

# Quoi de neuf, Doc ?

Bulletin bibliographique  
en économie de la santé  
Mars - Avril 2003

■ **Service Documentation**



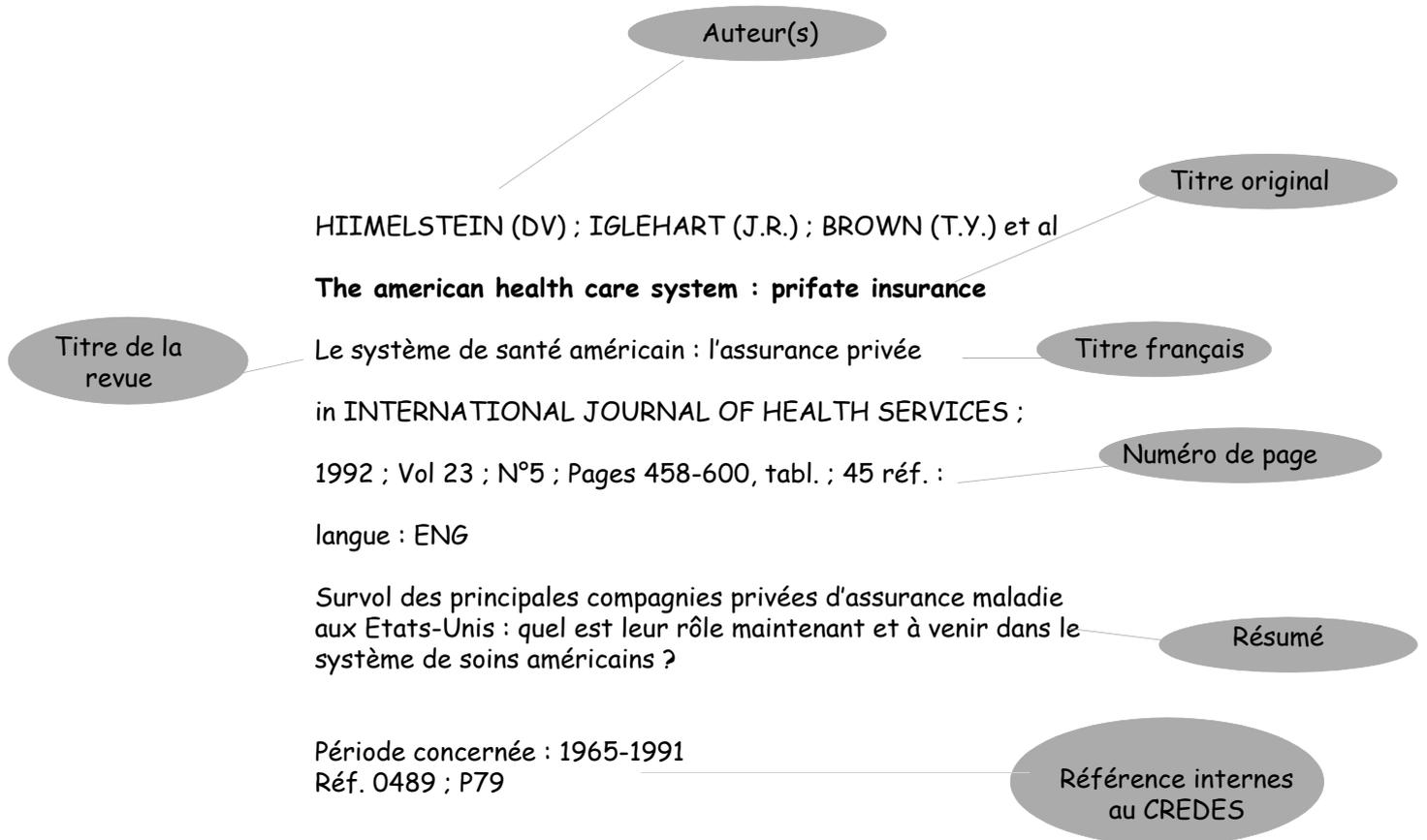
## Présentation

- 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](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'autre auteurs
vol.	☛	numéro de volume de la revue
n°.	☛	numéro de la revue
tabl.	☛	Présence de tableau
graph	☛	Présence de graphiques
Réf.	☛	Références bibliographiques citées à la fin du texte
Réf. bibl.	☛	Références bibliographiques citées dans le corps



**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 19)**

Choix des priorités ..... 17  
Droits des malades ..... 17-18  
Systèmes de santé ..... 18-19

**PROTECTION SOCIALE (19 à 25)**

Politique familiale ..... 19-21  
CMU ..... 21-22  
Couverture sociale ..... 22-23  
Retraite ..... 23-24  
Prestations sociales ..... 24-25  
Bilan ..... 25

**PRÉVENTION SANTÉ (25 à 28)**

Accidents du travail ..... 25  
Cancer ..... 25-26  
Etude critique ..... 26  
Hygiène bucco-dentaire ..... 26-27  
Maladies cardio-vasculaires ..... 27-28  
Sociologie santé ..... 28

**DÉPENSES DE SANTÉ (29 à 31)**

Antirétroviraux ..... 29  
Infection urinaire ..... 29  
Interventions chirurgicales ..... 29-30  
Ondam ..... 30  
Vieillesse ..... 3-31

**CONSOMMATION MÉDICALE (31 à 32)**

Analyse conjoncturelle ..... 31-32

**INDICATEURS DE SANTÉ (32 à 35)**

Sida ..... 32  
Santé des femmes ..... 32  
Epidémiologie sociale ..... 32-33  
Handicap ..... 33  
Diabète ..... 33  
Santé et travail ..... 33-34  
Schizophrénie ..... 34  
Dépression ..... 34-35

**PERSONNES ÂGÉES (35 à 42)**

Politique vieillesse ..... 35-37  
Chute ..... 37  
Proximologie ..... 37-38  
Relation intergénération ..... 38  
Soutien à domicile ..... 38  
Apa ..... 38-39  
Vieillesse ..... 39-40  
Handicap ..... 40-41  
Coordination gérontologique ..... 41-42  
Soins intégrés ..... 42

**GROUPES DE POPULATION (42 à 47)**

Exclusion sociale ..... 42-43  
Inégalités sociales ..... 43  
Pauvreté ..... 43-44  
Sdf ..... 44-45  
Personnes handicapées ..... 45-46  
Centres de santé ..... 46  
Jeunes adultes ..... 46  
Rmi ..... 46-47

### **GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ (47 à 49)**

Action sociale .....	47
Aquitaine .....	47
Démogéographique .....	47-48
Environnement .....	48
Guyane .....	48
Rhône-Alpes .....	49

### **MÉDECINE LIBÉRALE (49 à 52)**

Revenus .....	49
Installations professionnelles .....	49-50
Pratique médicale .....	50-51
Féminisation .....	51-52
Dossier médical .....	52

### **HÔPITAL (52 à 55)**

Contrats objectifs et moyens .....	52
Pharmacie hospitalière .....	52-53
Performance .....	53
Conditions de travail .....	53-54
Psychiatrie .....	54
Urgences hospitalières .....	54-55
Indicateurs gestion hospitalière .....	55

### **PROFESSIONS DE SANTÉ (55 à 57 )**

Auxiliaires familiaux .....	55-56
Conditions de travail .....	56
Skill mix .....	56
SSIAD .....	57

### **MÉDICAMENTS (57 à 61)**

Généralités .....	57
-------------------	----

Marketing .....	57
Règlementation .....	58
Prix .....	58-59
Prescription .....	59
Innovation .....	59
Politique du médicament .....	59-60
Bilan annuel .....	60
Antibiotiques .....	60
Antidépresseurs .....	60-61
Vasoconstricteurs .....	61

### **TECHNOLOGIES MÉDICALES (61 à 62)**

NTIC .....	61
Télémédecine .....	61-62

### **SYSTÈMES DE SANTE ÉTRANGERS (62 à 63)**

Hongrie .....	62
Portugal .....	62
Europe .....	62-63
Europe du Nord .....	63
Pays développés .....	63

### **PRÉVISION-ÉVALUATION (63 à 65)**

Recommandations .....	63-64
Asthme .....	64
Médicaments .....	64
Endodontie .....	64-65

### **MÉTHODOLOGIE-STATISTIQUE (65 à 68)**

Accidents du travail .....	65
Efficiences .....	65
Enquêtes .....	65-66
Indicateurs sociaux .....	66-67
Disability studies .....	67
Tables de mortalité .....	67

Loi des nombres .....	68
Recensement .....	68

### **DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE (68 à 76)**

Bilan annuel .....	68-69
Emploi du temps .....	69-71
Modes de garde .....	71
Fécondité .....	71-72
Migration .....	72
Logement .....	72-73
Projections de la population .....	73-74
Revenus .....	74
Familles monoparentales .....	74-75
Indicateurs démographiques .....	75-76
Mortalité .....	75
Pratiques culturelles .....	75
Scolarité .....	75-76

### **ÉCONOMIE GÉNÉRALE (76 à 82)**

Activité professionnelle .....	76-77
Comptabilité nationale .....	77
Conditions de travail .....	77-78
Entreprises .....	78
Innovation .....	78-79
Marché du travail .....	79-80
PIB .....	80-81
Productivité .....	81
Salaires .....	81

- Index des auteurs .....
- Carnet d'adresses des éditeurs ...
- Calendrier des colloques .....



## Références bibliographiques



## POLITIQUE DE SANTÉ

### Choix des priorités

23090

ARTICLE

MITTON (C.R.)

**Le choix des priorités pour les décideurs : l'économie de la santé en pratique.**

*Priority setting for decision makers : using health economics in practice.*

HEPAC : HEALTH ECONOMICS IN PREVENTION AND CARE

2002 ; vol. 3 : n° 4 : 240-243, 4 tabl.

P151

Cet article présente différentes approches de l'économie de la santé utilisées par les décideurs politiques dans le choix des priorités de santé : évaluation des besoins, études de coût des maladies, évaluations économiques, indicateurs de qualité de vie (qaly) et PBMA ("program budgeting and marginal analysis").

CHOIX PRIORITE, AIDE DECISION, DECIDEUR POLITIQUE, ECONOMIE SANTE, EVALUATION ECONOMIQUE, ANALYSE COUT EFFICACITE, QALY, BESOIN SANTE, COUT MALADIE, RCB, PLANIFICATION SANITAIRE

METHODOLOGIE, THEORIE, ANALYSE ECONOMIQUE

### Droits des malades

20885

ARTICLE

VINCENT (W.)

**Droits des malades et qualité du système de soins.**

MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)

2002/04 ; vol. : n° 241 : 4-7

c, P145

L'objectif de cet article est de présenter les divers aspects de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins du 4 mars 2002 : nouveaux droits des malades, nouveaux dispositifs.

DROITS MALADE, QUALITE SOINS, REGLEMENTATION SANTE, SECRET MEDICAL, INFORMATION MALADE, DOSSIER MEDICAL, OBLIGATION MEDECIN, PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE, COMPETENCE MEDICALE, FORMATION MEDICALE CONTINUE, PREVENTION SANTE, RESEAU SOINS COORDONNES, ORGANISME PROFESSIONNEL

FRANCE

LOI, ETUDE CRITIQUE ▲

20886

ARTICLE

FOREST (D.)

**La loi du 4 mars relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins.**

MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)

2002/04 ; vol. : n° 241 : 14-17

c, P145

Cet article analyse le contenu de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins du 4 mars 2002 selon ses trois volets principaux : démocratie sanitaire, dispositions devant contribuer à la qualité du système de soins, réparation des conséquences des risques sanitaires.

DROITS MALADE, QUALITE SOINS, REGLEMENTATION SANTE, INFORMATION MALADE, DOSSIER MEDICAL, OBLIGATION MEDECIN, COMPETENCE MEDICALE, MEDECIN, FORMATION MEDICALE CONTINUE, RESPONSABILITE MEDICALE, FAUTE MEDICALE, ACCIDENT THERAPEUTIQUE, REPARATION RISQUE PROFESSIONNEL

FRANCE

LOI, ETUDE CRITIQUE ▲

20888

ARTICLE

GOMBAULT (N.)

**Les incidences de la loi du 4 mars 2002 sur la responsabilité professionnelle.**

MEDECIN RADIOLOGUE DE FRANCE (LE)

2002/04 ; vol. : n° 241 : 18-20

c, P145

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins constitue un texte fondamental, qui vient révolutionner des pans entiers du droit médical : accès direct du malade à son dossier, indemnisation de l'aléa thérapeutique. Cet article étudie certaines incidences directes concernant le droit de responsabilité médicale.

DROITS MALADE, QUALITE SOINS, REGLEMENTATION SANTE, INFORMATION MALADE, DOSSIER MEDICAL, OBLIGATION MEDECIN, RESPONSABILITE MEDICALE, FAUTE MEDICALE, ACCIDENT THERAPEUTIQUE, REPARATION RISQUE PROFESSIONNEL, ASSURANCE ACCIDENT, MEDECIN, INDEMNISATION

FRANCE

LOI, ETUDE CRITIQUE ▲

23119

ARTICLE

VIALLA (F.)

**Responsabilité du fait des infections nosocomiales : bilan et perspectives après la loi du 4 mars 2002.**

REVUE MEDICALE DE L'ASSURANCE MALADIE

2003/01-03 ; vol. 34 : n° 1 : 41-47

P25

Le droit de la responsabilité médicale est sans conteste sous les feux de l'actualité depuis plusieurs années. Si les magistrats maintenaient dans la plupart des hypothèses le principe de la faute nécessaire, il n'en reste pas moins qu'un mouvement d'objectivation de la responsabilité médicale apparaissait. C'est symptomatiquement sur la question des responsabilités encourues en cas de survenance d'infections nosocomiales qu'une responsabilité objective était mise à jour par la jurisprudence. Le mouvement cependant ne fut pas chronologiquement contemporain devant les juridictions administratives et judiciaires. De la même manière, la technique retenue par les deux ordres juridictionnels pour parvenir, en la matière, à une responsabilité objective ne fut pas identique. Face à ces discordances, il revenait au législateur de réaliser une harmonisation quant à la responsabilité du fait des infections nosocomiales. C'est désormais chose faite avec la loi du 4 mars 2002. Le texte cependant ne règle pas de manière définitive l'ensemble des problèmes, un certain nombre de points resteront à clarifier après la réforme opérée (Résumé d'auteur).

REGLEMENTATION, LOI, REFORME, RESPONSABILITE MEDICALE, INFECTION NOSOCOMIALE, HOPITAL, INDEMNISATION

FRANCE

EVOLUTION, BILAN, ANALYSE PROBLEME, ETUDE CRITIQUE



## Systèmes de santé

22527

FASCICULE

Institut National de la Consommation. (I.N.C.). Paris. FRA

**Prendre sa santé en main.**

60 MILLIONS DE CONSOMMATEURS : HORS SERIE DECOUVERTE

2002/10 ; vol. : n° 108 : 95p.

A2778

Le monde de la santé vit une véritable révolution dont on perçoit mal l'issue. Les Français sont

pourtant très attachés à leur système de santé, mais malgré le classement de l'OMS qui le situe en premier position, le système est en pleine crise. La santé est devenue un nouveau territoire du consumérisme, un grand sujet de débat public, et il convient à chaque citoyen de prendre sa santé en main. Tel est l'enjeu de ce fascicule.

SYSTEME SANTE, INDICATEUR SANTE, REMBOURSEMENT, PROTECTION SOCIALE, COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE, INEGALITE DEVANT SOINS, LISTE ATTENTE, MEDECINE VILLE, HOPITAL, QUALITE SOINS, ACCREDITATION, PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE, SATISFACTION USAGER, DROITS MALADE, ACCIDENT THERAPEUTIQUE, REGLEMENTATION, ASSOCIATION, USAGER INFORMATION, PREVENTION SANTE, DEPISTAGE, VACCINATION, MEDICAMENT, CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE, AUTOMEDICATION, MEDECINE PREDICTIVE, DIAGNOSTIC PRENATAL, AMNIOCENTESE

FRANCE, ROYAUME-UNI, ALLEMAGNE

BILAN ▲

22548

ARTICLE

BERAUD (C.)

**Les transformations du système de soins au cours des vingt dernières années : point de vue d'un acteur.**

*Vingt ans : numéro anniversaire.*

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

2002/12 ; vol. 20 : n° 4 : 37-74

P86

Lors de la création de cette revue, en 1982, étaient déjà en place les facteurs déterminants de la révolte des professionnels des soins observée en 2001 et 2002 qui annonce, soit la mort d'une pratique médicale vieille d'un demi-siècle et la naissance d'un nouveau système de soins, soit le maintien des modalités actuelles d'exercice médicale dans un modèle de soins dont la survie conduira, notamment pour des raisons économiques, à une accentuation des inégalités de santé. Cet article décrit le point de vue de Claude Béraud sur l'évolution des facteurs déterminants de la situation observée aujourd'hui du côté des usagers, des professionnels, des économistes, de l'assurance maladie et de l'Etat (d'après l'introduction de l'auteur).

DEMANDE SANTE, PRATIQUE MEDICALE, RELATION SOIGNANT SOIGNE, CONDITION VIE, STRESS, DEMANDE SOINS, DEMANDE EXPRI-MEE, BIEN ETRE, PERFORMANCE, CONSUMERISME, DROITS USAGER, DROITS MALADE, COMPORTEMENT PATERNEL, PARTENARIAT, DECISION MEDICALE, INFORMATION MALADE, ACCES SOINS, QUALITE SOINS, SECURITE SANI-

TAIRE, INEGALITE DEVANT SOINS, MEDECIN, DISCOURS, SYNDICAT, CONFLIT SOCIAL, EVALUATION MEDICALE, REGULATION, DEMOGRAPHIE MEDICALE, PROFESSION SANTE, COMPETENCE, SUBSTITUTION, TRANSFERT COMPETENCE, CHARGE TRAVAIL, IDENTITE SOCIALE, POUVOIR MEDICAL, INNOVATION MEDICALE, ORGANISATION TRAVAIL, FORMATION, DEPENSE SANTE, MAITRISE DEPENSE, ETHIQUE, ECONOMIE SANTE, ASSURANCE MALADIE, ADMINISTRATION ETAT, REFORME, CONFLIT

FRANCE

EVOLUTION, SOCIOLOGIE SANTE, ETUDE CRITIQUE ▲

22649

FASCICULE

HERMESSE (J.), BRUN (E.), POUVOURVILLE (G. de), ULLMANN (P.), GRIGNON (M.), CANNIARD (E.), RIGAUD-BULLY (C.) / dir., AURAY (J.P.) / dir.

**Accessibilité aux soins et nouvelles technologies.**

SANTE ET SYSTEMIQUE

2002 ; vol. 6 : n° 1-2-3 : 347p.

A2794

Ce fascicule présente des contributions originales sur quatre problèmes qui sont actuellement au centre des préoccupations de tous ceux qui travaillent sur le thème du système de santé, quel que soit leur champ disciplinaire principal, qu'ils soient producteurs de soins, gestionnaires, économistes, juristes ou sociologues : accessibilité aux soins et nouvelles technologies, sécurité et qualité des soins, place du patient dans le système de santé, économie des nouvelles technologies en santé. En amont se situe le problème de l'accessibilité aux soins. Contrairement à ce qu'on pourrait penser, même aujourd'hui dans les pays développés, l'égalité d'accès aux soins est loin d'être acquise et il est tout à fait possible de mettre en évidence certains des facteurs limitatifs de cet accès.

ACCES SOINS, INEGALITE DEVANT SOINS, COMPETITION, TECHNOLOGIE MEDICALE, PERSONNE AGEES, EXCLU, URGENCE HOSPITALIERE, CONSULTATION, COUT SANTE, PERMANENCE SOINS, CHU, ASSURANCE MALADIE, GESTION RISQUE, COUVERTURE COMPLEMENTAIRE, RECOURS SOINS, MEDECIN GENERALISTE, MEDECIN SPECIALISTE, QUALITE SOINS, RESPONSABILITE MEDICALE, SECURITE, HOPITAL, RESEAU SOINS COORDONNES, REDUCTION RISQUE, INFECTION NOSOCOMIALE, GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE, BLOC OPERATOIRE, SATISFACTION USAGER, INFORMATION MALADE, CANCEROLOGIE, PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE, DECISION MEDICALE, SYS-

TEME SANTE, ANTHROPOLOGIE MEDICALE, INNOVATION MEDICALE, SYSTEME INFORMATION, AIDE DECISION, DIAGNOSTIC, CANCER, SEIN, MAMMOGRAPHIE, TELEMEDECINE, BESOIN, PRATIQUE MEDICALE, REGLEMENTATION, BANQUE DONNEE

FRANCE, QUEBEC, NANTES, AFRIQUE, SUISSE

EVALUATION

## PROTECTION SOCIALE



### Politique familiale

22087

ARTICLE

McDONALD (P.)

**Les politiques de soutien de la fécondité : l'éventail des possibilités.**

POPULATION

2002/05-06 ; vol. 57 : n° 3 : 423-456, 2 graph.

P27/1

Cet article présente la palette des politiques publiques auxquelles on pourrait avoir recours pour maintenir la fécondité à un niveau modéré, de l'ordre de 1,7 à 1,9 enfant par femme en moyenne. Parmi les options disponibles, le choix d'une politique devrait tenir compte de l'environnement sociologique et du cadre institutionnel du pays considéré. En d'autres termes, il n'y a pas de modèle unique et universel. Chaque pays doit chercher la formule qui s'adapte de manière optimale à sa structure institutionnelle, tout en composant avec ses données économiques propres. Une politique ne peut pas recueillir l'assentiment général si elle n'est pas fondée sur un consensus social. En outre, dans toute la mesure du possible, les politiques de soutien de la fécondité devraient s'appuyer sur une ou des théorie(s) rendant compte des raisons pour lesquelles, dans tel ou tel contexte, la fécondité est tombée à un niveau si bas. Etant donné qu'en toute hypothèse, ces politiques seront certainement onéreuses, comprendre un tant soit peu pourquoi la fécondité est faible ne peut qu'améliorer l'efficacité de leur mise en œuvre. L'auteur passe aussi en revue une série de théories générales possibles sur la faiblesse de la fécondité. Il estime que les pays devraient avoir un idée relativement nette de l'objectif qu'ils visent. Nécessairement, le maintien du volume de la population (au minimum une croissance démographique nulle) est l'objectif ultime de tout pays. Reste à savoir à

quelle distance dans le futur se situe ce but " ultime ". En d'autres termes, quelle réduction de l'effectif de la population totale, ou de la population active, un pays est-il disposé à accepter avant d'atteindre la stabilisation démographique ? L'auteur prend l'exemple de l'Italie pour illustrer cette question (Résumé d'auteur). Cet article alimente un dossier consacré aux politiques familiales et aux politiques publiques dans les pays à faible fécondité.

FECONDITE, DEMOGRAPHIE, POPULATION, TAUX FECONDITE, MIGRATION, POLITIQUE FAMILLE, ETUDE PROSPECTIVE, THEORIE, CHOIX PRIORITE, ANALYSE COUT AVANTAGE, COUT, ENFANT, MESURE RISQUE, VALEUR SOCIALE, COMPORTEMENT SOCIAL, EGALITE CHANCE, SEXE, ECONOMIE MARCHE, REDUCTION RISQUE, REDISTRIBUTION, PROGRAMME ACTION, OUTIL, INCITATION, MESURE FISCALE, POLITIQUE SOCIALE, AIDE LOGEMENT, ACCES EQUIPEMENT COLLECTIF, STRUCTURE SOCIALE ENFANT, CONGE MATERNITE, AMENAGEMENT TEMPS TRAVAIL, DISCRIMINATION, SEXISME, COUPLE

ITALIE

ETUDE CAS, ETUDE CRITIQUE, ANALYSE PROBLEME, RECOMMANDATION, PROPOSITION ▲

22090

ARTICLE

GAUTHIER (A. H.)

**Les politiques familiales dans les pays industrialisés : y-a-t-il convergence ?**

POPULATION

2002/05-06 ; vol. 57 : n° 3 : 457-584, 1 ann., 4 graph., 2 tabl.

P27/1

Cet article examine l'évolution des politiques familiales depuis 1970 dans 22 pays industrialisés. A partir de séries chronologiques d'indicateurs des prestations en espèces et de l'aide apportée aux parents qui ont un emploi rémunéré, l'article examine l'hypothèse de convergence des politiques familiales. Bien que tous les pays aient accru l'aide aux familles depuis 1970 et que tous aient adapté leurs politiques afin de mieux répondre aux nouvelles réalités démographiques et économiques des familles, il n'y a pas eu de convergence. Au contraire, les résultats suggèrent une divergence accrue entre pays et concordent avec ceux d'autres études consacrées à l'Etat-providence, qui ont conclu à la persistance de différences entre pays malgré la présence de facteurs globaux observés à l'échelle internationale (Résumé d'auteur). Cet article alimente un dossier consacré aux politiques familiales et aux politiques publiques dans les pays à faible fécon-

dité.

POLITIQUE FAMILLE, INDICATEUR, PRESTATION FAMILIALE, PRESTATION ESPECE, ALLOCATION FAMILIALE, MESURE FISCALE, CONGE MATERNITE, CONGE, ASSURANCE MATERNITE

PAYS DEVELOPPE, EUROPE CEE

METHODOLOGIE, ETUDE COMPAREE, ANALYSE CHRONOLOGIQUE ▲

22088

FASCICULE

BLANPAIN (N.)

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 familiales et de logement en 2001.**

ETUDES ET RESULTATS

2002/11 ; vol. : n° 202 : 12p., 5 tabl., 1 graph. P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er202.pdf>

Le présent article dresse un bilan annuel de l'évolution des prestations sociales. Il ne traite que des prestations familiales proprement dites et des aides au logement. Sont analysées : l'évolution du nombre de bénéficiaires selon le type de prestations familiales selon différents critères ; l'évolution du montant mensuel moyen des prestations familiales ; l'évolution des bénéficiaires des aides au logement ; le montant mensuel moyen des aides au logement.

POLITIQUE FAMILLE, PRESTATION FAMILIALE, AIDE LOGEMENT, ALLOCATION FAMILIALE, ALLOCATION RENTREE SCOLAIRE, ALLOCATION PARENTALE EDUCATION, PSAM, ALLOCATION GARDE DOMICILE, BAREME, REFORME

FRANCE

DONNEE STATISTIQUE, ENQUETE, METHODOLOGIE, EVOLUTION ▲

22777

FASCICULE

DANIEL (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 bénéficiaires de l'APE, de l'AGED et de l'AFEAMA.**

ETUDES ET RESULTATS

2003/02 ; vol. : n° 217 : 12p., 7 tabl., 7 graph. P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er217.pdf>

Fin 2000, environ un million de familles bénéficient d'une prestation de garde d'enfant dans le cadre du régime général des caisses d'allocations familiales. Sur les 4 300 000 enfants de moins de 6 ans potentiellement concernés en France métropolitaine, environ 19 % sont gardés par des parents qui perçoivent l'Allocation parentale d'éducation (APE), 16 % sont couverts par l'Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) et 2 % sont gardés chez eux avec le bénéfice de l'Allocation de garde d'enfant à domicile (AGED). Un tiers des enfants de moins de 6 ans dont les parents vivent en couple appartiennent à des familles qui perçoivent l'une de ces trois prestations, les deux parents travaillant dans plus de 9 cas sur 10 lorsqu'il s'agit de l'AFEAMA ou de l'AGED. Les enfants sont plus souvent couverts par l'APE et l'AFEAMA avant l'âge de 3 ans, et leurs parents sont d'ailleurs plus jeunes. Les revenus des familles semblent en outre, comme le nombre des enfants à garder, être un facteur de différenciation dans le recours aux prestations. Les bénéficiaires de l'APE sont davantage présents dans les tranches de revenus les plus faibles et ceux de l'AGED dans les tranches les plus élevées. L'AFEAMA concerne de son côté plus de familles avec un seul enfant et ayant une position de revenus intermédiaire. Elle couvre aussi, comme l'APE, davantage les populations des zones rurales, contrairement à l'AGED dont les bénéficiaires résident souvent en région parisienne.

ALLOCATION FAMILIALE, ALLOCATION PARENTALE EDUCATION, ALLOCATION GARDE DOMICILE, AFEAMA, ENFANT, AGE, REVENU, MILIEU RURAL, MILIEU URBAIN, BENEFICIAIRE, ETAT MATRIMONIAL, NIVEAU VIE

FRANCE, FRANCE REGION

DONNEE STATISTIQUE



22100

FASCICULE

COUFFINHAL (A.), DOURGNON (P.), GEOFARD (P.Y.), GRIGNON (M.), JUSOT (F.), NAUDIN (F.)

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

**Comment évaluer l'impact de la complémentaire CMU sur l'emploi ?**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

2002/12 ; vol. : n° 59 : 4p., 1 fig., 1 tabl.

QES 59

<http://www.credes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum59.pdf>

En 2000, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a lancé un appel d'offres de recherche sur le thème " Protection sociale et développement économique ". Dans ce cadre, une équipe, constituée de chercheurs du CREDES et du DELTA (laboratoire d'économie CNRS, Ecole des Hautes Etudes en Sciences sociales et Ecole normale supérieure), a proposé d'approfondir la question suivante : la CMU peut-elle avoir un impact sur l'emploi ? Cette recherche n'a pas pour objet de proposer de résultats quantifiés mais d'examiner les enjeux théoriques et empiriques soulevés par cette question. Elle a donné lieu à la publication d'une revue de littérature de l'impact de l'assurance sur les inégalités sociales de santé (questions d'économie de la santé n° 43). Ce document présente une synthèse globale du rapport final, téléchargeable sur le site Internet du CREDES : <http://www.credes.fr>.

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE, EMPLOI, CONSOMMATION MEDICALE, ETAT SANTE, ACCES SOINS, INDICATEUR ECONOMIQUE, INDICATEUR SANTE, RECOURS SOINS

FRANCE

SYNTHESE CONNAISSANCE, BIBLIOGRAPHIE, THEORIE ▲

22556

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 30 juin 2002.**

ETUDES ET RESULTATS

2002/12 ; vol. : n° 211 : 8p., 4 graph., 3 carte P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er211.pdf>

Au 30 juin 2002, le nombre des bénéficiaires de la CMU complémentaire se maintient à environ 4,7 millions, dont 600 000 dans les DOM. Le taux de couverture de la population varie selon les départements de 3,1 % à 13,2 % en métropole. Les taux les plus élevés demeurent dans un croissant Sud-Sud-Est et au Nord, tandis que les plus faibles s'observent dans l'Ouest, le Massif central et le nord des Alpes. À la fin du premier semestre, 640 000 dossiers étaient gérés par un organisme complémentaire, soit 14 % des bénéficiaires de la CMU. Entre juin 2001 et juin 2002,

le nombre de bénéficiaires ayant choisi cette option a augmenté de 26 %. Alors que le montant moyen remboursé au titre de la CMU complémentaire pour les soins de ville demeure inférieur à celui versé pour les autres assurés complémentaires, les dépenses d'hospitalisation remboursées sont sensiblement supérieures. Cette différence révèle un état de santé moins bon que celui des autres assurés, et un recours aux soins encore largement tourné vers l'hôpital.

REMBOURSEMENT, BENEFICIAIRE, AIDE MEDICALE GENERALE, TAUX, COUVERTURE SOCIALE, ACCES SOINS, PROTECTION COMPLEMENTAIRE, DEPENSE HOSPITALIERE, SOINS AMBULATOIRES, DEPENSE SANTE, COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

FRANCE, FRANCE REGION, DEPARTEMENT, DOM

DONNEE STATISTIQUE



## Couverture sociale

22158

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.). Département des Etudes sur les Professionnels et les Assurés Sociaux. (D.E.P.A.S.). Paris. FRA  
**La population protégée par les régimes de Sécurité sociale. Répartition géographique par département et par circonscription de caisse primaire au 31 décembre 2000.**

DOSSIER ETUDES ET STATISTIQUES  
2002/05 ; vol. : n° 53 : 38p., tabl., carte, graph. S38

Ce document présente une analyse de la répartition par département et circonscription de caisses primaires d'assurance maladie au 31 décembre 2000 de la population gérée par les divers régimes de Sécurité sociale.

POPULATION, REGIME PROTECTION SOCIALE, SECURITE SOCIALE, CPAM, MUTUELLE, AGE, REGIME GENERAL, ASSURE SOCIAL, BENEFICIAIRE, AYANT DROIT, REGIME AGRICOLE, PROFESSION INDEPENDANTE, REGIME SPECIAL, MSA, COUVERTURE SOCIALE

FRANCE, FRANCE REGION, DEPARTEMENT, DOM

DONNEE STATISTIQUE, ANALYSE GEOGRAPHIQUE▲

22450

ARTICLE

COUFFINHAL (A.),HENRIET (D.),ROCHET (J.C.)

**Impact de l'assurance maladie publique sur l'accès aux soins et la participation au marché du travail : une analyse théorique.**

*Modélisation économique et réforme des systèmes de santé.*

ECONOMIE PUBLIQUE - ETUDES ET RECHERCHES

2001/03 ; vol. : n° 9 : 55-87

R, 1402

La plupart des pays développés a mis en place des systèmes publics d'assurance maladie qui peuvent être universels ou réservés à une fraction de la population. La façon dont ces systèmes sont structurés a un impact sur l'accès aux soins des ménages, mais aussi sur leur acquisition d'assurance complémentaire et leur participation au marché du travail. Les auteurs cherchent ici à rendre compte de ces arbitrages dans un modèle théorique aussi simple que possible afin de proposer un cadre d'évaluation des conséquences redistributives de différents systèmes publics d'assurance santé.

ASSURANCE PRIVEE, ASSURANCE MALADIE, SYSTEME SANTE, MARCHÉ TRAVAIL

FRANCE, CANADA, ETATS-UNIS, ROYAUME-UNI, EUROPE, OCDE

ANALYSE PROBLEME, ETUDE COMPAREE, THEORIE▲

22715

FASCICULE

GRIGNON (M.),SITTA (R.)

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

**Qui change de couverture complémentaire maladie et pourquoi ? Une étude longitudinale réalisée à partir de l'enquête ESPS 1988-1998.**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

2003/02 ; vol. : n° 64 : 6p.

QES 64

<http://www.credes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum64.pdf>

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un stage de fin d'études effectué en 2001 par Rémi Sitta, élève de l'ENSAI (Ecole nationale de la statistique et de l'analyse de l'information). Afin d'étudier les changements de couverture complémentaire au cours du temps, une analyse longitudinale a pu être réalisée pour la première fois à partir des données de l'enquête Santé et Pro-

tection Sociale du CREDES. Depuis 1998, cette enquête permet d'interroger les mêmes individus à quatre ans d'intervalle et de suivre ainsi l'évolution de leur état de santé, de leur consommation médicale et leur situation vis-à-vis de la couverture maladie.

PROTECTION COMPLEMENTAIRE, ASSURANCE PRIVEE, MUTUELLE, AGE, SEXE, NIVEAU ENSEIGNEMENT, REVENU, PCS, MOTIVATION

FRANCE

ANALYSE CHRONOLOGIQUE, ENQUETE SANTE, ENQUETE COHORTE, EVOLUTION, DONNEE STATISTIQUE, MODELE, THEORIE



## Retraite

22454

FASCICULE

MESNARD (O.), RAYNAUD (E.)

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 retraites en 2001.**

ETUDES ET RESULTATS

2002/12 ; vol. : n° 207 : 12p., 6 tabl.

P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er207.pdf>

L'Echantillon Interrégime de Retraités (EIR), outil du rapprochement des informations provenant des différents régimes de retraite, permet de reconstituer la retraite totale d'un individu. Pour réaliser cet échantillon, la DREES en collaboration avec l'INSEE, interroge tous les quatre ans la quasi-totalité des caisses de retraite obligatoire. L'EIR 2001, dernier disponible, permet de connaître le nombre de retraités, le niveau des pensions moyennes des retraités en 2001, l'évolution des pensions de 1991 à 2001 ainsi que le nombre moyen de droits directs perçus par un retraité.

RETRAITE, PENSION RETRAITE, PENSION REVERSION, PRESTATION VIEILLESSE, REGIME GENERAL, REGIME RETRAITE, REGIME RETRAITE COMPLEMENTAIRE, CAISSE RETRAITE, POLITIQUE VIEILLESSE, BENEFICIAIRE, REGIME AGRICOLE, REGIME PARTICULIER

FRANCE

DONNEE STATISTIQUE, ANALYSE CHRONOLOGIQUE, ENQUETE, METHODOLOGIE ▲

22555

FASCICULE

CAILLOT (L.), BOARINI (R.), LE CLAINCHE (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 opinions des Français en matière de retraites de 2000 à 2002.**

ETUDES ET RESULTATS

2002/12 ; vol. : n° 210 : 12p., 8 tabl., 5 graph.

P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er210.pdf>

L'enquête barométrique de la Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) a été enrichie en 2002 d'une série de questions destinées à fournir un éclairage sur l'opinion des Français sur le système de retraite et sur les disparités existant en la matière. Cette étude a pour objet de présenter les résultats les plus importants quant à l'état et aux évolutions de l'opinion sur quatre points majeurs : l'écart entre âge idéal et âge vraisemblable de départ à la retraite, les perceptions et anticipations sur la situation des personnes retraitées, les préférences générales en matière d'évolution du système de retraite et, enfin, l'équité des conditions de départ à la retraite.

RETRAITE, AGE RETRAITE, OPINION PUBLIQUE, AGE, SEXE, PCS, POLITIQUE VIEILLESSE, SECTEUR PRIVE, SECTEUR PUBLIC, REFORME, REVENU

FRANCE

DONNEE STATISTIQUE, SONDAGE, ENQUETE, METHODOLOGIE ▲

23083

ARTICLE

CHASSARD (Y.)

**Réforme des retraites : quelques idées glanées chez nos voisins européens.**

DROIT SOCIAL

2003/03 ; vol. : n° 3 : 323-326

P109

La France n'arrive qu'en 10ème position sur les 15 pays de l'Union européenne en ce qui concerne l'intensité du vieillissement de sa population, mais elle sera la première (dès 2007) à devoir affronter le problème du financement des retraites. En se basant sur des réformes réalisées dans d'autres pays européens, cet article avance quelques pistes de réforme possibles pour la France : constituer des réserves, baisser le niveau des pensions, encourager la capitalisation, autoriser le libre choix de l'âge de départ,

réformer en profondeur le système.

REFORME, REGIME RETRAITE, RETRAITE, RETRAITE CAPITALISATION, RETRAITE REPARTITION, RETRAITE PROGRESSIVE, PENSION, AGE RETRAITE, LIBRE CHOIX

EUROPE

ETUDE COMPAREE, PROPOSITION



## Prestations sociales

22456

FASCICULE

ANGUIS (M.), ALGAVA (E.), CHANUT (J.M.), GILLES (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 allocataires des minima sociaux en 2001.**

ETUDES ET RESULTATS

2002/12 ; vol. : n° 209 : 12p., 7 graph., 3 tabl. P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er209.pdf>

Fin 2001, un peu plus de 6 millions de personnes, dont 5,6 millions pour la France métropolitaine, étaient couvertes par les minima sociaux. Le nombre d'allocataires stricto sensu était d'environ 3,3 millions de personnes (France entière) soit une diminution de 1,5 % par rapport à 2000. En métropole, les évolutions sont très différentes d'un minimum social à l'autre. Ce fascicule analyse l'évolution des bénéficiaires de l'Allocation de solidarité spécifique, de l'Allocation de solidarité spécifique, du Revenu minimum d'insertion, de l'Allocation supplémentaire de vieillesse, de l'Allocation d'insertion, de l'Allocation de parent isolé, de l'Allocation d'adulte handicapé. Dans les DOM, on comptait fin 2001 279 000 allocataires de minima sociaux dont 135 000 pour le RMI. À la Réunion, le RMI couvre en particulier 22 % de la population. La proportion d'allocataires de l'API dans la population est également plus élevée qu'en métropole, en particulier parmi les 15-25 ans.

RMI, ALLOCATION PARENT ISOLE, ALLOCATION SOLIDARITE, ALLOCATION CHOMAGE, AAH, ALLOCATION SPECIALE VIEILLESSE, PRESTATION HANDICAPE, PRESTATION VIEILLESSE, BENEFICIAIRE, AGE, SEXE, ETAT MATRIMONIAL, PRESTATION FAMILIALE, APL, APJE, BAREME, CONDITION RESSOURCE, CONDITION ACCES, ALLOCATION SOLIDARITE

FRANCE, FRANCE REGION, DEPARTEMENT, DOM

DONNEE STATISTIQUE ▲

23024

FASCICULE

CHANUT (J.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

**L'activité des COTOREP en 2001.**

ETUDES ET RESULTATS

2003/02 ; vol. : n° 220 : 12 p., 6 tabl., 7 graph., 1 carte

P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er220.pdf>

Ce document présente principalement les données concernant les demandes d'allocation aux adultes handicapés (AAH) décidées en 2001 par les Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP). Les différents types de décisions des COTOREP sont analysés : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, orientations professionnelles, abattements de salaire, AAH, carte nationale d'invalidité, allocation compensatrice pour tierce personne, placement. La plupart des données sont communiquées au niveau départemental.

AAH, COTOREP, INCAPACITE, IPP, BAREME INVALIDITE, PERSONNE HANDICAPEE, INTEGRATION PROFESSIONNELLE, INTEGRATION HANDICAPE, RECLASSEMENT HANDICAPE, ALLOCATION COMPENSATRICE, AGE, SEXE

FRANCE, FRANCE REGION, DEPARTEMENT

DONNEE STATISTIQUE ▲

23053

ARTICLE

ANNE (D.), L'HORTY (Y.)

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

**Transferts sociaux locaux et retour à l'emploi.**

ECONOMIE ET STATISTIQUE

2002/12 ; vol. : n° 357-358 : 49-78, 5 tabl., 16 graph.

S18

<http://www.insee.fr/fr/ffc/tabpdf/ES357D.pdf>

A l'inverse des prestations sociales ayant un cadre national et légal, les transferts locaux et facultatifs sont mal connus. Les auteurs de cet article ont recensé dans dix villes et pour six configurations familiales types, l'ensemble des prestations locales dont les conditions d'attribution

sont explicites, à l'exclusion des aides sans barème précis et de celles réservées à certaines catégories (jeunes, personnes âgées, chômeurs, travailleurs handicapés).

REDISTRIBUTION, REVENU, RMI, CONDITION RESSOURCE, ETAT MATRIMONIAL, COUT, EMPLOI, PRESTATION FAMILIALE, AIDE SOCIALE, DISPARITE REGIONALE, CHOMAGE

FRANCE, COMMUNE

METHODOLOGIE, MODELE, THEORIE



## Bilan

22739

FASCICULE

**La protection sociale.**

ALTERNATIVES ECONOMIQUES

2003 ; vol. : n° 55 : 66p., tabl., graph.

P104

Ce numéro spécial de la revue " Alternatives économiques " dresse tout d'abord un état des lieux de la protection sociale en France et en Europe. Il présente ensuite son fonctionnement sous la forme de dix fiches : financement, retraites, santé, chômage, accidents du travail, dépendance, pauvreté..., avant de terminer sur les enjeux : qui gouverne la Sécurité sociale, le casse-tête de la décentralisation et l'avenir européen. Une bibliographie complète ce dossier.

PROTECTION SOCIALE, ADMINISTRATION ETAT, EMPLOI, EXCLU, INEGALITE SOCIALE, REGLEMENTATION, FINANCEMENT PROTECTION SOCIALE, REGIME RETRAITE, CHOMAGE, ACCIDENT TRAVAIL, DEPENDANCE, POLITIQUE FAMILLE, PAUVRETE, ORGANISATION, CONCURRENCE, DECENTRALISATION, ACTEUR

FRANCE, EUROPE

BILAN, BIBLIOGRAPHIE, ETUDE COMPAREE, THEORIE

## PREVENTION SANTÉ



## Accidents du travail

22029

FASCICULE

European Agency for Safety and Health at Work. (O.S.H.A.). Bilbao. SPA, Agence Européenne pour la Santé et la Sécurité au Travail.

(O.S.H.A.). Bilbao. SPA

**Evaluation économique de la prévention des accidents au niveau de l'entreprise.**

FACTS

2002/09/03 ; vol. : n° 28 : 4p., 2 graph., 3 tabl.

B3805

<http://agency.osha.eu.int/publications/factsheets/28/fr/FACTSHEETS28FR.pdf>

Ce document présente une méthode concrète pour évaluer les bénéfices économiques de la prévention des accidents au niveau de l'entreprise. Un rapport intitulé "Inventory of socioeconomic costs of work accidents " complète ce bulletin.

PREVENTION ACCIDENT, ENTREPRISE, LIEU TRAVAIL, ACCIDENT TRAVAIL, CONSEQUENCE, COUT, PERFORMANCE, ANALYSE COUT AVANTAGE

EVALUATION ECONOMIQUE, METHODE



## Cancer

21669

ARTICLE

SPYCKERELLE (Y.), STEINMETZ (J.), GIOR-DANELLA (J.P.)

**Acceptabilité du dépistage du cancer colorectal : étude descriptive dans la population des centres d'examens de santé.**

REVUE MEDICALE DE L'ASSURANCE MALADIE

2002/07-09 ; vol. 33 : n° 3 : 209-214, 1 graph., 3 tabl.

P25

Cet article présente les résultats d'une étude qui visait à apprécier l'acceptabilité des examens complémentaires et les résultats du dépistage par le test Hemocult II ® dans la population fréquentant les centres d'examens de santé (CES). Elle a porté sur 929 sujets âgés de 50 à 75 ans, présentant une recherche positive de sang occulte dans les selles sans risque de cancer colorectal pour antécédents personnels ou familiaux, examinés dans les CES au cours de l'année 2000.

DEPISTAGE, CANCER, COLON, RECTUM, TEST DEPISTAGE, CONSENTEMENT SOINS, EXAMEN COMPLEMENTAIRE, CENTRE BILAN SANTE, RELATION PROFESSIONNELLE, MEDECIN, AGE, SEXE, POPULATION DEFAVORISEE, TABAGISME, FUMEUR, CONSOMMATION ALCOOL, CONSOMMATION MEDICALE, CONSULTATION MEDICALE, INDICE POIDS TAILLE, APPAREIL DIGESTIF [PATHOLOGIE], METASTASE, ECHELLE GRAVITE, DELAI D'ATTENTE

FRANCE

ENQUETE, METHODOLOGIE, RESULTAT, BILAN



## Etude critique

22551

ARTICLE

MASSE (R.)

**La santé publique en France : commentaire critique : A propos du livre de Jean-Pierre Dozon et Didier Fassin "Critique de la santé publique, une approche anthropologique".**

*Vingt ans : numéro anniversaire.*

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

2002/12 ; vol. 20 : n° 4 : 141-149

P86

Les contributions de la santé publique à l'amélioration de l'état de santé des populations ne peuvent être remises en question. Et pourtant, le caractère parfois missionnaire de sa quête de la santé parfaite, le caractère paternaliste et invasif de certaines interventions de prévention ont alimenté, au cours des vingt dernières années, de nombreuses analyses qui soulignent son caractère normatif, son éthique fondamentalement utilitariste, voire son insensibilité aux valeurs et aspirations des populations dont elle veut le bien. Ce questionnement des débordements de la santé publique est déjà sérieusement amorcé depuis plus d'une vingtaine d'année dans les pays anglo-saxons. L'ouvrage dirigé par Dozon et Fassin s'inscrit dans une nouvelle mouvance de réflexion critique dans l'Europe francophone. Peu d'ouvrages français avaient tenté de faire le point sur les contributions de l'anthropologie à une critique de l'entreprise de santé publique. Raymond Massé commente cet ouvrage qui réussit largement à relever ce défi en proposant un cadre original et nuancé d'analyse des contributions anthropologiques à la critique de santé publique (d'après l'introduction de l'auteur).

SANTE PUBLIQUE [GENERALITE], CONCEPT, FACTEUR SOCIOCULTUREL, POLITIQUE SANTE, PREVENTION

ETUDE CRITIQUE, ANTHROPOLOGIE



## Hygiène bucco-dentaire

22025

FASCICULE

BANCHEREAU (C.), DOUSSIN (A.), ROCHE-REAU (T.), SERMET (C.)

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

**L'évaluation sociale du bilan bucco-**

**dentaire : le BBD a-t-il atteint sa cible ?**

QUESTIONS D'ECONOMIE DE LA SANTE

2002/10 ; vol. : n° 57 : 6p.

QES 57

[http://www.credes.fr/Publications/Bulletins/](http://www.credes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum57.pdf)

[QuestEco/pdf/qesnum57.pdf](http://www.credes.fr/Publications/Bulletins/QuestEco/pdf/qesnum57.pdf)

En 1997, l'Assurance maladie, en accord avec les syndicats de chirurgiens-dentistes, a mis en place un dispositif de prévention, dit " bilan bucco-dentaire " ou BBD, à destination des adolescents. Le BBD propose chaque année, de 15 à 18 ans, une visite de contrôle gratuite et, si nécessaire, des soins consécutifs payants mais remboursés à 100 %. Le Credes s'est vu confier par la Cnamts l'évaluation dite " sociale " de ce dispositif pour les assurés du régime général. Les résultats présentés dans cette synthèse sont issus d'une enquête auprès des ménages concernés par le BBD dans les régions Rhône-Alpes et Auvergne. Cette enquête a été élaborée par le Credes et réalisée sur le terrain par la société Taylor-Nelson-Sofres.

SOINS BUCCODENTAIRES, EVALUATION, ACCES SOINS, SOINS DENTAIRE, ADOLESCENT, RECOURS SOINS, DISTANCE, PCS, REVENU, MOTIF CONSULTATION, HYGIENE BUCCODENTAIRE, COMPORTEMENT SANTE, CHIRURGIEN DENTISTE

FRANCE, FRANCE REGION, RHONE ALPES, AUVERGNE

METHODOLOGIE, ETUDE REGIONALE ▲

22654

ARTICLE

MATYSIAK (M.), GALLIOT (M.), GRADELET (J.), CHABERT (R.)

**Evaluation médicale de l'état de santé bucco-dentaire des adolescents de 15 ans dans la région Rhône-Alpes.**

REVUE MEDICALE DE L'ASSURANCE MALADIE

2002/10-12 ; vol. 33 : n° 4 : 277-284, 1 graph., 6 tabl.

P25

Cet article présente les résultats d'une enquête menée par plusieurs services médicaux de la région Rhône-Alpes pour évaluer l'état de santé bucco-dentaire des adolescents de 15 ans en Rhône-Alpes après la première année de mise en place du dispositif national conventionnel de prévention bucco-dentaire.

PROGRAMME ACTION, PREVENTION BUCCODENTAIRE, HYGIENE BUCCODENTAIRE, ADOLESCENT, CARIE DENTAIRE, INDICATEUR BUCCODENTAIRE, BESOIN SOINS, RADIOGRAPHIE, DENT, GENCIVE, TARTRE, ORTHODONTIE,

SOINS BUCCODENTAIRES, ACTE PROFESSIONNEL, REMBOURSEMENT, COEFFICIENT

FRANCE REGION, RHONE ALPES, DEPARTEMENT

ENQUETE, ETUDE REGIONALE, EVALUATION MEDICALE, METHODOLOGIE, RESULTAT, DONNEE STATISTIQUE, BILAN ▲  
22775

FASCICULE

Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bourgogne. (U.R.C.A.M.). Dijon. FRA  
**Cartographie 2000 de l'accès aux soins dentaires des adolescents et de l'impact du bilan bucco-dentaire en Bourgogne.**

NOTES ET DOCUMENTS

2002/11 ; vol. : n° 25 : 37p., tabl., graph., carte  
P127

L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie de Bourgogne (URCAM) a réalisé un état des lieux régional et départemental inter-régimes de l'accès aux soins dentaires et à la prévention. Ce document présente les principaux résultats.

ACCES SOINS, SOINS DENTAIRES, ADOLESCENT, AGE, BILAN SANTE, SOINS BUCCODENTAIRES, CARTOGRAPHIE MEDICALE, MILIEU RURAL, MILIEU URBAIN, DENSITE MEDICALE, CHIRURGIEN DENTISTE, CAMPAGNE INFORMATION

FRANCE, FRANCE REGION, BOURGOGNE, DEPARTEMENT, CANTON

METHODOLOGIE, ETUDE REGIONALE, EVALUATION, ENQUETE, BILAN ▲

23114

ARTICLE

CHABERT (R.), MATYSIAK (M.), GRADELET (J.), CHAMODOT (M.F.)

**Le bilan bucco-dentaire : suivi prospectif d'adolescents en France. I. Etat de santé bucco-dentaire des adolescents de 15 ans en 1999.**

REVUE MEDICALE DE L'ASSURANCE MALADIE

2003/01-03 ; vol. 34 : n° 1 : 15-21, 4 tabl.

P25

La convention nationale entre les chirurgiens-dentistes et les caisses d'assurance maladie a instauré un dispositif de prévention bucco-dentaire pour tous les adolescents âgés de 15 à 18 ans. Une évaluation de ce dispositif a été programmée dans trois domaines : médical, économique et social. Cet article présente les résultats de l'évaluation médicale. Cette évaluation a été réalisée sur la base d'un échantillon d'adoles-

cents qui ont eu 15 ans et qui ont bénéficié d'un examen de prévention bucco-dentaire au cours de premier semestre de l'année 1999, et suivis pendant trois années, dans le but d'analyser les besoins en soins bucco-dentaires relevés au cours de l'examen de prévention et les soins dispensés après cet examen.

PREVENTION BUCCODENTAIRE, HYGIENE BUCCODENTAIRE, ADOLESCENT, INDICATEUR BUCCODENTAIRE, CARIE DENTAIRE, BESOIN SOINS, ORTHODONTIE, RECOURS SOINS, SOINS DENTAIRES, DENT, ACTE PROFESSIONNEL, ACTE MEDICAL

FRANCE, FRANCE REGION

ENQUETE, EVALUATION, METHODOLOGIE, RESULTAT, DONNEE STATISTIQUE, BILAN



## Maladies cardio-vasculaires

21672

ARTICLE

NGUYEN (G.), LE CLESIAU (H.), BEJANIN (F.), CLEMENT (T.), et al.

**Détermination du niveau de risque et de la distribution des facteurs de risque cardio-vasculaire au sein d'une population fréquentant les marchés de la ville d'Aubervilliers.**

REVUE MEDICALE DE L'ASSURANCE MALADIE

2002/07-09 ; vol. 33 : n° 3 : 225-232, 4 graph., 4 tabl.

P25

Le centre de prévention sanitaire et sociale de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Seine-St-Denis a mené, pendant deux semaines en novembre 2001, une campagne de dépistage gratuit auprès d'une population fréquentant les marchés d'Aubervilliers pour évaluer le niveau de risque cardiovasculaire d'une population générale qui compte des personnes qui ne consultent peut-être pas toujours. Une fiche de renseignements remplie par un médecin et la réalisation d'un bilan biologique a permis de relever les facteurs de risque cardio-vasculaire non modifiables et modifiables. Le modèle de Framingham adapté par Laurier a été utilisé pour apprécier le risque cardio-vasculaire global d'ac-cident coronaire à dix ans de chaque sujet.

DEPISTAGE, EVALUATION MEDICALE, RISQUE, APPAREIL CIRCULATOIRE [PATHOLOGIE], CARDIOPATHIE, CARDIOPATHIE CORONAIRE, FACTEUR RISQUE, AGE, SEXE, ANTECEDENT MEDICAL, ANTECEDENT FAMILIAL, TABAGISME, FUMEUR, CONSOMMATION ALCOOL, POIDS CORPOREL, OBESITE, PRESSION ARTERIELLE, HYPERTENSION ARTERIELLE, EXAMEN

BIOLOGIQUE, DIABETE, DYSLIPIDEMIE, SUIVI  
MEDICAL

DEPARTEMENT, SEINE SAINT-DENIS

ENQUETE, ETUDE REGIONALE, METHODOLOGIE,  
RESULTAT, BILAN



## Sociologie de la santé

22546

ARTICLE

HOURS (B.)

**Des objets et des sujets : vue d'un champ  
1982-2000.**

*Vingt ans : numéro anniversaire.*

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

2002/12 ; vol. 20 : n° 4 : 15-20

P86

Une lecture thématique et transversale de vingt ans de publication dans "Sciences Sociales et Santé" invite à formuler quelques analyses à propos de la façon dont le champ de la santé a été abordé dans la pluralité de ses dimensions. Cette lecture diagonale peut permettre de baliser l'évolution de ce champ avec ses différents objets et de formuler des hypothèses d'analyses sur le domaine couvert. Plus que l'appropriation d'un champ, l'auteur analyse ici les contours de ce champ de la santé en essayant de caractériser les objets scientifiques et les sujets sociaux identifiés dans ce champ. Les questions traitées constituent des repères pour évaluer non seulement le parcours de la revue mais surtout l'évolution des objets de recherche aussi bien que d'éventuelles permanences. Sont tout d'abord abordés les objets qui délimitent un territoire thématique et scientifique, puis les sujets qui se meuvent dans ce paysage et qui, progressivement deviennent des acteurs durant ces vingt années, et enfin un bilan des grandes tendances apparues qui restructurent le champ de la santé devenue au cœur de la civilisation occidentale et de la globalisation qui l'accompagne la norme essentielle permettant de jouir d'une vie de qualité. Cette mise en perspective permet d'envisager les recompositions en cours ou à venir (d'après l'introduction de l'auteur).

SOCIOLOGIE SANTE, INFORMATION MEDICALE,  
INFORMATION SANITAIRE, MALADIE, ACTEUR,  
MEDECIN, PATIENT, RELATION SOIGNANT SOI-  
GNE, ASSOCIATION, FAMILLE, INNOVATION ME-  
DICALE, TECHNOLOGIE MEDICALE, DROITS  
MALADE

FRANCE

EVOLUTION ▲

22550

ARTICLE

MORIN (M.)

**Naissance et développements de la psychologie de la santé.**

*Vingt ans : numéro anniversaire.*

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

2002/12 ; vol. 20 : n° 4 : 129-140

P86

La psychologie occupe aujourd'hui une place singulière dans le découpage pratique et théorique des sciences sociales de la santé. Dans un emploi subalterne et banalisé, elle est comme psychologie clinique, une assistance reconnue de la pratique médicale ou une source très ancienne d'inspiration de multiples analyses, modélisations et stratégies prospectives, élaborées aussi bien dans le champ de la recherche médicale traditionnelle que dans les disciplines motrices ou dominantes dont la revue " Sciences sociales et santé " accompagne les avancées depuis vingt ans : l'épidémiologie, l'économie, la sociologie, et l'anthropologie. Dans un emploi plus récent, elle construit progressivement des approches qui revendiquent une spécificité d'objet de compétence organisée depuis peu sous le sigle " psychologie de la santé ". Avec la fin du vingtième siècle, on a assisté à une institutionnalisation et une diffusion plus ferme de ce terme qui rend plus visible un champ de recherche et de propositions en voie de renouvellement, d'abord aux Etats-Unis, puis dans tout l'espace de la psychologie internationale. Ce dynamisme éclaté, multiforme et spatialement très dispersé se prête mal aux états des lieux clairement et objectivement établis. Cet article présente néanmoins quelques traits marquants de l'histoire, des enjeux et des perspectives d'un champ de recherche qui pourraient bien constituer une des voies les plus prometteuses du renouvellement critique en cours de la psychologie (d'après l'introduction de l'auteur).

SCIENCES SOCIALES, DISCIPLINE ENSEIGNEMENT, PSYCHOLOGIE, PSYCHOLOGUE, MEDECINE PSYCHOSOMATIQUE, MALADIE PSYCHOSOMATIQUE, MALADIE, ETIOLOGIE, FACTEUR SOCIOECONOMIQUE, COMPORTEMENT SANTE, PROMOTION SANTE, EDUCATION SANTE

SOCIOLOGIE SANTE, HISTORIQUE, EVOLUTION, DEFINITION, CONCEPT, MODELE, ETUDE CRITIQUE

## DÉPENSES DE SANTÉ

### Antirétroviraux

22076

ARTICLE

DELAUNAY (K.), VIDAL (L.)

**Le sujet de l'observance : l'expérience de l'accès aux traitements antirétroviraux de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire.**

SCIENCES SOCIALES ET SANTE

2002/06 ; vol. 20 : n° 2 : 5-29

P86

Dans le contexte de l'accès aux traitements antirétroviraux du sida en Côte d'Ivoire, le propos de cet article est de mettre en relation les positions et les attitudes des patients, des soignants et du système de santé lorsqu'il s'agit de permettre et d'améliorer l'observance d'un traitement complexe et porteur d'espoir. En particulier, la question du coût des traitements apparaît centrale : elle constitue une préoccupation importante des patients, affectant les relations à leur entourage, et façonne les stratégies mises en œuvre par les soignants pour sélectionner les bénéficiaires d'un traitement. Participant d'un système qui a favorisé une approche prédictive de l'observance des patients - tout en générant de la non observance -, cette question du coût devient finalement emblématique de discours et de pratiques moralisateurs dans les relations entre soignants et patients. (Résumé d'auteur). Cet article est suivi d'un commentaire de Laurence Bentz, médecin de Santé Publique du Centre d'Informations et de Soins de l'Immunodéficiences Humaines (CISIH) à Nice (pp. 31-38).

SIDA, VIH, THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE, TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL, OBSERVANCE THERAPEUTIQUE, COMPORTEMENT SANTE, INFORMATION MALADE, ACCES SOINS, COUT SANTE, PRATIQUE MEDICALE, PROFESSION SANTE, SELECTION, MALADE, RELATION SOIGNANT SOIGNE, RELATION MEDECIN MALADE, SUIVI MEDICAL, BIOETHIQUE

COTE D'IVOIRE

ANALYSE PROBLEME

### Infection urinaire

23097

ARTICLE

MAGNIER (A.-M.)

**Etude comparative coût efficacité de deux**

**stratégies diagnostiques de l'infection urinaire en médecine générale.**

DOCUMENTS DE RECHERCHES EN MEDECINE GENERALE

1998/01 ; vol. : n° 50 : 24-26

P89

Une étude a permis de comparer deux stratégies, la " stratégie classique " (traitement pré-somptif d'emblée des cystites typiques de la femme jeune ou ECBU dans les autres cas) et la " stratégie bandelette " (utilisation des bandelettes comme test d'orientation diagnostique), avec pour double objectif, l'un médical et l'autre économique, de vérifier que la stratégie bandelette est au moins aussi efficace que la stratégie classique, et de comparer les rapports coût-efficacité des deux stratégies.

ETUDE COMPAREE, STRATEGIE, DIAGNOSTIC, INFECTION URINAIRE, MEDECINE GENERALE, ANALYSE COUT EFFICACITE, GUERISON, DUREE TRAITEMENT, PRESCRIPTION, EXAMEN URINE, MEDICAMENT ANTIBIOTIQUE, DEPENSE

FRANCE

ENQUETE, METHODE, RESULTAT

### Interventions chirurgicales

23088

ARTICLE

DURAND-ZALESKI (I.), DUPOUY (P.), COSTE CARRIE (D.P.) et al.

**A propos de deux pays : coûts et stimulations financières pour la pose de cathéter provisoire lors des interventions coronaires percutanées en France et en Allemagne.**

*A tale of two countries : costs and financial incentives for provisional stenting during percutaneous coronary intervention in France and United States.*

HEPAC : HEALTH ECONOMICS IN PREVENTION AND CARE

2002 ; vol. 3 : n° 4 : 235-239, 4 tabl.

P151

L'objectif de cet article est double : - comparer les différents coûts de santé pour la pose de cathéter pendant les interventions pour cardiopathies coronaires en France et en Etats-Unis ; - comparer les recommandations et encouragements financiers existants pour une telle stratégie thérapeutique.

APPAREIL CIRCULATOIRE [PATHOLOGIE], ANGIOLOGIE, INTERVENTION CHIRURGICALE, CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE, CARDIOPATHIE CORONAIRE, CATHETER, COUT MALADIE, COUT HOSPITALISATION, THERAPEUTIQUE CHIRURGICALE

FRANCE, ETATS-UNIS

EVALUATION ECONOMIQUE, ANALYSE ECONOMIQUE, ETUDE COMPAREE, DONNEE STATISTIQUE, RECOMMANDATION

DONNEE STATISTIQUE, ANALYSE ECONOMIQUE, ENQUETE



## Ondam

22561

FASCICULE

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

**Chiffres repères 2000.**

DONNEES CHIFFREES

2002/09 ; vol. : n° : 40p., tabl., carte

C, S23/3

Ce fascicule regroupe les données sur l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 1999 et en 2000 ; sur les réalisations de l'ONDAM en 2000 (pour l'ensemble des régimes, le régime agricole et les dépenses déléguées) ; sur les résultats des objectifs quantifiés nationaux (OQN) (par profession, région et régimes) ; sur la répartition régionale de la dotation globale hospitalière ; sur la population au régime agricole (effectifs par région ; malade par âge....) et sur l'offre de soins.

ONDAM, DEPENSE SANTE, REGIME GENERAL, REGIME AGRICOLE, REMBOURSEMENT, SOINS AMBULATOIRES, SOINS HOSPITALIERS, HONORAIRES, PRESCRIPTION, MEDECINE LIBERALE, MEDECIN GENERALISTE, MEDECIN SPECIALISTE, CHIRURGIEN DENTISTE, SAGE FEMME, INFIRMIER, MASSEUR KINESITHERAPEUTE, ORTHOPHONISTE, ORTHOPTISTE, PEDICURE PODOLOGUE, LABORATOIRE BIOLOGIE MEDICALE, TRANSPORT SANITAIRE, MEDICAMENT, OQN, AGE, MALADIE LONGUE DUREE, OFFRE SOINS, DENSITE MEDICALE

FRANCE, FRANCE REGION, DEPARTEMENT

DONNEE STATISTIQUE



## Vieillessement

22505

ARTICLE

GRIGNON (M.)

**Impact macro-économique du vieillissement de la population sur les dépenses d'assurance maladie en France.**

*Vieillessement et santé.*

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE

DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS  
2002 ; vol. : n° 2 : 135-154

P174

Pour mesurer l'impact du vieillissement de la population sur les dépenses publiques de santé en France à l'horizon 2020, on propose un modèle dont le scénario central, dit "mécanique", consiste à appliquer la dépense par âge constatée aujourd'hui à la pyramide des âges futures. Bien que simple dans son principe, ce scénario repose sur une modélisation du lien entre dépense et âge, les moyennes empiriques n'étant pas fiables. La première partie de l'article détaille cette modélisation où le scénario central conduit à une augmentation de 0,7 point de PIB de la dépense publique de soins sous le seul impact du vieillissement. Dans une deuxième partie, on critique ce même scénario central, notamment son hypothèse de stabilité de la dépense à âge donné. Le premier facteur susceptible de faire varier la dépense par âge est évidemment l'état de santé : si, à âge donné, on est en meilleure santé, le scénario central surestime l'impact du vieillissement. Entre autres, le recul de l'âge au décès diminuerait la prévision du scénario central de 0,2 point de PIB.

PERSONNE AGEE, VIEILLISSEMENT POPULATION, DEPENSE SANTE, MACROECONOMIE SANTE, AGE, SEXE, CONSOMMATION MEDICALE, NIVEAU ENSEIGNEMENT, INDICATEUR SANTE, ETAT SANTE, PAUVRETE, PROTECTION COMPLEMENTAIRE, DEMANDE SANTE

FRANCE

ENQUETE, DONNEE STATISTIQUE, ETUDE PROSPECTIVE, ANALYSE SPATIOTEMPORELLE, ENQUETE SPS, EPAS, MODELE ECONOMETRIQUE, THEORIE ▲

22506

ARTICLE

ROCHON (M.)

**Vieillessement démographique et dépenses de santé et de prise en charge de la dépendance au Québec : 1981-2051.**

*Vieillessement et santé.*

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS  
2002 ; vol. : n° 2 : 155-171, tabl., graph.

P174

La part du PIB consacrée aux soins de santé et de dépendance pourrait doubler d'ici 50 ans au Québec alors qu'elle n'augmenterait que du tiers dans les pays de la Communauté européenne. Ce constat repose sur l'hypothèse, vérifiée dans la période récente malgré l'amélioration de l'état de santé et du statut vital de la population, que les dépenses per capita (à âge égal) suivent

l'augmentation de la richesse collective et augmentent au sein des générations. Pour les dépenses publiques, il en fut autrement et, par conséquent, leur poids ne cesse de diminuer. L'augmentation ne provient pas d'une croissance accélérée des dépenses mais plutôt du fossé qui risque de s'élargir entre celles-ci et la richesse nationale. Le système est toutefois confronté à un déplacement graduel des besoins vers les problèmes caractéristiques des 3e et 4e âges. Les soins dépendance, qui constituent actuellement 26% des dépenses publiques, représenteront pendant encore deux décennies un peu moins de 40% des dépenses additionnelles. Par la suite, cette proportion progressera rapidement. Plusieurs inconnus demeurent et autant l'offre que la demande de services sont susceptibles de se transformer dans les prochaines décennies. L'ampleur de la croissance économique et le rythme d'augmentation des dépenses per capita (à âge égal) seront, autant que le vieillissement démographique, des facteurs clés dans la capacité future des États de financer le système de santé et de dépendance.

PERSONNE AGE, VIEILLISSEMENT POPULATION, DEPENSE SANTE, MACROECONOMIE SANTE, AGE, SEXE, CONSOMMATION MEDICALE, NIVEAU ENSEIGNEMENT, INDICATEUR SANTE, ETAT SANTE, PAUVRETE, PROTECTION COMPLEMENTAIRE, DEMANDE SANTE, DEPENDANCE

QUEBEC

ENQUETE, DONNEE STATISTIQUE, ETUDE PROSPECTIVE, ANALYSE SPATIOTEMPORELLE, ENQUETE, MODELE ECONOMETRIQUE, THEORIE, ETUDE COMPAREE

## CONSOMMATION MÉDICALE

### Analyse conjoncturelle

22161

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  
2002/11 ; vol. : n° 7 : 59p., tabl., graph.

C, S36

<http://www.cpam74.fr/pdf/PCNJ1102.pdf>

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 septième édition présente au-delà de l'analyse conjoncturelle habituelle : la rétrocession hospitalière de médicaments ; les majorations d'actes de nuit, d'urgence et de week-end des médecins et des auxiliaires médicaux ; la consommation de soins des enfants de moins de trois ans ; la bronchiolite du nourrisson.

CONSOMMATION MEDICALE, CONSOMMATION SOINS AMBULATOIRES, REMBOURSEMENT, MEDICAMENT, DEPENSE PHARMACEUTIQUE, ACTE PROFESSIONNEL, AUXILIAIRE MEDICAL, MEDECIN, AGE, URGENCE, SEXE, CONSULTATION, VISITE, ENFANT, MEDECINE LIBERALE, MASSEUR KINESITHERAPEUTE, PEDIATRIE, MEDECIN GENERALISTE, RECOURS SOINS, BRONCHOPNEUMOPATHIE OBSTRUCTIVE, PRESCRIPTION, HOSPITALISATION, ACTE MEDICAL, NOURRISSON

FRANCE, FRANCE REGION, DEPARTEMENT

METHODOLOGIE, DONNEE STATISTIQUE, ANALYSE SPATIOTEMPORELLE, DEFINITION ▲

22692

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. Un aperçu de la conjoncture récente... La consommation médicale par secteur d'activité : synthèse financière.***

POINT DE CONJONCTURE - LA STATISTIQUE MENSUELLE EN DATE DES SOINS

2003/01 ; vol. : n° 9 : 87p., tabl., graph.

C, S36

<http://www.ameli.fr/pdf/370.pdf>

<http://www.ameli.fr/pdf/562.pdf>

Ce document, publié par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) en complément des données habituelles, est accompagnée d'un point mensuel de conjoncture. Cette neuvième édition dresse un premier bilan de l'évolution des dépenses de soins de ville du régime général en 2002 et analyse les évolutions trimestrielles observées au cours des années 2001 et 2002. Ce document présente également des fiches de synthèse rassemblant des éléments financiers et réglemen-

taires pour chaque catégorie de professionnels de santé.

CONSOMMATION MEDICALE, CONSOMMATION SOINS AMBULATOIRES, REMBOURSEMENT, PROFESSION SANTE, MEDECIN GENERALISTE, MEDECIN SPECIALISTE, PEDIATRIE, CHIRURGIEN DENTISTE, SAGE FEMME, INFIRMIER, MASSEUR KINESITHERAPEUTE, ORTHOPHONISTE, ORTHOPTISTE, BIOLOGIE, MEDICAMENT, TRANSPORT SANITAIRE, DEPENSE, HONORAIRES

FRANCE, FRANCE REGION, DEPARTEMENT

METHODOLOGIE, DONNEE STATISTIQUE, DEFINITION, BILAN

## INDICATEURS DE SANTÉ

### Sida

21552

FASCICULE

MONTSERRAT (A.), HAMZAOUI (N.)

Eurostat. Luxembourg. LUX

**Le SIDA dans l'Union européenne de 1981 à 2001 : incidence et mortalité.**

STATISTIQUES EN BREF : POPULATION ET CONDITIONS SOCIALES

2002/07 ; vol. : n° : 8p., 8 tabl., 1 graph.

S30/3

[http://europa.eu.int/comm/eurostat/PuBlic/dashshop/print-product/FR?catalogue=Eurostat&product=KS-NK-02-018-\\_\\_-N-FR&mode=download](http://europa.eu.int/comm/eurostat/PuBlic/dashshop/print-product/FR?catalogue=Eurostat&product=KS-NK-02-018-__-N-FR&mode=download)

Ce document analyse et compare l'incidence du Sida par âge et sexe, les maladies indicatives du Sida, les nouveaux diagnostics du VIH, ainsi que la mortalité due au Sida dans l'Union européenne de 1981 à 2001.

SIDA, INCIDENCE, MORTALITE, VIH, AGE, SEXE, THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE, TRANSMISSION DE LA MALADIE, MALADIE ASSOCIEE, MALADIE AUTOIMMUNE

EUROPE, CEE

DONNEE STATISTIQUE, ETUDE COMPAREE, METHODOLOGIE, ANALYSE CHRONOLOGIQUE

### Santé des femmes

22084

FASCICULE

ALIAGA (C.)

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

**Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes.**

INSEE PREMIERE

2002/10 ; vol. : n° 869 : 4p., 7 graph.

P172

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/IP869.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/IP869.pdf)

Le médecin généraliste bénéficie d'une image excellente. Il est le professionnel de santé le plus fréquemment consulté, et davantage par les femmes que par les hommes. Certains comportements s'avèrent plutôt féminins : recours à l'homéopathie, informations sur la santé à travers les médias par exemple, comportements alimentaires. Si perdre du poids est une préoccupation plutôt féminine, elle est partagée par une proportion d'hommes loin d'être négligeable. Les hommes sont globalement plus sportifs que les femmes et un peu plus assidus. Les motivations les plus souvent évoquées pour la pratique sportive sont le plaisir et les effets bénéfiques sur la santé. Enfin, la consommation de tabac et d'alcool concerne davantage les hommes. En revanche, ce sont surtout les femmes qui évoquent le stress, les problèmes de sommeil ou de solitude (Résumé d'auteur). Les résultats présentés dans ce bulletin sont issus de l'enquête « Comportements vis-à-vis de la santé, créée dans le cadre de la partie dite « variable » de mai 2001 du dispositif de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (EPCV).

ETAT SANTE, SEXE, AGE, RECOURS SOINS, MEDECIN GENERALISTE, COMPORTEMENT SANTE, HOMEOPATHIE, COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, CONSOMMATION ALCOOL, CONSOMMATION ALIMENTAIRE, CONSOMMATION TABAC, STRESS, MEDECINE ALTERNATIVE, SPORT, SOMMEIL, SOLITUDE, BIEN ETRE

FRANCE

ENQUETE, DONNEE STATISTIQUE, METHODOLOGIE

### Epidémiologie sociale

22549

ARTICLE

GOLDBERG (M.), MELCHIOR (M.), LECLERC (A.), LERT (F.)

**Les déterminants sociaux de la santé : apports récents de l'épidémiologie sociale et**

### **des sciences sociales de la santé.**

*Vingt ans : numéro anniversaire.*  
SCIENCES SOCIALES ET SANTE  
2002/12 ; vol. 20 : n° 4 : 75-128  
P86

Voici précisément 20 ans, Marcel Goldberg, signataire de cet article, publiait dans le premier numéro de " Sciences sociales et santé " un point de vue consacré à l'étude épidémiologique des déterminants socio-économiques de la santé (Goldberg, 1982). Dans cet article, il essaye, avec d'autres auteurs, de parler du même sujet à l'aube du XXIe siècle : que s'est-il passé pendant deux décennies dans ce domaine ? Que sait-on de nouveau ? A-t-on développé de nouvelles théories ? De nouveaux concepts et des méthodes ? Est-ce toujours un thème d'actualité ? Comment se développe la recherche à l'échelle internationale ? Et en France ? (d'après l'introduction de l'auteur).

EPIDEMIOLOGIE, ETAT SANTE, FACTEUR SOCIO-CULTUREL, FACTEUR SOCIODEMOGRAPHIQUE, FACTEUR SOCIOECONOMIQUE, MILIEU SOCIAL, SCIENCES SOCIALES, INEGALITE SOCIALE, INEGALITE DEVANT SOINS, HISTOIRE DE VIE, CONDITION TRAVAIL, RELATION SOCIALE, ENTOURAGE, SANTE ENVIRONNEMENTALE, PCS, MODELE, METHODE, THEORIE, RECHERCHE SOCIALE

EVOLUTION, SOCIOLOGIE SANTE, ETUDE CRITIQUE, ANALYSE PROBLEME

### **Handicap**

22559  
FASCICULE  
CAMBOIS (E.), DESEQUELLES (A.), RAVAUD (J.F.)

#### **Femmes et hommes ne sont pas égaux face au handicap.**

POPULATION & SOCIETES  
2003/01 ; vol. : n° 386 : 4p., 4 fig.  
C, P27/2

L'espérance de vie à la naissance a connu une progression formidable tout au long du XXe siècle en France, passant de 45 ans en 1900 à 79 ans en 2000. Depuis une trentaine d'années, son augmentation résulte principalement du recul de la mortalité chez les personnes âgées de 60 ans ou plus. Si les femmes vivent plus longtemps que les hommes, elles vivent aussi plus longtemps avec des incapacités qu'eux. Leur espérance de vie étant plus longue, elles atteignent, en effet, des âges plus élevés auxquels les handicaps sont fréquents. En outre à âge égal, elles souffrent plus souvent qu'eux d'incapacités (extrait).

AGE, SEXE, ESPERANCE VIE, INCAPACITE, HANDICAP, DEPENDANCE, PERSONNE AGE, ETAT SANTE, STRUCTURE SOCIALE PERSONNE AGE

FRANCE

ENQUETE, EVOLUTION

### **Diabète**

22652  
ARTICLE  
RICORDEAU (P.), WEILL (P.), VALLIER (N.), BOUREL (R.), GUILHOT (J.), FENDER (P.), AL-LEMAND (H.)

#### **Prévalence et coût du diabète en France métropolitaine : quelles évolutions entre 1988 et 2000 ?**

REVUE MEDICALE DE L'ASSURANCE MALADIE  
2002/10-12 ; vol. 33 : n° 4 : 257-265, 3 tabl.  
P25

Le service médical de la CNAMTS a souhaité actualiser les données disponibles en matière de prévalence et de coût du diabète en France métropolitaine, en mesurant les évolutions contemporaines du programme de santé publique lancé, en juin 1999, par l'Assurance maladie. Cet article livre les résultats de cette étude réalisée à partir des dépenses remboursées par les caisses primaires d'assurance maladie de France, entre 1998 et 2000, aux personnes diabétiques, tous types de diabètes confondus. Les auteurs ont également calculer le coût différentiel attribuable au diabète par différence, à âge égal, entre les dépenses générées par les malades diabétiques et celles concernant le reste de la population. Il s'en suit une discussion sur l'évolution de ces dépenses et les éventuels facteurs explicatifs, puis sur les limites et la validité des résultats.

DIABETE, PREVALENCE, COUT MALADIE, DEPENSE SANTE, REMBOURSEMENT, REGIME GENERAL, SOINS AMBULATOIRES, CONSULTATION, MEDECIN, MEDICAMENT, EXAMEN LABORATOIRE, SOINS HOSPITALIERS, HOSPITALISATION, MATERIEL MEDICAL, TRANSPORT SANITAIRE

FRANCE

METHODOLOGIE, RESULTAT, DONNEE STATISTIQUE, EVOLUTION, EPIDEMIOLOGIE, EVALUATION ECONOMIQUE, BILAN, VALIDITE, FIABILITE

### **Santé et travail**

23057  
FASCICULE  
THEBAUD-MONY (A.) / dir.

### **Travail et santé.**

PROBLEMES POLITIQUES ET SOCIAUX  
2002/12 ; vol. : n° 883 : 120p., tabl.  
A2825

Ce dossier fait le point sur les atteintes à la santé d'origine professionnelle. L'ouvrage examine d'abord la lente conquête de la protection des travailleurs dans les pays industrialisés, avec la mise en place progressive d'une réglementation sur la santé au travail et l'indemnisation des victimes. Une seconde partie montre que cette évolution est cependant paradoxale. Ni le renforcement de la législation, ni l'avancée des connaissances scientifiques n'apparaissent suffisantes pour réduire au maximum les risques en milieu professionnel. Le développement de situations de précarité, les effets de la sous-traitance et l'intensification du travail fragilisent la protection des salariés. Depuis 20 ans, on assiste en effet à une augmentation de certains types d'atteintes à la santé : nouvelles pathologies ou troubles psychologiques dus au harcèlement. Si la crise de l'amiante a servi de révélateur et permis des avancées en matière d'indemnisation, d'autres évolutions sont moins favorables. Quelles perspectives envisager alors que s'accroissent souffrance psychique et manifestations pathologiques au travail et que le dispositif français de prévention et de réparation connaît certaines limites qui l'empêchent de remplir pleinement ses fonctions ? (Résumé d'auteur).

ETAT SANTE, MALADIE PROFESSIONNELLE, RISQUE PROFESSIONNEL, TRAVAIL, REGLEMENTATION, INDEMNISATION, HARCELEMENT MORAL, AMIANTE, SANTE MENTALE, ACCIDENT TRAVAIL, TEMPS TRAVAIL, PREVENTION

PAYS DEVELOPPE, FRANCE

LOI, ETUDE COMPAREE, EVOLUTION▲

23095

ARTICLE

ACHARD (M.O.), CHASTEL (V.), DELL'ACCIO (P.), LACHENAL (M.), LEGRAND (E.)

### **Perte d'emploi et santé.**

DOCUMENTS DE RECHERCHES EN MEDECINE GENERALE

1998/01 ; vol. : n° 50 : 14-15

P89

Les auteurs rapportent les expériences d'un groupe de médecins du travail, ayant vécu des plans de licenciements dans leurs entreprises. Ils tentent, à travers ces analyses, de montrer le retentissement humain du fonctionnement actuel des entreprises. Ils espèrent ainsi, par leurs communications, élargir leur groupe pour alerter la société de ces lourdes menaces.

PLAN SOCIAL, REINSERTION PROFESSIONNELLE, CHOMAGE, CONSEQUENCE, MORBIDITE, MALADIE, SOUFFRANCE, TROUBLE ANXIEUX, PSYCHOPATHOLOGIE, AMBIANCE PSYCHOLOGIQUE, SOCIOLOGIE TRAVAIL, IDENTITE PROFESSIONNELLE, MEDECINE TRAVAIL

FRANCE

EXPERIENCE, PROPOSITION



## **Schizophrénie**

23087

FASCICULE

DAHMEN (N.), KASTEN (M.), MITTAG (K.), MULLER (M.J.), KIENZLE (B.), SESHAMANI (M.) et al., CORDING (C.) / éd.

### **Evaluations médicale et économique de la schizophrénie.**

*Health Outcomes in schizophrenia.*

HEPAC : HEALTH ECONOMICS IN PREVENTION AND CARE

2002 ; vol. 3 : n° 2 : S134, tabl., graph., fig.  
P151

Ce fascicule fait une synthèse des informations disponibles sur la prise en charge de la schizophrénie dans les pays industrialisés. Tous les aspects sont abordés : diagnostic et symptômes de la maladie, thérapeutique, coût, etc.

SCHIZOPHRENIE, SANTE MENTALE, COUT MALADIE, DIAGNOSTIC, ETIOLOGIE, THERAPEUTIQUE, THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE, ETAT DEPRESSIF, ANALYSE COUT EFFICACITE, MEDICAMENT, PRISE CHARGE, PSYCHOPATHOLOGIE, HOPITAL PSYCHIATRIQUE, AGE, SEXE, FACTEUR SOCIOECONOMIQUE, MEDICAMENT SYSTEME NERVEUX, ECHELLE SANTE, CLASSIFICATION MALADIES, QUALITE VIE, COUT HOSPITALISATION, COUT SANTE, SYMPTOME

PAYS DEVELOPPE, FRANCE, ROYAUME-UNI, ETATS-UNIS

EVALUATION ECONOMIQUE, EVALUATION MEDICALE, ANALYSE ECONOMIQUE, SYNTHESE CONNAISSANCE, ETUDE COMPAREE, DONNEE STATISTIQUE



## **Dépression**

23101

ARTICLE

GALLAIS (J.-L.)

### **Mythe et réalité : le syndrome anxio-dépressif en questions.**

DOCUMENTS DE RECHERCHES EN MEDECINE GENERALE

1998/01 ; vol. : n° 50 : 39-43, 4 tabl.

P89

Le syndrome anxio-dépressif existe-t-il ? Selon que l'on étudie la question avec la lorgnette du psychiatre, de l'épidémiologiste, du cadre marketing ou du généraliste, la réponse n'est pas univoque. Cette question pose le problème fondamental des définitions nosologiques théoriquement identiques mais qui en pratique recourent des situations cliniques différentes selon le champs d'exercice et d'intérêt des différents observateurs. Au-delà du problème théorique que soulève cette question, c'est la pertinence et la qualité des soins délivrés aux patients qui sont en jeu. Ainsi, l'auteur expose tout d'abord le problème de la définition. Puis, pour mieux comprendre quelques-unes des questions posées par le " syndrome anxio-dépressif " en médecine générale, il analyse deux types de données : les données de prescriptions et les données épidémiologiques (comparaison des données SFMG / Credes). Il expose enfin d'autres interrogations qui dépassent les aspects pharmacologiques du problème.

DEFINITION, ETAT DEPRESSIF, TROUBLE ANXIEUX, TROUBLE HUMEUR, ENQUETE, ETUDE COMPAREE, PRESCRIPTION, MEDICAMENT PSYCHOTROPE, EPIDEMIOLOGIE, CLASSIFICATION MALADIES

FRANCE

ETUDE CRITIQUE, ANALYSE PROBLEME

## PERSONNES ÂGÉES



### Politique vieillesse

20892

ARTICLE

VALETAS (M.F.)

**Personnes âgées : quel rôle pour les pouvoirs publics ?**

PROBLEMES ECONOMIQUES

2002/05/22 ; vol. : n° 2762 : 8-10, 2 tabl.

P100

Cet article est une version courte de celui paru en octobre 2001 dans la revue "Retraite et société, n° 34". Basé sur les résultats de l'enquête Eurobaromètre de 1995, il présente la perception qu'ont les européens du rôle qu'ont les pouvoirs publics dans la prise en charge des personnes âgées. Il révèle une opposition nord-sud sur des thèmes tels que le lieu de vie des

personnes âgées, le mode de financement des retraites et de la prise en charge des plus dépendants.

PERSONNE AGEE, POLITIQUE VIEILLESSE, PRISE CHARGE, DEPENDANCE, ADMINISTRATION ETAT, FACTEUR SOCIOCULTUREL, FINANCEMENT SOINS, RETRAITE, FINANCEMENT

EUROPE, UNION EUROPEENNE

ENQUETE, OPINION PUBLIQUE ▲

22485

ARTICLE

HENRARD (J.C.)

**Le système français d'aide et de soins aux personnes âgées.**

*Vieillesse et santé.*

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS 2002 ; vol. : n° 2 : 73-82, tab.

P174

Le système d'aide et de soins aux personnes âgées dépendantes se caractérise, en France, avant tout par sa fragmentation au niveau de son organisation, de son financement et de la dispensation des prestations en espèces et en nature. Cette fragmentation génère une inégalité de moyens entre secteurs : concentration des moyens dans le secteur sanitaire curatif au dépens du secteur social et en institution par rapport au domicile bien que la majorité des personnes âgées dépendantes y habitent. Il s'y ajoute une inégalité tarifaire selon le lieu des soins, chacun des secteurs ayant des règles différentes pour répondre à un même niveau de besoins médico-sociaux. La fragmentation est également responsable d'une grande difficulté à coordonner les multiples intervenants auprès des personnes âgées dépendantes. Pour y faire face, l'État a entrepris de nombreuses actions qui, loin de contribuer à résoudre ce problème, n'ont fait que le rendre plus compliqué. En effet, la création successive de services ou d'allocations ne s'intégrant pas au système local préexistant mais y ajoutant leur propre réglementation, fait qu'aujourd'hui les personnes âgées dépendantes, leur famille et les professionnels sont dans un véritable maquis de prestations. Un tel ensemble n'assure pas un fonctionnement équitable du dispositif ni la quantité et la qualité du service rendu.

PERSONNE AGEE, PRISE CHARGE MEDICOSOCIALE, ORGANISATION SOINS, PRESTATION VIEILLESSE, POLITIQUE VIEILLESSE, FINANCEMENT, DEPENDANCE, SOUTIEN DOMICILE, STRUCTURE SOCIALE PERSONNE AGEE, ACTEUR, COORDINATION GERONTOLOGIQUE,

VIEILLISSEMENT POPULATION, AGE, SEXE, OFFRE SOINS, SOINS DOMICILE, LOGEMENT FOYER, MAISON RETRAITE

FRANCE, EVALUATION, ANALYSE PROBLEME ▲

22486

ARTICLE

TRAHAN (L.), CARIS (P.)

**Le système québécois d'aide et de soins aux personnes âgées.**

*Vieillesse et santé.*

SANTÉ SOCIÉTÉ ET SOLIDARITÉ : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBÉCOIS 2002 ; vol. : n° 2 : 83-92, tab.

P174

Le Canada dispose, depuis le début des années 1970, d'un système de santé public qui garantit à tous les Canadiens un accès universel à des services hospitaliers et médicaux gratuits. Les mêmes valeurs et les mêmes principes ont gouverné l'organisation des services de santé et sociaux au Québec, dont les soins et les services de longue durée. Au fil du temps, des changements sont survenus au sein du système québécois pour mieux adapter les services aux nouvelles réalités, c'est-à-dire une diversification de services davantage orientés vers le soutien des personnes dans la communauté, des services donnés à proximité des milieux de vie. Des dispositifs ont aussi été mis en place pour améliorer l'évaluation clinique des besoins des personnes et pour systématiser l'orientation et l'admission en milieu d'hébergement. Des ajustements s'imposent néanmoins pour répondre aux tendances qui se dessinent quant à l'évolution des besoins : besoins plus nombreux dus à l'augmentation importante du nombre de personnes âgées mais également besoins différents de ceux des populations plus jeunes pour lesquels le système a été conçu. La nouvelle politique québécoise sur les services de longue durée propose une conception différente de l'organisation des services aux personnes âgées en perte d'autonomie et suppose des transformations importantes dans les façons de faire.

PERSONNE AGÉE, PRISE CHARGE MEDICOSOCIALE, ORGANISATION SOINS, PRESTATION VIEILLESSE, POLITIQUE VIEILLESSE, FINANCEMENT, DEPENDANCE, SOUTIEN DOMICILE, STRUCTURE SOCIALE PERSONNE AGÉE, ACTEUR, COORDINATION GERONTOLOGIQUE, VIEILLISSEMENT POPULATION, AGE, SEXE, OFFRE SOINS, SOINS DOMICILE, LOGEMENT FOYER, MAISON RETRAITE

QUEBEC

EVALUATION, ANALYSE PROBLEME ▲

22487

ARTICLE

CLEMENT (S.), LAVOIE (J.P.)

**L'aide aux personnes âgées fragilisées en France et au Québec : le degré d'implication des familles.**

*Vieillesse et santé.*

SANTÉ SOCIÉTÉ ET SOLIDARITÉ : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBÉCOIS 2002 ; vol. : n° 2 : 83-101

P174

Dans le soutien aux vieilles personnes handicapées ou fragiles, le rôle de la famille reste central. Au Québec comme en France, environ les 3/4 des personnes " dépendantes " ou en " perte d'autonomie " bénéficient d'une aide familiale, assurée à 70 % par les femmes. Les conséquences de cette aide sur la vie des aidant(e)s sont données surtout dans leurs dimensions négatives. Les recherches discutent de la notion même d'aide, de son contenu et de son sens : les études ont récemment mis en avant la nécessité de comprendre les dynamiques familiales afin de répondre aux interrogations concernant la désignation de l'aidant(e) et les conditions de délégation des tâches aux services professionnels. C'est finalement la question des frontières entre privé et public qui est posée et chaque État peut jouer, par ses politiques sociales et sanitaires, sur le déplacement de ces frontières. Les États sauront-ils éviter que s'accroissent les inégalités dans un domaine où liens familiaux et désir d'autonomie de chacun sont confrontés à une offre privée de plus en plus large ?

PERSONNE AGÉE, PRISE CHARGE MEDICOSOCIALE, ORGANISATION SOINS, PRESTATION VIEILLESSE, POLITIQUE VIEILLESSE, FINANCEMENT, DEPENDANCE, SOUTIEN DOMICILE, ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL, AIDE AUX AIDANTS

QUEBEC, FRANCE

ENQUETE, EVALUATION, ANALYSE PROBLEME, ETUDE COMPAREE, RECHERCHE, HISTORIQUE ▲

22503

ARTICLE

DORENLOT (P.), ARMBRUSTER (S.)

**Prise en charge de la "dépendance" en Allemagne : l'assurance soins de longue durée : évolution depuis 1995.**

*Vieillesse et santé.*

SANTÉ SOCIÉTÉ ET SOLIDARITÉ : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBÉCOIS 2002 ; vol. : n° 2 : 123-132

P174

Face au problème de la prise en charge des per-

sonnes âgées, l'assurance soins de longue durée allemande constitue une réponse originale. Instituée en nouvelle branche de l'assurance sociale, elle couvre le risque général d'entrée en incapacité à tout âge et n'est donc pas réservée aux plus âgés. La loi vise à favoriser le maintien à domicile des personnes par la reconnaissance et le soutien financier apportés à l'aide informelle. La satisfaction des usagers et des aidants, leur préférence pour les prestations en espèces montrent qu'une réponse équilibrée a été trouvée ici dans le rapport entre aide informelle et professionnelle. De même, l'introduction de la concurrence privée au niveau de l'offre, les procédures de contrôle de la qualité instaurées ou la mise à contribution du bénévolat constituent des solutions intéressantes. Récemment, une loi complémentaire visant à une meilleure prise en compte des personnes souffrant de troubles cognitifs a été votée. Outre la mise en place de critères d'éligibilité supplémentaires, elle prévoit le développement de structures de garde adaptées permettant le maintien à domicile des personnes touchées.

PERSONNE AGEE, PRISE CHARGE MEDICOSOCIALE, ASSURANCE MALADIE, PRESTATION VIEILLESSE, ASSURANCE INVALIDITE, SOUTIEN DOMICILE, AIDE AUX AIDANTS, OFFRE SOINS, CONCURRENCE, CONTROLE QUALITE, QUALITE SOINS, BENEVOLAT, SATISFACTION USAGER, REGLEMENTATION, FINANCEMENT SOINS, BENEFICIAIRE, AGE, LONG SEJOUR, DEPENDANCE, MAITRISE DEPENSE, BESOIN SANTE

ALLEMAGNE

EVALUATION, BILAN, ANALYSE BESOIN



## Chute

21661

ARTICLE

AUVINET (B.), BERRUT (G.), TOUZARD (C.), MOUTEL (L.), COLLET (N.), CHALEIL (C.), BARREY (E.)

**Chute de la personne âgée : de la nécessité d'un travail en réseau.**

REVUE MEDICALE DE L'ASSURANCE MALADIE

2002/07-09 ; vol. 33 : n° 3 : 183-191, 6 tabl.

P25

La prévalence élevée de sujets chuteurs parmi les patients hospitalisés à l'hôpital de Laval a conduit les unités de gériatrie aiguë et de rhumatologie à s'associer pour rechercher quelles étaient les spécificités cliniques et instrumentales (étude de la marche) du sujet âgé chuteur, afin de pouvoir ultérieurement développer un

programme de prévention. Trois analyses cliniques ont été conduites auprès de patients âgés chuteurs et/ou non chuteurs, et des sujets adultes, sains et actifs. Ainsi, l'analyse clinique comparative de patients chuteurs et non chuteurs révélait peu de différences de pathologies associées entre les deux groupes ; en revanche, l'évaluation des activités dans la vie quotidienne, selon l'échelle de Katz, les tests de Tinetti et d'appui monopodal, étaient fortement altérés chez les sujets chuteurs. L'analyse instrumentale de la marche chez des sujets adultes et âgées, sains et actifs, identifiait deux types de variables (dépendantes et indépendantes de l'âge et du sexe). La fréquence des cycles de marche (rapportée à la taille du sujet), la symétrie des pas et la régularité des foulées sont indépendantes de l'âge et du sexe. La diminution de la longueur du pas et corrélativement la réduction de la vitesse de marche sont dépendantes du sexe et l'âge. L'analyse instrumentale comparative des troubles de la marche chez des sujets âgés chuteurs et non chuteurs âgés de 75 ans et plus, confirmait que toutes les variables mesurées sont significativement altérées chez les sujets chuteurs, notamment la régularité des foulées (facteur prédictif majeur du risque de chute). (Extraits du résumé d'auteur).

PERSONNE AGEE, CHUTE, BILAN SANTE, FACTEUR RISQUE, FACTEUR ASSOCIE, AGE, SEXE, TAILLE CORPORELLE, POIDS CORPOREL, INDICE POIDS TAILLE, SOLITUDE, MORBIDITE, FONCTION COGNITIVE, SANTE MENTALE, ETAT NUTRITIONNEL, DEPENDANCE, ACTIVITE, VIE QUOTIDIENNE, TROUBLE MOTRICITE, MOTRICITE, COORDINATION MOTRICE, JAMBE, RESEAU

FRANCE REGION, MAYENNE

EVALUATION, ENQUETE, ETUDE REGIONALE, METHODOLOGIE, RESULTAT, BILAN



## Proximologie

22000

FASCICULE

Fondation Nationale de Gérontologie. (F.N.G.).

Paris. FRA

**Proximologie : premières études.**

GERONTOLOGIE ET SOCIETE

2002/05 ; vol. : n° : 109p.

P8

Ce numéro spécial présente les résultats d'études dans le domaine de la proximologie, le nouveau territoire de recherche dans lequel a investi le laboratoire Novartis-Pharma centré sur la relation d'exception qui unit le patient à ses proches : cette discipline pluri-disciplinaire vise à mieux

comprendre le rôle et la qualité de vie de celles et ceux qui vivent aux côtés du malade. Les deux premiers articles concernent l'étude sur les familles à 5 générations menée par la FNG en partenariat avec Novartis-Pharma et donnent les premiers résultats pour la France et le Japon. L'étude Pixel est centrée sur les plaintes, les difficultés et les besoins exprimés par les aidants familiaux des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. L'enquête COMPAS sur les conjoints de patients atteints de la maladie de Parkinson traduit en statistiques l'activité encore peu valorisée, de milliers de femmes et d'hommes qui oeuvrent quotidiennement pour le mieux-être de leur conjoint en perte d'autonomie.

PERSONNE AGEE, FAMILLE MULTIGENERATIONNELLE, RELATION INTERGENERATION, FAMILLE, FACTEUR SOCIODEMOGRAPHIQUE, ETAT SANTE, HISTOIRE FAMILIALE, MALADIE PARKINSON, CONJOINT, PRISE CHARGE MEDICOSOCIALE, DEMENCE ALZHEIMER, ETAT DEPRESSIF, BESOIN, AIDE AUX AIDANTS, SOUTIEN INFORMEL

FRANCE, JAPON

ENQUETE COHORTE, RESULTAT, METHODOLOGIE



## Relation intergénération

22001

FASCICULE

Fondation Nationale de Gérontologie. (F.N.G.).

Paris. FRA

Capimtec. Paris. FRA

**Avoir 20, avoir 100 ans en l'an 2000.**

GERONTOLOGIE ET SOCIETE

2001/05 ; vol. : n° : 174p.

P8

Ce numéro spécial rassemble divers textes présentés au Forum organisé par la Caisse de retraite Capimtec sur le thème des relations intergénérationnelles : " avoir 20 ans, avoir 100 ans en l'an 2000 ". Il fait ainsi une analyse sociologique de certains âges de vie représentant les enfants, les grands-parents et les arrière-grands-parents, souligne la diversité de la société accentuée par la révolution de la longévité et démontre l'utilité des Relais Capimtec-Malakoff facilitant les relations intergénération.

PERSONNE AGEE, FAMILLE MULTIGENERATIONNELLE, RELATION INTERGENERATION, JEUNE ADULTE, MILIEU URBAIN, ROLE SOCIAL, CENTENAIRE, ASSOCIATION, FAMILLE, RELATION PARENT ENFANT

FRANCE

CONGRES



## Soutien à domicile

22152

FASCICULE

MICHAUDON (H.)

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 personnes handicapées vieillissantes : une approche à partir de l'enquête HID.**

ETUDES ET RESULTATS

2002/12 ; vol. : n° 204 : 12p., 4 tabl., 3 graph.

P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er204.pdf>

L'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID) a été mobilisée pour décrire les personnes handicapées vieillissantes. L'objet de cette étude est moins de fournir une estimation du nombre brut de personnes handicapées vieillissantes que de décrire leurs caractéristiques et leur situation, en distinguant notamment celles qui sont âgées de 40 à 60 ans et celles de plus de 60 ans.

PERSONNE AGEE, DEPENDANCE, AGE, SEXE, PERSONNE HANDICAPEE, VIEILLISSEMENT, HANDICAP, INCAPACITE, ETAT SANTE, MAISON RETRAITE, SOUTIEN DOMICILE, ETAT MATRIMONIAL

FRANCE

DONNEE STATISTIQUE, ENQUETE, METHODOLOGIE



## Apa

22154

FASCICULE

KERJOSSE (R.)

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

**L'allocation personnalisée d'autonomie au 30 septembre 2002.**

ETUDES ET RESULTATS

2002/12 ; vol. : n° 205 : 8p., 2 tabl., 1 graph., 1

carte

P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er205.pdf>

Afin de mesurer la montée en charge de l'allocation

tion personnalisée d'autonomie (APA), ce fascicule propose un bilan établi au 30 septembre 2002, après neuf mois de mise en oeuvre de cette nouvelle prestation. Entrée en vigueur le 1er janvier 2002 (loi du 20 juillet 2001), l'APA vise à une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées pour accomplir les gestes ordinaires de la vie courante. Elle se substitue à la prestation spécifique dépendance (PSD), créée en 1997, qui répondait de manière trop partielle et inégale aux besoins identifiés.

PERSONNE AGEE, DEPENDANCE, AIDE SOCIALE, DOMICILE, AGE, SEXE, BENEFICIAIRE, POLITIQUE VIEILLESSE, STRUCTURE SOCIALE PERSONNE AGEE, RESSOURCE, PRESTATION VIEILLESSE, ECHELLE DEPENDANCE, PSD, APA, HEBERGEMENT SOCIAL, MAISON RETRAITE, AGIR

FRANCE

DONNEE STATISTIQUE, ENQUETE, METHODOLOGIE, BILAN



## Vieillessement

22463

ARTICLE

*HENRARD (J.C.)*

### **Les multiples facettes du vieillissement.**

*Vieillessement et santé.*

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS 2002 ; vol. : n° 2 : 13-19  
P174

En France, la création d'une prestation dépendance, vite remplacée par une allocation autonomie spécifique pour les personnes âgées, privilégie l'image déficitaire de la vieillesse et donne au vieillissement une connotation négative. Elle s'appuie sur sa seule composante biologique dont la décrépitude du corps est la marque. Cet article s'efforce de montrer la distinction entre la sénescence et l'avancée en âge chronologique, ainsi que l'apport de la psychologie du développement et de la psychanalyse dans la compréhension du parcours de vie et du vieillissement, de même que les aspects sociaux et existentiels de ce dernier.

VIEILLISSEMENT, SOCIOLOGIE, PSYCHOLOGIE, PSYCHANALYSE, PERSONNE AGEE, REPRESENTATION VIEILLESSE ▲

22467

ARTICLE

*GOTTELY (P.) / éd.*

### **Vieillessement et santé.**

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS 2002 ; vol. : n° 2 : 175p., tab., graph., fig.  
P174

Ce deuxième numéro de Santé, Société et Solidarité aborde, comme ce fut le cas pour le premier numéro, une des questions majeures qui agitent nos pays développés : le vieillissement de la population. Grâce aux réseaux de l'Observatoire franco-québécois de la santé et de la solidarité, il a réussi à mobiliser quelques uns des meilleurs spécialistes, tant québécois que français, de la dépendance. Ils analysent ici successivement son ampleur, sa prise en charge, publique ou familiale, les expériences menées en France comme au Québec pour optimiser son traitement, la politique mise en place en Allemagne pour assurer son financement et enfin, l'évolution prévisible de son coût, étude dont les conclusions en surprendront plus d'un. Loin de minimiser l'importance du problème, leurs contributions permettront à nos lecteurs, nous l'espérons, de mieux discerner le vrai et le faux dans l'avalanche de discours alarmistes que les médias véhiculent sur ce sujet.

VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE, VIEILLISSEMENT, ETAT SANTE, PRISE CHARGE, PERSONNE AGEE, DEPENDANCE, POLITIQUE VIEILLESSE, ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL, FINANCEMENT PROTECTION SOCIALE, COUT, INCAPACITE, DEMENCE, AIDE AUX AIDANTS, RESEAU SOINS COORDONNES, CLIC, SOINS INTEGRES, COORDINATION GERONTOLOGIQUE, PRESTATION VIEILLESSE, DEPENSE SANTE, LONG SEJOUR

FRANCE, QUEBEC

DONNEE STATISTIQUE, ETUDE PROSPECTIVE, BILAN, ANALYSE PROBLEME, EVALUATION ▲

22469

ARTICLE

*CARIS (P.) / préf., HENRARD (J.C.) / préf.*

### **Tout le monde veut vivre longtemps, mais personne ne veut vieillir.**

*Vieillessement et santé.*

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS 2002 ; vol. : n° 2 : 5-10  
P174

Sur la trame de fond : "tout le monde veut vivre longtemps, mais personne ne veut vieillir", cet éditorial présente les différentes thématiques abordés dans ce nouveau numéro de la revue Santé, société et solidarité : définition et représentation de la vieillesse, prise en charge médico-sociale, outils et méthodes.

VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE, VIEILLISSE-

MENT, ETAT SANTE, PRISE CHARGE, PERSONNE AGE, DEPENDANCE, POLITIQUE VIEILLESSE, ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL, FINANCEMENT PROTECTION SOCIALE, COUT, INCAPACITE, DEMENCE, AIDE AUX AIDANTS, RESEAU SOINS COORDONNES, CLIC, SOINS INTEGRES, COORDINATION GERONTOLOGIQUE, PRESTATION VIEILLESSE, DEPENSE SANTE, REPRESENTATION VIEILLESSE

FRANCE, QUEBEC

DONNEE STATISTIQUE, ETUDE PROSPECTIVE, BILAN, ANALYSE PROBLEME, EVALUATION, METHODOLOGIE, ETUDE COMPAREE ▲

22465

ARTICLE

GAYMU (J.), GAUTHIER (H.)

**Le vieillissement démographique France - Québec.**

*Vieillesse et santé.*

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS 2002 ; vol. : n° 2 : 20-21

P174

Cet article présente quelques données prospectives comparées sur le vieillissement démographique en France et au Québec pour la période 2001-2041.

VIEILLISSEMENT DEMOGRAPHIQUE, INDICATEUR DEMOGRAPHIQUE

FRANCE, QUEBEC

DONNEE STATISTIQUE, ETUDE PROSPECTIVE ▲

22483

ARTICLE

HENRARD (J.C.), HEBERT (R.)

**Entretien simultané avec les deux animateurs du réseau franco-québécois sur la santé et le vieillissement.**

*Vieillesse et santé.*

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS 2002 ; vol. : n° 2 : 63-70

P174

Cet article reprend l'entretien accordé à Santé, Société et Solidarité par Jean-Claude Henrard, directeur du réseau fédératif de recherche "Santé, Vieillesse et Société", professeur de Santé publique à l'Université de Versailles - Saint Quentin, et par Réjean Hébert, directeur de l'Institut du vieillissement, professeur à l'Université de Sherbrooke. L'entretien portait sur le thème du vieillissement et de son impact sur la santé et la politique de santé.

VIEILLISSEMENT POPULATION, VIEILLISSEMENT,

REPRESENTATION VIEILLESSE, SOCIOLOGIE, POLITIQUE VIEILLESSE, DEPENSE SANTE, PRESTATION VIEILLESSE, FINANCEMENT, DEPENDANCE, REGIME RETRAITE, REFORME, SOUTIEN DOMICILE, ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL, INADEQUATION, CONTINUTE SOINS, PLAN GERONTOLOGIQUE, SOINS INTEGRES, BESOIN SANTE

FRANCE, QUEBEC

ETUDE COMPAREE, ANALYSE PROBLEME, EVALUATION, ENTRETEN



## Handicap

22479

ARTICLE

ANKRI (J.), MORMICHE (P.)

**Incapacités et dépendance de la population âgée française : apport de l'enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance (HID).**

*Vieillesse et santé.*

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS 2002 ; vol. : n° 2 : 25-38, tab., graph., fig.

P174

Grâce à l'enquête "Handicaps, Incapacités, Dépendance" (HID), on dispose désormais d'une vision globale sur la question de la dépendance des personnes âgées en France. Selon les indicateurs retenus (ceux de Katz, d'AGGIR ou de Colvez), on dénombre entre 700 000 et 2 045 000 personnes dépendantes parmi les 12 millions de personnes de 60 ans et plus que compte l'Hexagone. La prévalence d'institutionnalisation parmi les personnes de 60 ans et plus est de 4,1%. Cette proportion augmente avec l'âge et est deux fois plus élevée chez les femmes. Selon l'indicateur de Colvez, 25% des personnes âgées en institution sont confinées au lit ou au fauteuil, 21,5% ont besoin d'aide pour la toilette et pour l'habillage et 29,1% nécessitent le concours d'un aidant pour sortir de l'établissement. Parmi les 60 ans et plus vivant à domicile, moins de 1% est confiné au lit. Quant à celles qui nécessitent une aide pour la toilette et l'habillage ainsi que pour sortir de chez eux, elles représentent respectivement 2,6 et 5,6 %. Au total, on évalue à 630 000 le nombre de personnes âgées dépendantes lourdes, dont 34,5% résident en institution. Enfin, l'importante réflexion méthodologique menée lors de la mise au point de l'enquête, et dont l'article fait largement écho, ouvre de nombreuses pistes de recherche sur un sujet au centre des préoccupations des décideurs politiques.

PERSONNE AGE, DEPENDANCE, HANDICAP, INCAPACITE, INDICATEUR, ECHELLE DEPENDAN-

CE, STRUCTURE SOCIALE PERSONNE AGEE, PRISE CHARGE MEDICOSOCIALE, SOUTIEN DOMICILE, AGE, SEXE, EVALUATION, PREVALENCE, ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL

FRANCE

DONNEE STATISTIQUE, ENQUETE, ENQUETE HID, METHODOLOGIE ▲

22480

ARTICLE

LAFONTAINE (P.), CAMIRAND (J.)

**Evolution et impact de l'incapacité chez les personnes âgées selon l'enquête québécoise sur les limitations d'activités.**

*Vieillesse et santé.*

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS 2002 ; vol. : n° 2 : 39-53, tab., graph., fig. P174

Cet article décrit les principales caractéristiques de l'incapacité dans la population de 65 ans et plus au Québec, en 1998, et son évolution depuis 1986. On observe, en 1998, une augmentation substantielle, avec l'âge, de l'incapacité et de l'importance relative de l'incapacité modérée ou grave. Entre 1986 et 1998, la hausse du taux d'incapacité chez les personnes de 65 ans et plus est essentiellement due à une augmentation de l'incapacité légère, l'incapacité modérée ou grave demeurant relativement stable. L'espérance de vie à 65 ans et l'espérance de vie sans incapacité modérée ou grave à 65 ans ont toutes deux cru d'environ une année au cours de cette période. Quant à l'impact de l'incapacité sur les activités de la vie quotidienne et sur les limitations dans les déplacements hors du domicile, il génère des besoins d'aide plus importants chez les 75 ans et plus que chez les 65-74 ans.

PERSONNE AGEE, DEPENDANCE, HANDICAP, INCAPACITE, INDICATEUR, ECHELLE DEPENDANCE, STRUCTURE SOCIALE PERSONNE AGEE, PRISE CHARGE MEDICOSOCIALE, SOUTIEN DOMICILE, AGE, SEXE, EVALUATION, PREVALENCE, ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL, ESPERANCE VIE, ESPERANCE VIE SANS INCAPACITE, BESOIN, GRAVITE MALADIE

QUEBEC

DONNEE STATISTIQUE, ENQUETE ▲

22482

ARTICLE

BARBERGER-GATEAU (P.), FABRIGOULE (C.), DARTIGUES (J.F.)

**Le processus d'évolution vers l'incapacité dans la démence.**

*Vieillesse et santé.*

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS 2002 ; vol. : n° 2 : 55-59, tab., graph., fig. P174

Le modèle du processus d'évolution vers l'incapacité (Verbrugge et Jette [1994]) peut aider à une meilleure compréhension et prise en charge de la démence. La maladie s'exprime sous forme de déficiences des processus cognitifs globaux (ex : mémoire) qui entraînent des limitations fonctionnelles pour les tâches cognitives générales (ex : rappeler une liste de mots). Ces limitations fonctionnelles se traduisent par une incapacité dans les activités instrumentales, puis de base, de la vie quotidienne. Les facteurs de risque, génétiques ou environnementaux (niveau d'études, nutrition), sont des caractéristiques pré-existantes qui augmentent le risque de développer la maladie mais peuvent aussi en moduler l'expression. Des facteurs extra et intra-individuels agissent une fois la maladie exprimée pour accélérer ou ralentir le processus d'évolution vers l'incapacité. Les facteurs intra-individuels sont les stratégies positives (adaptation des activités) ou négatives (dépression) développées par les individus en réaction à la maladie. Les facteurs extra-individuels sont les interventions du système de soins, des aidants naturels ou professionnels et de la société en général.

PERSONNE AGEE, DEPENDANCE, HANDICAP, INCAPACITE, DEMENCE, EVOLUTION, FACTEUR RISQUE, NIVEAU ENSEIGNEMENT, TROUBLE COMPORTEMENT SOCIAL, TROUBLE MEMOIRE, ETAT DEPRESSIF, ACCOMPAGNEMENT FAMILIAL, SOCIOLOGIE, REPRESENTATION MALADIE

QUEBEC

MODELE



## Coordination gérontologique

22501

ARTICLE

GAY (M.), FAGES (D.), COLVEZ (A.)

**Leçons tirées de l'évaluation d'une coordination gérontologique en France : le centre local d'information et de coordination (CLIC) de Lunel.**

*Vieillesse et santé.*

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS 2002 ; vol. : n° 2 : 103-112, tabl. P174

Cet article relate les modalités de l'évaluation d'une coordination gérontologique et se propose

de rendre compte des difficultés méthodologiques afférentes. Il reprend les conclusions d'un rapport d'évaluation sur le Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC) expérimental du bassin de Lunel dans l'Hérault, réalisé au terme de 5 années de mise en place de cette structure. L'intérêt de ne retenir que des indicateurs d'impact simples est clairement mis en évidence. De même, dans le cadre d'une phase de construction, la nécessité de combiner approches qualitative et quantitative dans ce type d'études se révèle indispensable. Les mesures d'impact au niveau des personnes, à travers la santé perçue ou les taux d'hospitalisation, sont apparues quant à elles encore limitées à ce jour, notamment du fait du manque de fiabilité dans le recueil de l'information.

PERSONNE AGEE, COORDINATION GERONTOLOGIQUE, CLIC, SERVICE SOINS DOMICILE, BENEFICIAIRE, SOINS INFIRMIERS, INCAPACITE, RESEAU SOINS COORDONNES, PROFESSION SANITAIRE & SOCIALE, INDICATEUR SANTE, MORBIDITE RESSENTIE, HOSPITALISATION

FRANCE REGION, HERAULT, LUNEL, DEPARTEMENT

EVALUATION, ETUDE REGIONALE, EXPERIENCE, ANALYSE BESOIN, ENQUETE, RECUEIL DONNEE



## Soins intégrés

22502

ARTICLE

TOURIGNY (A.), BONIN (L.), PARADIS (M.), LEMAY (A.), BUSSIERE (A.), DURAND (P.J.)

**Le réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francis : un changement des pratiques cliniques et de gestion.**

*Vieillesse et santé.*

SANTE SOCIETE ET SOLIDARITE : REVUE DE L'OBSERVATOIRE FRANCO-QUEBECOIS 2002 ; vol. : n° 2 : 113-119

P174

Plusieurs lacunes reliées entre autres à la coordination des services aux aînés ont été identifiées au Québec. Pour tenter de les corriger, un réseau de services intégrés aux aînés des Bois-Francis, région située à environ cent kilomètres au sud-ouest de la ville de Québec, a été mis en place en 1997. Il a nécessité l'introduction de nouveaux modes de fonctionnement et de gestion dont trois niveaux de concertation, la présence d'une nouvelle catégorie d'intervenants, des gestionnaires de cas et le recours à de nouveaux outils cliniques pour évaluer et suivre la situation de l'aîné. Il combine une porte d'entrée unique, la gestion de cas et le plan de services

individualisé. Il a aussi entraîné le développement d'un dossier clinique informatisé partageable. Ce réseau couvre tout le continuum de soins et de services, soit de la prévention jusqu'aux soins en fin de vie. Il a été mis en place sans l'apport initial de ressources humaines ou financières supplémentaires et sans changement majeur aux structures actuelles. Les résultats des évaluations révèlent que cette expérience de fonctionnement en réseau de services intégrés s'est avérée un succès.

PERSONNE AGEE, COORDINATION GERONTOLOGIQUE, SOINS INTEGRES, CONTINUITE SOINS, RESEAU SOINS COORDONNES

QUEBEC, BOIS FRANCS, REGION

EVALUATION, ETUDE REGIONALE, EXPERIENCE, ANALYSE BESOIN, ENQUETE, RECUEIL DONNEE

## GROUPES DE POPULATION



### Exclusion sociale

21528

FASCICULE

BEGG (I.), BERGHMAN (J.), MAYES (D.G.), TSAKLOGLOU (P.), PAPADOPOULOS (F.) et al.

**L'exclusion sociale et la réforme du modèle social européen.**

Social exclusion and reforming the European Social Model.

JOURNAL OF EUROPEAN SOCIAL POLICY 2002/08 ; vol. 12 : n° 3 : 179-239

c, P91

Depuis le milieu des années 90, différentes avancées ont été réalisées pour intégrer la politique sociale dans l'Union européenne. Toutefois les résistances sont toujours nombreuses et variées pour poursuivre dans cette voie. Ce numéro spécial porte sur les politiques menées contre l'exclusion dans les différents pays de l'Union européenne, et sur les tentatives de proposer un modèle commun de réforme au niveau européen.

EXCLU, POLITIQUE DEFAVORISES, POLITIQUE EXCLUS, REFORME, POLITIQUE SOCIALE, MACROECONOMIE, FACTEUR SOCIOCULTUREL, FACTEUR SOCIODEMOGRAPHIQUE, FACTEUR SOCIOECONOMIQUE, PAUVRETE