état matrimonial, couverture sociale et CMU, condition de logement, répartition des ressources des demandeurs, niveau de formation, montant moyen attribué par type d'aide).

JEUNE ADULTE, ACTION SOCIALE, AIDE SOCIALE, POLITIQUE EMPLOI, STRUCTURE SOCIALE, RÉGLEMENTATION, ÂGE, SEXE, ÉTAT MATRIMONIAL, RESSOURCE FINANCIÈRE, EMPLOI, HABITAT, SCOLARITÉ, COUVERTURE SOCIALE, ACCÈS SOINS, PAUVRETÉ, CHÔMAGE, EXCLU, INSERTION, BÉNÉFICIAIRE, REVENU, PERSONNE DIFFICULTE, RMI, DIPLOME

FRANCE

DONNÉE STATISTIQUE, ENQUÊTE PSYCHOSOCIALE, BILAN

## MSA

20519

FASCICULE

Mutualité Sociale Agricole. (M.S.A.). Direction des Statistiques et des Etudes Economiques et Financières. (D.S.E.E.F.). Bagnole. FRA

**Annuaire statistique. Données d'ensemble, cotisations. Résultats départementaux 2000.**

DONNEES CHIFFREES

Bagnole : CCMSA : 2002/02 ; 117p., tabl. S23/2

Ce fascicule, divisé en trois volumes, correspond aux chapitres "Généralités", "Non salariés cotisations" et "Salariés cotisations" de l'ancien annuaire "Annuaire statistique. Résultats départementaux". Il regroupe les données 2000 sur les assurés, les cotisations perçues et les prestations versées par la Mutualité Sociale Agricole par département. Les résultats sont présentés par type d'assurance comprenant un ensemble de risque (maladie, maternité, invalidité, vieillesse, veuvage, famille, logement, RMI, accidents du travail) et dépendant aussi du statut de l'assuré (salarié ou exploitant). Des critères socio-démographiques ou socio-économiques permettent de mieux cerner la répartition des montants versés ou perçus selon les assurés.

MSA, BÉNÉFICIAIRE, AYANT DROIT, SALARIÉ, TRAVAILLEUR NON SALARIÉ, FINANCEMENT, COTISATION SOCIALE, AIDE SOCIALE, REVENU, CHEF ENTREPRISE, DURÉE TRAVAIL, SALAIRE, ÂGE, SEXE, NATIONALITÉ, SÉCURITÉ SOCIALE, PRESTATION FAMILIALE, REVENU

FRANCE, FRANCE RÉGION, DÉPARTEMENT

DONNÉE STATISTIQUE ▲

21121

FASCICULE

Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole. (C.C.M.S.A.). Direction des Statistiques et des Etudes Economiques et Financières. (D.S.E.E.F.). Bagnole. FRA

**Résultats nationaux.**

ANNUAIRE STATISTIQUE 2000

Bagnole : CCMSA : 2002/06 ; 228p., tabl., graph.

S23/1

Cette publication présente de manière synthétique les principales évolutions qui caractérisent le régime agricole par des rétrospectives nationales sur 10 et 15 ans. On trouvera également, pour chaque caisse des références (recensement, démographie et montants) au niveau régional et national.

AGRICULTURE, SECTEUR PRIMAIRE, INDICATEUR ÉCONOMIQUE, ASSURE SOCIAL, BÉNÉFICIAIRE, TRAVAILLEUR NON SALARIÉ, SALARIÉ, FINANCEMENT, SÉCURITÉ SOCIALE, COTISATION SOCIALE, AIDE SOCIALE, ASSURANCE MALADIE, ASSURANCE MATERNITÉ, ASSURANCE INVALIDITÉ, ASSURANCE VIEILLESSE, ASSURANCE DÉCÈS, PRESTATION FAMILIALE, RMI, ASSURANCE ACCIDENT, POPULATION ACTIVE, POPULATION INACTIVE, REMBOURSEMENT, SOINS, ACTE PROFESSIONNEL, LETTRE CLÉ, MSA

FRANCE, FRANCE RÉGION, DÉPARTEMENT

DONNÉE STATISTIQUE, BILAN, HISTORIQUE



## Prestations sociales

21536

FASCICULE

CAUSSAT (L.), DUPUIS (J. P.)

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

**Les prestations sociales en 2001.**

ETUDES ET RESULTATS

2002/09 ; n° 190 : 8p., 1 tabl., 2 graph.

P83

L'ensemble des prestations de protection sociale versées aux ménages représente 28,5 % du PIB en 2001. Cet agrégat a progressé de 4,3 % en valeur et de 2,7 % en euros constants entre 2000 et 2001, soit 1 point de croissance de plus que la richesse nationale. Le rythme plus élevé de la croissance en valeur des dépenses sociales en 2001 s'explique tout d'abord par la progression rapide des prestations du risque maladie, elle-même liée à l'augmentation des dépenses de

santé dans leur ensemble. Les prestations au titre de la vieillesse et de la survie, qui représentent la part la plus importante de l'ensemble des prestations de protection sociale, ont également connu une progression plus nette en 2001 qu'en 2000, en raison notamment d'une revalorisation plus forte des principaux avantages de vieillesse de base et complémentaires. Le troisième facteur d'accélération concerne les dépenses afférentes au chômage et aux préretraites. Celles-ci avaient fortement baissé en 2000 en raison d'une diminution importante du nombre des demandeurs d'emploi. Elles repartent à la hausse en 2001 avec la stabilisation du nombre des chômeurs et l'amélioration de la couverture des personnes privées d'emploi par les régimes d'indemnisation. À l'inverse, les prestations afférentes à la pauvreté et à l'exclusion connaissent un nouveau ralentissement en valeur et baissent en termes réels, en raison de la diminution du nombre des allocataires du Revenu minimum d'insertion. La situation économique favorable explique également la diminution du nombre des bénéficiaires des aides au logement, prestations soumises à conditions de ressources. La progression des prestations logement en 2001 tient toutefois à la forte augmentation des prestations moyennes due à l'unification des barèmes des allocations logement et à la modification des règles d'appréciation des ressources des ménages.

COMPTE PROTECTION SOCIALE, PROTECTION SOCIALE, AIDE SOCIALE, COTISATION SOCIALE, REDISTRIBUTION, ASSURANCE VIEILLESSE, PRESTATION FAMILIALE, ACCIDENT TRAVAIL, RESTATION FAMILIALE, ALLOCATION CHÔMAGE, ALLOCATION SOLIDARITÉ, RMI, ALLOCATION GARDE DOMICILE, ALLOCATION PARENTALE ÉDUCATION, CROISSANCE, PIB

FRANCE

BILAN, DONNÉE STATISTIQUE, ANALYSE CHRONOLOGIQUE, MÉTHODOLOGIE, DÉFINITION, CLASSIFICATION



## Régime spécial

21120

FASCICULE

Société Nationale des Chemins de Fer. (S.N.C.F.). Caisses de Prévoyance et de Retraite. (C.P.R.). Marseille. FRA

**Caisse de prévoyance.**

RAPPORT ANNUEL 2001

Marseille : Caisse de Prévoyance et de retraite : 2002/07 ; 144p., tabl., graph., carte



c, S6

Ce rapport annuel de la Caisse de Prévoyance de la Société Nationale des Chemins de Fer (SNCF) fournit, pour l'année 2001, une vision globale de ses missions, de ses activités, de son mode de fonctionnement. Il dresse un bilan sur les caractéristiques de la population qu'elle protège, sur les remboursements effectués, sur ses relations avec les professions de santé et les assurés, sur ses actions entamées notamment en matière de régulation des dépenses, sur son rapport financier, et sur les nouvelles dispositions réglementaires. Ce document est illustré de nombreux tableaux, graphiques, cartes, photographies, et d'analyses plus importantes sur certains dossiers : pyramide des âges des assurés, consommation pharmaceutique selon le taux de remboursement et les caractéristiques socio-démographiques, tiers payant et consommation médicale.

RÉGIME SPÉCIAL, ASSURANCE MALADIE, ASSURANCE MATERNITÉ, ASSURANCE DÉCÈS, AIDE SOCIALE, REMBOURSEMENT, SOINS MÉDICAUX, ÂGE, SEXE, DÉPENSE SANTÉ, PRESCRIPTION, PROTECTION SOCIALE, RÉGIME COMPLÉMENTAIRE, TIERS-PAYANT, CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE, CONSOMMATION MÉDICALE, FACTEUR SOCIODÉMOGRAPHIQUE

FRANCE, FRANCE RÉGION, DÉPARTEMENT, COMMUNE

DONNÉE STATISTIQUE, ÉVOLUTION, RAPPORT ACTIVITÉ, BILAN



## Retraite

21505

FASCICULE

*HICKS (P.)*

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction pour l'Education, l'Emploi le Travail et les Affaires Sociales. Paris. FRA

**Opinion publique et réforme des pensions de retraite.**

Public support for retirement income reform. LABOUR MARKET AND SOCIAL POLICY OCCASIONAL PAPERS

Paris : OCDE,

2001 ; n° 55 : 23p., 1 graph., 8 tabl.

P179

L'OCDE a entrepris de comparer les ressources des personnes âgées dans neuf pays de l'OCDE - Allemagne, Canada, Etats-Unis, Finlande, Italie, Japon, Pays-Bas, Royaume-Uni et Suède -, cherchant, en particulier, à voir comment les re-

venus des personnes âgées subissent, directement ou indirectement, l'incidence des politiques publiques. Cette étude met en évidence l'apparition d'un nouveau défi pour les pouvoirs publics, qui devront s'efforcer d'accompagner certaines évolutions : - Faire que le passage d'une activité à plein temps à la retraite s'effectue plus tardivement, en moyenne, que ce n'est le cas actuellement, et selon des modalités plus souples et plus graduelles avant d'en arriver à une cessation complète d'activité ; - Diversifier les sources de revenu des personnes âgées au moment de la retraite (et durant la phase de transition qui les mènera à la retraite), ce qui suppose de s'appuyer sur plusieurs éléments qui doivent avoir un caractère durable; - Continuer d'assurer un niveau de vie matériel satisfaisant aux personnes âgées dans un contexte plus divers, de façon à ce que chacun puisse continuer de mener une vie digne durant la retraite et durant la période d'accès à la retraite. Mais l'opinion publique soutiendrait-elle des réformes allant dans ce sens ? Ce document nous livre justement les résultats d'une enquête menée dans ces pays par l'OCDE pour tenter d'obtenir une réponse à cette question. Ce document est disponible sur le site de l'OCDE à l'adresse suivante : [http://www.oilis.oecd.org/OLIS/2001DOC.NSF/LINKTO/DEELSA-ELSA-WD\(2001\)8](http://www.oilis.oecd.org/OLIS/2001DOC.NSF/LINKTO/DEELSA-ELSA-WD(2001)8)

OPINION PUBLIQUE, RÉFORME, SYSTÈME SOCIAL, RETRAITE, FINANCEMENT PROTECTION SOCIALE, PENSION RETRAITE, SECTEUR PRIVÉ, SECTEUR PUBLIC, CONDITION VIE, REVENU, ÂGE RETRAITE, CESSATION ACTIVITÉ, RETRAITE PROGRESSIVE, TEMPS TRAVAIL, AMÉNAGEMENT TEMPS TRAVAIL, RÉDUCTION TEMPS TRAVAIL, MARCHÉ TRAVAIL

PAYS DÉVELOPPÉ, ALLEMAGNE, CANADA, ÉTATS-UNIS, FINLANDE, ITALIE, JAPON, PAYS-BAS, ROYAUME-UNI

ENQUÊTE, ÉTUDE COMPARÉE, RÉSULTAT, DONNÉE STATISTIQUE



## Rmi

21620

FASCICULE

*DEMAILLY (D.) BOUCHOUX (J.), OUTIN (J. L.)*

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

**Les contrats d'insertion du RMI : pratiques des institutions et perceptions des bénéficiaires.**

## ETUDES ET RESULTATS

2002/09 ; n° 193 : 12p., 8 tabl.

P83

Interrogés entre septembre et décembre 2001, 52 % des allocataires du RMI en février 2000 de cinq départements testés déclarent avoir signé un ou plusieurs contrats d'insertion depuis leur entrée dans le dispositif. Toutefois, pour certains, la notion de contrat a pu être mal identifiée ou mal comprise ; d'autres ne se souviennent plus de la procédure contractuelle. Les contrats effectivement signés sont, dans leur majorité, orientés vers l'emploi. Cependant, leurs bénéficiaires valorisent relativement peu l'aide qui leur est ainsi apportée lorsqu'ils en jugent l'impact sur leur insertion professionnelle. À l'inverse, l'accompagnement social occupe une place moindre dans les contrats et il est surtout envisagé pour les allocataires de plus de 50 ans. L'assistance apportée dans ce cadre est toutefois appréciée. Le contrat s'inscrit alors dans des formes d'accompagnement plus larges que l'insertion professionnelle et permet bien l'accès à des aides complémentaires en matière de santé ou de logement par exemple.

RMI, ALLOCATAIRE, SORTIE, INTÉGRATION PROFESSIONNELLE, CHÔMAGE, EMPLOI, CONTRAT INSERTION, PERCEPTION, BÉNÉFICIAIRE, OPINION PUBLIQUE, ÂGE, SEXE, ÉTAT MATRIMONIAL, NATIONALITÉ, DIPLOME, EXPÉRIENCE PROFESSIONNELLE, ILLÉTRISME, BESOIN SANTÉ

FRANCE, FRANCE RÉGION, DÉPARTEMENT

DONNÉE STATISTIQUE, ENQUÊTE, MÉTHODOLOGIE

## PREVENTION



### Alcoolisme

22006

RAPPORT

*BABOR (Thomas F.), HIGGINS-BIDDLE (John C.), SAUNDERS (John B.), MONTEIRO (Maristela G.)*

World Health Organisation. (W.H.O.). Department of mental health and Substance Dependence. Genève. CHE

**AUDIT : test d'identification des troubles liés**

### à la consommation d'alcool : guide d'utilisation en soins primaires.

AUDIT : the Alcohol Use Disorders Identification Test : guidelines for use in primary care.

Genève : OMS : 2001 ; 40 p., 5 ann., 1 graph. B3796

Ce manuel présente la seconde édition de l'AUDIT, un test d'identification des problèmes d'alcool développé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS ou WHO), et décrit comment l'utiliser pour identifier les personnes qui présentent des modèles de consommation d'alcool dangereux pour leur santé, plus spécifiquement dans le cadre des soins primaires. AUDIT permet aussi de passer à une seconde étape, celle du choix de l'orientation du patient (éducation, conseil, orientation vers un spécialiste) en fonction de son niveau de risque. Celui-ci est en ligne sur le site de l'OMS : [http://www.who.int/substance\\_abuse/PDFfiles/auditbro.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/PDFfiles/auditbro.pdf)

DÉPISTAGE, ALCOOLISME, CONSOMMATION ALCOOL, QUESTIONNAIRE, SOINS PRIMAIRES, CONSÉQUENCE, MALADIE ASSOCIÉE, RISQUE, ÉCHELLE RISQUE, FILIÈRE SOINS, ÉDUCATION SANTÉ

GUIDE, RÉFÉRENCE MÉDICALE, RÉFÉRENTIEL



### Alimentation

22008

RAPPORT

*DUBUISSON (Carine), LA VIEILLE (Sébastien), MARTIN (Ambroise)*

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments. (A.F.S.S.A.). Maisons-Alfort. Paris. FRA  
**Allergies alimentaires : état des lieux et propositions d'orientation.**

Maisons-Alfort : AFSSA : 2002/01 ; 104p., 1 ann., graph., tabl.

B3797

L'AFSSA (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments) a réalisé un état des lieux des allergies alimentaires pour pouvoir dresser quelques propositions d'orientation en matière de prévention. L'état des lieux comprend tout d'abord une réflexion sur les champs et la définition des allergies alimentaires. Il s'en suit une évaluation de la dimension de ce problème pour la santé publique. Le rapport expose ensuite les connaissances concernant certains allergènes alimentaires d'origine animale, végétale, les additifs alimentaires et les OGM (organismes génétiquement modifiés). Puis celui-ci fait le point sur la réglementation et son évolution récente au niveau international, européen et français, à propos de l'étiquetage des denrées alimentaires,

des aliments et ingrédients issus d'OGM, et de l'intégration des enfants allergiques ou atteints d'intolérance alimentaire à l'école. Ce bilan se termine sur une analyse des différentes stratégies de surveillance et de gestion des problèmes d'allergie alimentaire dans le monde. Les propositions d'orientation comprennent une analyse des principales faiblesses du système français en matière d'allergies alimentaires, puis des listes d'actions possibles en prévention primaire, secondaire et tertiaire. Ce document est disponible en ligne sur le site de l'AFSSA : <http://www.afssa.fr/ftp/basedoc/Allergies%20alimentaires%20vdef.pdf>.

ALLERGIE, ALIMENT, DÉFINITION, ÉTIOLOGIE, SYMPTÔME, DIAGNOSTIC, THÉRAPEUTIQUE, ALLERGÈNE, LAIT, OEUF, POISSON, CÉRÉALE, FRUIT, LÉGUME, ADDITIF ALIMENTAIRE, ORGANISME GÉNÉTIQUEMENT MODIFIÉ, INTOLÉRANCE ALIMENTAIRE, PRÉVALENCE, QUALITÉ DE VIE, RÉGLEMENTATION, NORME, INFORMATION, CONSOMMATEUR, ENFANT, SCOLARITÉ, ÉCOLE, CANTINE SCOLAIRE, MÉDECINE SCOLAIRE, SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE, RECHERCHE FONDAMENTALE, PRISE EN CHARGE MÉDICOSOCIALE, BANQUE DONNÉE, PROGRAMME ACTION, PRÉVENTION PRIMAIRE, PRÉVENTION SECONDAIRE, PRÉVENTION TERTIAIRE

FRANCE

BILAN, ANALYSE PROBLÈME, RECOMMANDATION



## Diabète

20286

FASCICULE

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Echelon National du Service Médical. (E.N.S.M.). Département Soins de Ville / Mission Statistique. Paris. FRA

**Programme de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2 : Evolution de la prise en charge des diabétiques non insulino traités entre 1998 et 2000.**

ETUDES ET ENQUÊTES (CNAMTS/ENSM)

2002/02 ; 92p., 18 tabl., 3 fig., 5 ann., carte S39

Le programme d'intervention en santé publique, lancé en juin 1999 par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS), la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et l'Assurance Maladie des Professions Indépendantes (AMPI), avait pour objectif de contribuer à l'amélioration de la prise en charge

médicale des diabétiques de type 2. Le traitement statistique, sur l'ensemble du territoire métropolitain, des bases de données du Régime général de l'Assurance Maladie, où sont enregistrées toutes les prestations remboursées aux assurés sociaux, a permis d'actualiser les informations disponibles en matière d'épidémiologie du diabète et de dresser un état des lieux de la prise en charge collective et du suivi des malades exclusivement traités par hypoglycémifiants oraux. Pour l'évaluation de ce programme d'intervention, l'Assurance Maladie a réalisé une étude de type avant/après comportant trois mesures : une première mesure se rapportant à l'état des lieux de la prise en charge des malades en 1998 (avant la réalisation des interventions) ; une deuxième mesure (mesure intermédiaire) portant sur la situation observée en 1999 - année durant laquelle se sont déroulées les interventions ; une troisième mesure (après la réalisation des interventions) portant sur la prise en charge des malades durant l'année 2000. La présente étude s'est attachée à mesurer, entre 1998 et 2000, l'évolution de la prise en charge collective des malades en matière de suivi du contrôle glycémique et de dépistage des complications dégénératives.

PRISE EN CHARGE, DIABÈTE, TRAITEMENT, PRÉVALENCE, ÂGE, SEXE, EXONÉRATION, TICKET MODÉRATEUR, RECOURS SOINS, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, ENDOCRINOLOGIE, OPHTHALMOLOGIE, DÉPISTAGE, DISPARITÉ RÉGIONALE, MÉDICAMENT, DIABÈTE NON INSULINODÉPENDANT, SUIVI MALADE, MALADIE LONGUE DURÉE, CONTINUITÉ SOINS, PRATIQUE MÉDICALE

FRANCE, FRANCE RÉGION, DOM

MÉTHODOLOGIE, DÉFINITION, ENQUÊTE, ÉVALUATION, RÉSULTAT



## Dyslipidémies

20893

ARTICLE

LAFON (J. C.), CHASTAGNER (M.), MAILLET (H.), VIDAL (E.)

**Le risque lipidique : commentaires à partir de trois études sur ses modalités de prise en charge.**

REVUE MÉDICALE DE L'ASSURANCE MALADIE

2001/07-09 ; vol. 32 : n° 3 : 243-251, 2 graph., 1 tabl.

P25

Cet article présente les résultats de trois enquêtes menées simultanément en 1998 en Haute-

Vienne pour évaluer la pertinence de la prise en charge des dyslipidémies : l'une a porté sur la prévention secondaire des patients coronariens de moins de 75 ans, une autre sur les traitements hypolipémiants chez les sujets âgés de plus de 75 ans et une sur le suivi des dyslipidémies chez les femmes jeunes non exonérées du ticket modérateur en comparant les données aux référentiels existants.

CHOLESTEROL, TRIGLYCÉRIDE, LIPIDE, PRATIQUE MÉDICALE, DIAGNOSTIC, DÉPISTAGE, EXAMEN BIOLOGIQUE, PRÉVENTION, THÉRAPEUTIQUE MÉDICAMENTEUSE, RÉGIME ALIMENTAIRE, CARDIOPATHIE CORONAIRE, ÂGE, PERSONNE ÂGÉE, TICKET MODÉRATEUR, FEMME, ADULTE, FACTEUR RISQUE, NORME, RECOMMANDATION

HAUTE-VIENNE, DÉPARTEMENT, FRANCE RÉGION

ENQUÊTE, ÉTUDE RÉGIONALE, MÉTHODOLOGIE, RÉSULTAT, DONNÉE STATISTIQUE, BILAN



## Hypertension

20285

FASCICULE

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Echelon National du Service Médical. (E.N.S.M.). Département Soins de Ville / Mission Statistique. Paris. FRA

**Programme national de santé publique. Prise en charge de l'hypertension artérielle sévère en France en 1999 et 2000. Bilan intermédiaire du programme d'interventions de l'Assurance Maladie.**

ETUDES ET ENQUETES (CNAMTS/ENSM)

Paris : CNAMTS : 2002/02 ; 18p., 9 tabl.

S39

Dans le cadre de son programme de santé publique pluriannuel (1999-2003) destiné à améliorer la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA), l'Assurance maladie a réalisé deux enquêtes nationales concernant les malades admis en exonération du ticket modérateur (ETM) pour HTA sévère. L'objectif était de mesurer, en début (mai 1999) et en cours de programme (novembre 2000), la distance entre les prises en charge observées et le standard déduit des recommandations (1997) de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), afin d'apprécier l'évolution des pratiques entre ces deux périodes, encadrant les interventions menées sur le terrain. L'objet de cette publication est de présenter sous forme d'une analyse comparative les principaux résul-

tats des deux enquêtes d'évaluation et les enseignements qui en ont été tirés.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE, EXONÉRATION, TICKET MODÉRATEUR, PRISE CHARGE, MALADIE LONGUE DURÉE, COÛT, TRAITEMENT, MÉDICAMENT APPAREIL CIRCULATOIRE, ÂGE, SEXE, THÉRAPEUTIQUE MÉDICAMENTEUSE

FRANCE

MÉTHODOLOGIE, ENQUÊTE, RECOMMANDATION, ÉVALUATION



## Méningite

21487

ARTICLE

LECADET (J.), MORA (M.), BARIS (B.)

**Méningite à méningocoque : évaluer l'application de la chimioprophylaxie.**

REVUE MEDICALE DE L'ASSURANCE MALADIE

2001/07-09 ; vol. 32 : n° 3 : 253-256, 1 graph., 4 tabl.

P25

Suite à des cas de méningites à méningocoques survenus dans le Puy-de-Dôme en 1999-2000, des mesures de chimioprophylaxie avaient été préconisées par la DDASS. Mais ces mesures ont-elles bien été respectées dans leur application ? Pour le savoir, le service médical de la région Auvergne a réalisé un travail pour déterminer s'il était possible de connaître la réponse à cette question à partir des outils dont ils disposaient. Les résultats montrent que le codage du médicament permet aujourd'hui de disposer d'indicateurs permettant une approche quantifiée de l'application des mesures de chimioprophylaxie.

MÉNINGITE, MALADIE CONTAGIEUSE, CONTAGION, PRÉVENTION THÉRAPEUTIQUE, INFECTION, PROPHYLAXIE, MÉDICAMENT, CONSOMMATEUR, CONTRÔLE, PROGRAMME ACTION, INDICATEUR, OUTIL

DÉPARTEMENT, PUY-DE-DOME

ÉVALUATION, ENQUÊTE, RÉSULTAT

## DEPENSES DE SANTE

### Aide sociale

20287

FASCICULE

*BONNARDEL (C.) MESRINE (A.)*

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

**Les dépenses d'aide sociale de 1996 à 2000.**

ETUDES ET RESULTATS

2002/03 ; n° 164 : 8p., 6 tabl., 2 graph., 1 carte, 4 enc.

P83

En 2000, les conseils généraux de France métropolitaine ont dépensé près de 10,5 milliards d'euros en prestations d'aide sociale, aide médicale exclue. Ces dépenses brutes ont augmenté depuis 1996 de 2,4 % en euros constants. Les recouvrements ayant diminué depuis 1996, les dépenses nettes des départements ont progressé plus fortement (+4 %). Les dépenses nettes d'aide sociale à l'enfance (ASE) représentent la plus forte part des prestations nettes d'aide sociale en 2000 (46 %). Elles ont augmenté en termes réels de 8,2 % depuis 1996. Les dépenses d'aide sociale aux personnes âgées se sont développées du fait de la mise en place de la prestation spécifique dépendance (PSD) en 1997 et représentent 1,5 milliard d'euros de dépenses nettes en 2000. Les dépenses liées à la dépendance et au handicap (ACTP et PSD cumulées) ont cependant diminué, depuis 1998, d'un peu plus de 5 %. Les dépenses brutes d'aide sociale aux personnes handicapées, hors ACTP, ont, quant à elles, augmenté de 0,3 milliard d'euros en termes réels depuis 1996 et atteignent 2,3 milliards d'euros en 2000. Cette hausse repose essentiellement sur l'augmentation des dépenses d'accueil et d'hébergement. Les charges nettes d'insertion du RMI ont enfin augmenté de 20 % en termes réels entre 1996 et 2000, passant de 534 à 640 millions en euros constants. Les recouvrements moyens des conseils généraux représentent 2 % des dépenses brutes engagées pour l'aide sociale à l'enfance, 4 % pour les charges d'insertion du RMI, 12 % pour l'aide sociale aux personnes handicapées et plus de 41 % pour l'aide sociale aux personnes âgées. Pour cette dernière, les recouvrements varient de 10 à 61 % des dépenses engagées par les départements.

AIDE SOCIALE, BÉNÉFICIAIRE, RMI, DÉPENSE SOCIALE, AIDE SOCIALE ENFANCE, PRESTATION HANDICAPÉ, PERSONNE ÂGÉE

FRANCE, DÉPARTEMENT

DONNÉE STATISTIQUE, ÉVOLUTION, ENQUÊTE, MÉTHODOLOGIE, BILAN ▲

22018

FASCICULE

*BONNARDEL (C.)*

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

**Les dépenses d'aide sociale des départements en 2001.**

ETUDES ET RESULTATS

2002/10 ; n° 198 : 8p., 7 tabl., 3 graph.

P83

L'aide sociale garantit, aux personnes qui se trouvent dans l'incapacité d'assurer leur propre subsistance, les moyens de subvenir à leurs besoins. Le champ d'intervention des départements s'est à cet égard élargi depuis 1984, date à laquelle les lois de décentralisation leur ont transféré les compétences en matière d'aide sociale. Les conseils généraux ont, en premier lieu, pris en charge les assurés personnels dotés d'une résidence stable dans le département (loi de 1987). Puis, à la suite des lois de 1988 et de 1992, ils ont eu à mettre en place des programmes départementaux d'insertion pour les allocataires du Revenu minimum d'insertion (RMI) et des fonds sociaux pour le logement. Le champ de l'aide sociale départementale a toutefois été récemment diminué de l'aide médicale, remplacée par la Couverture Maladie Universelle (CMU). Cet article livre les premiers résultats de la compilation complète des budgets des départements qui permettent d'aller au-delà d'estimations provisoires et d'établir des statistiques de dépenses.

AIDE SOCIALE, BÉNÉFICIAIRE, RMI, DÉPENSE SOCIALE, AIDE SOCIALE ENFANCE, PRESTATION HANDICAPÉ, PERSONNE ÂGÉE, COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE, CMU, DÉPENSE SANTÉ

FRANCE, FRANCE RÉGION, DÉPARTEMENT

DONNÉE STATISTIQUE, ÉVOLUTION, ENQUÊTE, MÉTHODOLOGIE, BILAN



## Protection sociale

21624

FASCICULE

DUPUIS (J. P.)

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

**Les comptes de la protection sociale en 2001.**

ETUDES ET RESULTATS

2002/10 ; n° 196 : 8p., 4 tabl., 2 graph.

P83

En 2001, les dépenses de protection sociale se sont accrues de 4,2 % en valeur et de 2,7 % en termes réels. Les prestations de protection sociale perçues par les ménages, soit 95% des dépenses, s'accroissent de 4,3 % en valeur et de 2,7 % en termes réels et, avec 417,5 Milliards d'euros, représentent désormais 28,5% du PIB. Les régimes d'assurance sociale, qui couvrent 83 % des dépenses, sont prépondérants dans le système de protection sociale. La part des cotisations sociales continue de se réduire au profit du financement fiscal : les impôts et taxes affectés représentent désormais près de 20 % des recettes, soit 12 points de plus qu'en 1995. La contribution sociale généralisée (CSG) compte pour près des trois quarts des impôts et taxes, conséquence des transferts d'assiette opérés en 1997 et 1998 entre les cotisations maladie et la CSG. Enfin, pour l'ensemble des régimes de protection sociale, la croissance des dépenses a été en 2001 un peu plus rapide que celle des recettes (+4,2 % contre +3,8 %), contrairement au mouvement constaté sur la période 1998-2000 (Résumé d'auteur).

COMPTE PROTECTION SOCIALE, DÉPENSE SANTÉ, ORGANISME PROTECTION SOCIALE, AIDE SOCIALE, ASSURANCE VIEILLESSE, ASSURANCE MALADIE, ASSURANCE CHÔMAGE, COTISATION SOCIALE, FINANCEMENT PROTECTION SOCIALE, PRESTATION SÉCURITÉ SOCIALE, PIB, PROTECTION SOCIALE, RÉGIME GÉNÉRAL, RÉGIME PROTECTION SOCIALE, RECETTE, COTISATION SOCIALE

FRANCE, EUROPE

DONNÉE STATISTIQUE, ANALYSE SPATIOTEMPORALE, ÉTUDE COMPARÉE, ÉVOLUTION



## Comptes de la santé

21538

FASCICULE

FENINA (A.)

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

**Les comptes de la santé en 2001.**

ETUDES ET RESULTATS

2002/09 ; n° 187 : 4p., 2 tabl., 4 graph.

P83

Le Compte de la santé, l'un des comptes satellites de la Comptabilité nationale, évalue chaque année le montant de l'ensemble des postes de la consommation médicale. Il décrit le financement de la dépense courante de santé qui comprend l'ensemble des dépenses effectuées dans le secteur de la santé. Les Comptes de la santé permettent à ce jour d'analyser, selon les sources et méthodes de la base 1995 des Comptes nationaux, l'évolution des dépenses de la dernière décennie. En 2001, au total, 148 milliards d'euros ont été dépensés pour la santé, soit en moyenne 2 437 euros par habitant. Au sein de cette dépense totale, 128 milliards d'euros ont été directement affectés à la consommation de soins et de biens médicaux, soit 2 098 euros par habitant (extrait). Ce document est disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er187.pdf>

COMPTE SANTÉ, CONSOMMATION MÉDICALE TOTALE, FINANCEMENT SOINS, DÉPENSE NATIONALE SANTÉ, HÔPITAL PUBLIC, PRÉVENTION, PROTHÈSE, OPTIQUE, RECHERCHE MÉDICALE, RECHERCHE PHARMACEUTIQUE, DÉPENSE SANTÉ, FORMATION MÉDICALE CONTINUE, MÉDECINE PRÉVENTIVE, HÔPITAL PRIVÉ, MÉDICAMENT, CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE, CONSOMMATION SOINS AMBULATOIRES

FRANCE, OCDE

DONNÉE STATISTIQUE, BILAN, ÉTUDE COMPARÉE



## Coût maladie

21529

ARTICLE

SCHMID (A.), BURCHARDI (H.), SCHNEIDER (H.), CLOUTH (J.)

**Le fardeau de la maladie dû aux septicémies sévères en Allemagne.**

*Burden of illness imposed by severe sepsis in Germany.*

HEPAC : HEALTH ECONOMICS IN PREVENTION AND CARE

2002 ; vol. 3 : n° 3 : 77-82, 4 tabl.

P151

La septicémie est une infection sévère survenant très fréquemment chez des patients en situation critique. Cet article tente d'évaluer les différents types de coûts imputables à cette pathologie en Allemagne.

COÛT MALADIE, MORTALITÉ PRÉMATURÉE, SEPTICÉMIE

ALLEMAGNE

ÉVALUATION, ÉVALUATION ÉCONOMIQUE ▲

21599

ARTICLE

GREENBERG (P. E.), LEONG (S. A.), BIRNBAUM (H.G.)

**Coût de la dépression : évaluation en cours et prospective.**

*Cost of depression : current assessment and future directions.*

PHARMACOECONOMICS & OUTCOMES RESEARCH

2001/10 ; vol. 1 : n° 1 : 69-76

c, B3768

ÉTAT DÉPRESSIF, COÛT SANTÉ, ÉPIDÉMIOLOGIE, PRÉVALENCE, COÛT SOCIAL, RECOURS SOINS, PRODUCTIVITÉ, PRESCRIPTION, MÉDICAMENT, ABSENTÉISME

ÉTATS-UNIS

ÉVALUATION ÉCONOMIQUE



## Déterminants

20590

ARTICLE

RAYNAUD (D.)

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

**Les déterminants individuels des dépenses de santé.**

*Les dépenses de santé.*

DOSSIERS SOLIDARITE ET SANTE

Paris : La Documentation française : 2002/01-03 ; n° 1 : 29-58, 34 tabl., 16 graph.

S19

A partir des données de l'Echantillon Permanent des Assurés Sociaux (EPAS) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et de l'enquête Santé et Protection Sociale (SPS) du Centre de Recherche - d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES), qui ont ici été appariées, cet article s'attache à mesurer l'influence sur les

consommations médicales des différentes variables sociodémographiques suivantes : âge, sexe, niveau d'éducation, état matrimonial, taille du ménage, niveau social, position sur le marché du travail.

DÉPENSE SANTÉ, CONSOMMATION MÉDICALE, ÂGE, SEXE, DÉPENSE HOSPITALIÈRE, DÉPENSE PHARMACEUTIQUE, SOINS AMBULATOIRES, CONSOMMATION SOINS AMBULATOIRES, NIVEAU ENSEIGNEMENT, PCS, ÉTAT MATRIMONIAL, AUXILIAIRE MÉDICAL, MÉDECIN, SOINS DENTAIRE, BIOLOGIE, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, MÉDECIN SPÉCIALISTE, OPTIQUE, REVENU

FRANCE

ESTIMATION, MODÈLE, ANALYSE ÉCONOMIQUE



## Étude comparée

20869

FASCICULE

BAC (C.), CORNILLEAU (G.)

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

**Comparaison internationale des dépenses de santé. Une analyse des évolutions dans sept pays depuis 1970.**

ETUDES ET RESULTATS

2002/06 ; n° 175 : 12p., 5 tabl., 4 graph.

P83

Cette étude analyse les tendances de l'évolution des dépenses de santé dans sept pays : Allemagne, Espagne, États-Unis, France, Italie, Pays-Bas et Royaume-Uni de 1970 à 1999.

RÉGULATION, DÉPENSE SANTÉ, PIB, ÂGE, VIEILLISSEMENT, DÉMOGRAPHIE, DÉPENSE HOSPITALIÈRE, MÉDICAMENT, CONSOMMATION MÉDICALE, CROISSANCE ÉCONOMIQUE, MÉDECINE VILLE

ALLEMAGNE, ESPAGNE, ÉTATS-UNIS, FRANCE, ITALIE, PAYS-BAS, ROYAUME-UNI

DONNÉE STATISTIQUE, MODÈLE, ANALYSE ÉCONOMIQUE, ÉTUDE COMPARÉE, ÉVOLUTION

## CONSOMMATION MEDICALE

### Analyse temporelle

20602

FASCICULE

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

**Sept ans de consommations de soins (1994-2000). L'année 2001 - L'hiver 2001-2002.**

POINT DE CONJONCTURE - LA STATISTIQUE MENSUELLE EN DATE DES SOINS

Paris : CNAMTS : 2002/05 ; n° 1 : 73p., tabl., graph., carte

C, S36

Ce document est publié par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en complément des données habituelles. La diffusion de cette nouvelle statistique est accompagnée d'un point mensuel de conjoncture. Ce premier numéro se donne d'abord pour objectif de fournir quelques points de repère permettant de mieux comprendre les huit années de consommation médicale dont ces cinquante séries décrivent, à leur manière, l'histoire. La conjoncture proprement dite n'est pas oubliée : avec quelques mois de recul, l'activité médicale durant l'hiver 2001-2002 est maintenant connue. Elle peut être étudiée jour par jour.

CONSOMMATION MÉDICALE, CONSOMMATEUR SOINS, DÉMOGRAPHIE MÉDICALE, SOINS AMBULATOIRES, HONORAIRES, PROFESSION SANTÉ, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, MÉDECIN SPÉCIALISTE, AUXILIAIRE MÉDICAL, KINÉSITHÉRAPIE, CHIRURGIEN DENTISTE, ACTE PROFESSIONNEL, INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, ACCIDENT TRAVAIL, RÉFORME, CLASSIFICATION, MÉDECINE LIBÉRALE, LETTRE CLÉ, TARIF CONVENTIONNEL

FRANCE, FRANCE RÉGION, DÉPARTEMENT

MÉTHODOLOGIE, DONNÉE STATISTIQUE, ANALYSE SPATIOTEMPORELLE, DÉFINITION▲

21144

FASCICULE

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

**L'activité médicale à travers la consommation de soins.**

POINT DE CONJONCTURE - LA STATISTIQUE

MENSUELLE EN DATE DES SOINS

Paris : CNAMTS : 2002/07 ; n° 3 : 54p., tabl., graph.

C, S36

La Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) poursuit ce mois-ci, en complément des données habituelles, la publication de sa nouvelle statistique qui suit, sous forme d'indices mensuels, le volume des dépenses liées à la consommation de soins de ville. Elle distingue les différentes catégories de professionnels de santé qui ont dispensé ces soins. Ces informations sont disponibles depuis janvier 1994. La diffusion de cette nouvelle statistique est accompagnée d'un point mensuel de conjoncture, dont l'importance est fonction de l'actualité. Ce troisième numéro fait par ailleurs le point sur l'évolution en valeur et en volume de la consommation médicale de ce premier trimestre et présente une nouvelle estimation de la croissance de cette consommation de soins pour le deuxième trimestre. Quelques aspects particuliers de cette conjoncture ont été approfondis, notamment l'évolution des arrêts de travail de longue durée. Avec le recul nécessaire, la disposition de l'accord conventionnel du 29 janvier 2002 instituant une majoration des consultations des médecins généralistes de garde le samedi après-midi peut maintenant être analysée. Elle est replacée dans le cadre plus général de l'activité des médecins généralistes libéraux durant le week-end.

DÉPENSE SANTÉ, CONSOMMATION SOINS AMBULATOIRES, MODE EXERCICE PROFESSIONNEL, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, MÉDECIN SPÉCIALISTE, HONORAIRES, CONSOMMATION MÉDICALE, ARRÊT TRAVAIL, MALADIE LONGUE DURÉE, GARDE MÉDICALE, MÉDECINE LIBÉRALE, CLASSIFICATION, CONSULTATION, ACTE PROFESSIONNEL

FRANCE, FRANCE RÉGION, DÉPARTEMENT

MÉTHODOLOGIE, DONNÉE STATISTIQUE, ANALYSE SPATIOTEMPORELLE, DÉFINITION▲

21579

FASCICULE

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

**L'activité médicale à travers la consommation de soins.**

POINT DE CONJONCTURE - LA STATISTIQUE MENSUELLE EN DATE DES SOINS

Paris : CNAMTS : 2002/09 ; n° 4-5 : 56p., tabl., graph.



C, S36

Ce document est publié par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en complément des données habituelles. La diffusion de cette nouvelle statistique est accompagnée d'un point mensuel de conjoncture. Cette quatrième-cinquième édition apporte des éclairages intéressants sur l'augmentation du taux moyen de prise en charge des soins médicaux, le profil des plus gros prescripteurs de médicaments, le développement des génériques et la consommation médicale des bénéficiaires de la CMU.

CONSOMMATION MÉDICALE, CONSOMMATION SOINS AMBULATOIRES, REMBOURSEMENT, MÉDICAMENT, MALADIE LONGUE DURÉE, SEXE, PRESCRIPTION, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, CLIENTÈLE, ÂGE, TAUX, PRISE CHARGE, SOINS MÉDICAUX, PRODUIT GÉNÉRIQUE, CMU, COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

FRANCE, FRANCE RÉGION, DÉPARTEMENT

MÉTHODOLOGIE, DONNÉE STATISTIQUE, ANALYSE SPATIOTEMPORELLE, DÉFINITION



21545

FASCICULE

*GIRARD-LE GALLO (I.)*

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

**La consommation médicale des bénéficiaires de la CMU en 2000.**

POINT STAT

2002/08 ; n° 35 : 8p., 3 graph., 5 tabl.

P169

Cette étude, réalisée par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) à partir de l'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS), donne pour l'année 2000, les résultats de consommation médicale des bénéficiaires de la CMU par poste de prestation hospitalière, de soins de ville, selon l'âge et le sexe...

DÉPENSE SANTÉ, BÉNÉFICIAIRE, CONSOMMATION MÉDICALE, CONSOMMATION SOINS AMBULATOIRES, CONSOMMATION HOSPITALIÈRE, ÂGE, SEXE, RÉGIME GÉNÉRAL, MALADIE LONGUE DURÉE, PROTECTION COMPLÉMENTAIRE, COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

FRANCE

DONNÉE STATISTIQUE, ENQUÊTE ▲

21547

FASCICULE

*GIRARD-LE GALLO (I.)*

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

**Evolution des dépenses de soins de ville entre 1999 et 2001 des premiers bénéficiaires de la couverture maladie universelle.**

POINT STAT

2002/08 ; n° 36 : 8p.

P169

Cette étude, réalisée par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) à partir de l'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS), propose de suivre l'évolution des dépenses de soins de ville des bénéficiaires de la CMU entre 1999 et 2001 par prestation et selon leurs caractéristiques.

DÉPENSE SANTÉ, BÉNÉFICIAIRE, CONSOMMATION MÉDICALE, CONSOMMATION SOINS AMBULATOIRES, CONSOMMATION HOSPITALIÈRE, ÂGE, SEXE, RÉGIME GÉNÉRAL, MALADIE LONGUE DURÉE, PROTECTION COMPLÉMENTAIRE, COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE, CMU

FRANCE

DONNÉE STATISTIQUE, ENQUÊTE



**Couverture complémentaire**

21139

ARTICLE

*BUCHMUELLER (T. C.), COUFFINHAL (A.), GRIGNON (M.), PERRONNIN (M.), SZWARCENZSTEIN (K.)*

**Consulter un généraliste ou un spécialiste : influence des couvertures complémentaires sur le recours aux soins.**

MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)

Paris : FNMR : 2002/06 ; n° 371 : 1-10

c, P145, QES 47bis

Les personnes couvertes par une complémentaire santé ont-elles des dépenses de soins plus élevées que les personnes non couvertes ? Si oui, cette augmentation est-elle proportionnelle à la qualité des contrats ? Traduit-elle un recours plus fréquent au système de santé ou un mode d'accès différent ? L'enquête périodique sur la santé et la protection sociale (ESPS), menée en 1998 a fourni pour la première fois des informations sur la qualité objective des couvertures complémentaires maladie. L'étude présentée ici

évalue l'impact du niveau de couverture complémentaire sur le recours au généraliste et au spécialiste.

RECOURS SOINS, MÉDECIN GÉNÉRALISTE, MÉDECIN SPÉCIALISTE, PROTECTION COMPLÉMENTAIRE, INÉGALITÉ DEVANT SOINS, ACCÈS SOINS, ASSURANCE PRIVÉE, DÉPENSE SANTÉ, MOTIF CONSULTATION, REVENU

FRANCE

ENQUÊTE SANTÉ, DONNÉE STATISTIQUE



## Médicaments

20318

FASCICULE

BALSAN (D.), CHAMBARETAUD (S.)

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

**La croissance du médicament remboursable entre 1998 et 2001.**

ETUDES ET RESULTATS

Paris : DREES : 2002/04 ; n° 166 : 8p., 10 tabl., 1 graph.

P83

Les auteurs analysent l'évolution des ventes de médicaments remboursables en France en les regroupant par catégories homogènes. Une analyse par classe thérapeutique permet de mettre en évidence la croissance des ventes de médicaments. Cette analyse met également en évidence l'existence de substitution entre médicaments de classes différentes révélatrice de changements dans l'approche thérapeutique d'un certain nombre de maladies.

MÉDICAMENT, CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE, PRESCRIPTION, REMBOURSEMENT, THÉRAPEUTIQUE MÉDICAMENTEUSE, DÉPENSE PHARMACEUTIQUE, VENTE, CLASSIFICATION, ÉVOLUTION, PRODUIT GÉNÉRIQUE

FRANCE

DONNÉE STATISTIQUE ▲

20598

FASCICULE

DOURGNON (P.), SERMET (C.)

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

**La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ?**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

Paris : CREDES : 2002/06 ; n° 52 : 4p.

QES 52, R1380

Financée par la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), cette étude utilise des données de consommation pharmaceutique de l'enquête sur la santé et la protection sociale menée en 1998 par le Centre de Recherche - d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES). Les auteurs cherchent à expliquer les différences en termes de recours à la pharmacie et de dépenses selon qu'on soit bénéficiaire ou non d'une complémentaire mais également selon le type d'organisme protecteur : mutuelles, institutions de prévoyance, assurances privées.

CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE, PROTECTION COMPLÉMENTAIRE, MUTUELLE, ASSURANCE PRIVÉE, DÉPENSE PHARMACEUTIQUE, ÂGE, SEXE, MÉDICAMENT, ÉTAT SANTÉ, TICKET MODÉRATEUR, REVENU, PCS, CONSOMMATEUR SOINS, DÉPENSE SANTÉ, MORBIDITÉ

FRANCE

ENQUÊTE SANTÉ, DONNÉE STATISTIQUE, MÉTHODOLOGIE ▲

21136

FASCICULE

AUVRAY (L.), LE FUR (P.)

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

**Améliorer la mesure de la consommation pharmaceutique : une nouvelle méthode de recueil.**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

Paris : CREDES : 2002/07 ; n° 54 : 4p.

QES 54, R1389

Ce document propose une synthèse du rapport portant sur la mesure de la consommation de médicaments et réalisé à partir de l'enquête annuelle du CREDES sur la santé et la protection sociale (ESPS) 1998. L'objectif du rapport est de comparer deux modes de recueil de la consommation de médicaments afin de déterminer lequel améliore l'évaluation de la dépense. Deux méthodes ont été expérimentées : le recueil mensuel des acquisitions de médicaments et le relevé des consommations un jour donné. Après avoir présenté ces deux méthodes, l'étude montre dans quelle mesure le recueil sur un jour améliore la déclaration des enquêtés. Enfin, la dépense journalière par personne est comparée aux données issues des remboursements présentés à l'Assurance maladie.

DÉPENSE PHARMACEUTIQUE, CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE, MÉDICAMENT, RECUEIL DONNÉES, MACROÉCONOMIE SANTÉ