

# Quoi de neuf, Doc ?

Bulletin bibliographique  
en économie de la santé  
Mars - Avril 2005

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

L'IRDES est disponible sur Internet.

Pour contacter le centre de documentation :

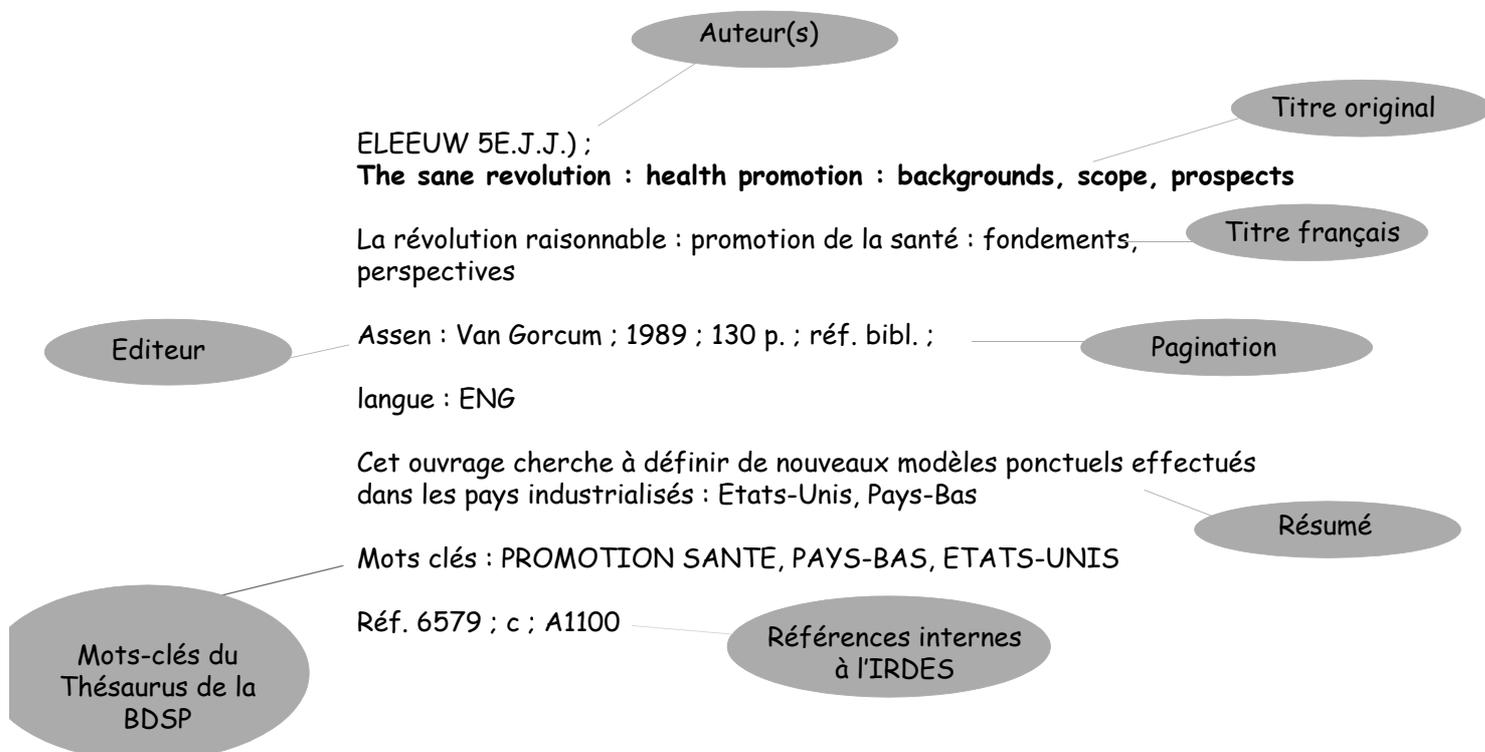
**E-Mail** : [document@irdes.fr](mailto:document@irdes.fr)

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

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



## Comment lire une notice ?



### Signification des abréviations

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



**Sommaire**



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

**aucune photocopie**

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



## SOMMAIRE

### Références bibliographiques..... 13

#### POLITIQUE DE SANTÉ

Bioéthique .....	15
Efficience .....	15
Réforme .....	15
Santé publique .....	16
Sociologie santé .....	16
Soins palliatifs .....	17
Sondages .....	17
Systèmes de santé .....	18

#### PROTECTION SOCIALE

Généralités .....	20
Assurance maladie .....	21
Allocation personnelle.....	21
Cmu .....	21
Couverture complémentaire .....	22
C.T.I.P.....	22
Maladies professionnelles .....	22
Politique sociale .....	23

#### PRÉVENTION

Aide décision .....	23
Cancer .....	24
Maladies professionnelles .....	24
Périnatalité .....	25
Recommandations .....	25
Tuberculose .....	26
Violence .....	26

#### DÉPENSES DE SANTÉ

Arrêts maladies .....	26
-----------------------	----

#### INDICATEURS DE SANTÉ

Asthme.....	27
Cancer .....	28
Maladies professionnelles .....	28
Nutrition .....	28
Périnatalité .....	29
Santé bucco-dentaire .....	30
Sida .....	30
Sociologie santé .....	30

#### PERSONNES ÂGÉES

Consommation pharmaceutique .....	31
Etat de santé.....	32
Promotion santé .....	32
Représentation de la vieillesse .....	32

#### GROUPES POPULATION-PAUVRETÉ

Adolescence .....	33
Alcoolisme .....	33
Enfants .....	34
Etudiants .....	35
Exclusion .....	35
Inégalité sociale .....	37
Pauvreté .....	38
Personnes handicapées .....	38
Population défavorisée .....	40
Tabagisme .....	42

#### GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Alsace .....	43
Centre .....	43
Décentralisation .....	43
Démographie médicale .....	44
Languedoc-Roussillon .....	44
Nord-Pas-de-Calais .....	45
Milieu urbain .....	46
Pays de la Loire .....	47

Rhône-Alpes .....	47
Territoire.....	47

Publicité .....	62
Régulation .....	62
Remboursements .....	63

### MÉDECINE LIBÉRALE

Anthropologie médicale .....	48
Prospective .....	49
Relations médecins-malades .....	49

### HÔPITAL

Anthropologie.....	50
Comptabilité analytique .....	50
Coût de l'hospitalisation .....	51
Gestion hospitalière .....	51
Pharmacie hospitalière .....	53
Santé mentale .....	53
Satisfaction des usagers .....	54

### PROFESSIONS DE SANTÉ

Infirmiers .....	54
Profession médicale .....	55

### MÉDICAMENTS

Asmr .....	55
Antibiotiques .....	56
Antidépresseurs .....	56
Anti-infectieux .....	57
Anti-inflammatoires .....	57
Concurrence .....	57
Contrôle qualité .....	58
Données statistiques .....	58
Industrie pharmaceutique .....	58
Innovation médicale .....	59
Médicaments orphelins .....	61
Produits génériques .....	61

### SYSTÈMES SANTÉ ÉTRANGERS

Canada .....	64
Europe .....	64
Etats-Unis.....	65
Monde .....	69
Pays-Bas.....	69
Royaume-Uni .....	70
Pays en voie de développement .....	70
Union européenne.....	70

### TECHNOLOGIE MÉDICALE

Biotechnologie .....	73
----------------------	----

### PRÉVISION-ÉVALUATION

Etudes prospectives .....	73
Lutte anti-drogue .....	74
Sécurité .....	75

### MÉTHODOLOGIE-STATISTIQUE

Données de survie .....	75
Economie de la santé .....	76
Enquêtes .....	76
Epidémiologie.....	76
Microéconomie .....	77
Sciences sociales .....	77

### DÉMOGRAPHIE-MODE DE VIE

Gestion des âges .....	78
------------------------	----

Logement .....	79
Mortalité .....	79
Population .....	79
Portrait social .....	80
Viellissement de la population .....	80

### **ECONOMIE GÉNÉRALE**

Croissance économique .....	81
Développement durable .....	81
Indicateurs .....	82
Politique industrielle .....	82
Recherche .....	83

### **DOCUMENTATION**

Annuaire .....	83
Classifications .....	83
Dictionnaires .....	84
Lecture rapide .....	84

### **RÉGLEMENTATION**

Réglementation .....	85
----------------------	----

**Index des auteurs..... 87 à 98**

**Carnet d'adresses des éditeurs . 99 à 111**

**Calendrier des colloques..... 113 à 121**



## Références bibliographiques



## POLITIQUE DE SANTÉ

### Bioéthique

28211

RAPPORT

FAGNIEZ (P.L.)

**Rapport sur la mise en application de la loi n°2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.**

Paris : Assemblée Nationale : 2005 : 31p.

B4472

[www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i2206.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i2206.asp)

Ce rapport de l'Assemblée nationale, dont le rapporteur est le député Pierre-Louis Fagniez, fait une évaluation de la mise en application de la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique. Il constate des retards dans la parution des 47 textes réglementaires nécessaires (3 seulement ont été publiés). L'engorgement de la Direction générale de la santé est à nouveau souligné. Par chance, sur les 40 articles de la loi, 24 ne renvoient pas à un texte réglementaire et sont devenus applicables dès le lendemain de la publication de la loi au Journal officiel.

BIOETHIQUE, DROITS PERSONNE, PROTECTION INDIVIDUELLE, DON ORGANE, GENIE GENETIQUE, RECHERCHE MEDICALE, AGENCE SANITAIRE, ASSURANCE MALADIE FRANCE

BILAN, LOI, REGLEMENTATION, EVALUATION

### Efficience

27935

RAPPORT

PARIS (V.), POLTON (D.)

Beratungsgesellschaft für Angewandte Systemforschung. (B.A.S.Y.S.). Augsburg. DEU, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (I.R.D.E.S.). Paris. FRA, Centre d'Etudes de Populations - de Pauvreté et de Politiques Socio-Economiques. (C.E.P.S./Instead). Diffordange. DEU, Inspection Générale de la Sécurité Sociale. (I.G.S.S.). Luxembourg. LUX.

**Development of a methodology for collection and analysis of data on efficiency and effectiveness in health care provision.**

*Développement d'une méthodologie pour le recueil et l'analyse de données sur l'efficience et l'efficacité dans la production de soins.*

Paris : IRDES : 2005 : 143p.

B4730, R1584

<http://forum.europa.eu.int/irc/DownLoad/kxeFA5JDmrGMsf6OH8GUCvEhCxAmSy04u6DmGyjt13HTTCuCWpCpNfEytVUo-TtGV3HJEoS-bEwUIQ0fTWUhVgFfCzj4I1-/T-HbR/>

SHA%20Efficiency%20%26%20Effectiveness%20January%202005.pdf

This report presents a proposal for a set of indicators on health system performance to be developed from the system of health accounts (SHA) and other relevant data in European countries. The proposed indicators relate to four dimensions of health system performance : sustainability, efficiency effectiveness and access including equity. The choice of dimensions, and their related indicators, has been guided by European Union policy objectives for health and health care, and a review of recent and ongoing work on measuring health system performance by academic researchers, national governments and international organisations. This work carried out to produce this report has been done within two Eurostat grant-funded projects : Development of a methodology for collection and analysis data on efficiency and effectiveness in health care provision and system of health accounts in the EU definition of a minimum data set and of additional information needed to analyse and evaluate SHA.

EFFICIENCE, EFFICACITE, SYSTEME SANTE, PERFORMANCE, POLITIQUE SANTE, INDICATEUR, INDICATEUR SANTE, INDICATEUR ECONOMIQUE, COMPTE SANTE, PRODUCTIVITE ACCES SOINS, GEOGRAPHIE SANTE UNION EUROPEENNE METHODOLOGIE, RECUEIL DONNEES, ANALYSE DONNEE, ETUDE COMPAREE, EQUITE

### Réforme

28212

RAPPORT

DUBERNARD (J.M.)

Assemblée Nationale. Paris. FRA

**Rapport sur la mise en application de la loi 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.**

Paris : Assemblée Nationale : 2005 : 280p.

B4473

[www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i2208.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-info/i2208.asp)

Le règlement de l'Assemblée nationale prévoit que six mois après l'adoption d'une loi un rapport sur sa mise en application soit réalisé. C'est cho-

se faite pour la loi du 13 août réformant l'Assurance maladie. Selon le rapport qu'a publié la semaine passée le président de la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Jean-Michel Dubernard, la mise en application technique de la loi "a été exemplaire à plus d'un titre". Le député salue "la grande célérité" avec laquelle les textes d'application ont été publiés. "43 textes réglementaires et deux circulaires d'application de la loi" étaient publiés au 21 mars dernier et "seuls 18 décrets et 6 arrêtés" concernant en grande partie des dispositions dont l'entrée en vigueur est différée restent encore à paraître. "Enfin, vitesse n'a pas été confondue avec précipitation, puisque l'application de la loi a suivi la même démarche qualité que celle ayant présidé à sa conception, avec un effort de concertation, de transparence, de programmation et d'information sans précédent".

ASSURANCE MALADIE, PROCESSUS, PROTECTION INDIVIDUELLE, DONNEE STATISTIQUE, CARTE SANTE, COUVERTURE COMPLEMENTAIRE, CONTRAT, AGENCE SANITAIRE, CONTINUITÉ SOINS, FINANCEMENT SOINS, TIERS PAYANT, CNAMTS, PROTECTION COMPLEMENTAIRE, PROTECTION SOCIALE, RESEAU VILLE HOPITAL, CONVENTION NATIONALE MEDECIN, REGULATION, MAITRISE DEPENSE, MALADIE LONGUE DUREE, OFFRE SOINS, QUALITE SOINS, FORFAIT, ACCES SOINS FRANCE  
EVALUATION, LOI, REGLEMENTATION SANTE

## Santé publique

28213  
RAPPORT  
DUBERNARD (J.M.)  
**Rapport sur la mise en application de la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.**  
Paris : Assemblée Nationale : 2005 : 45p., tabl.  
Le rapport sur la mise en œuvre de la loi de santé publique n° 2004-806 du 9 août 2004, signé par le Pr. Jean-Michel Dubernard, fait ressortir "un taux d'exécution particulièrement faible" résultant du nombre important d'articles de la loi (158) portant sur des sujets très divers. Une "situation regrettable" au regard des "avancées majeures" apportées par ce texte. Plus de 80 articles sont encore inapplicables faute de parution des textes réglementaires indispensables. Les causes de ce "retard très inquiétant" : le nombre de consultations et concertations préalables et "un engorgement du ministère lié à la mise en œuvre simultanée de plusieurs réformes". Les

principaux textes réglementaires en préparation portent sur les instances nationales de gouvernance de la santé publique (conférence nationale de santé, Haut conseil de santé, Comité national de santé publique), sur l'organisation et les missions de l'Inpes, sur les groupements régionaux de santé publique, sur l'Ecole des hautes études en santé publique.

SANTE PUBLIQUE [GENERALITE], PREVENTION SANTE, SECURITE SANITAIRE, CANCER, PSYCHOTHERAPEUTE, SANTE ENVIRONNEMENTALE, EAU, SATURNISME, SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE, RECHERCHE MEDICALE, FORMATION INITIALE, BIOTECHNOLOGIE, PROFESSION SANTE  
FRANCE  
BILAN, EVALUATION, LOI

## Sociologie santé

28156  
OUVRAGE  
FASSIN (D.) / dir., MEMMI (D.) / dir.  
**Le gouvernement des corps.**  
Paris : Ecole des hautes études en sciences sociales : 2004 : 269p.  
A3204  
Cet ouvrage propose une sociologie du corps en analysant le nouveau statut que lui confère l'actualité sociale et scientifique. Il aborde ainsi la biopolitique tout en analysant les effets des professions et des institutions de la santé, et montre comment les sociétés contemporaines interviennent dans le domaine du corps en définissant les limites et les usages légitimes.

SOCIOLOGIE SANTE, EDUCATION SANTE, CAMPAGNE INFORMATION, REGULATION, PREVENTION SANTE, SEXUALITE, VIEILLISSEMENT, PERSONNE AGEE, TRAVAIL DOMESTIQUE, SOUTIEN INFORMEL, FAMILLE, CORPS, PRODUCTION, VIOLENCE CONJUGALE, MARIAGE, PRISONNIER, MORT, REPRESENTATION CORPS, REPRESENTATION SANTE, REPRESENTATION SOCIALE, REPRESENTATION MORT, REPRESENTATION VIEILLESSE, HOMOSEXUALITE  
SOCIOLOGIE, REGLEMENTATION, STATUT, NORME SOCIALE

## Soins palliatifs

26427

RAPPORT

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.). Paris. FRA, Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs. (S.F.A.P.). Paris. FRA / collab.

**L'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches - Conférence de consensus - Mercredi 14 et jeudi 15 janvier 2004 - Faculté Xavier-Bichat : texte des recommandations (version longue).**

Paris : ANAES : 2004/01/14-15 : 54p.

c, B4504

<http://www.anaes.fr/ANAES/anaesparametre.nsf/Page?ReadForm&Section=/anaes/SiteWeb.nsf/wRubriquesID/APEH-3YTFUH?OpenDocument&Default=y&>

Ce rapport développe des propositions précises en matière d'accompagnement des personnes en fin de vie et de leurs proches et répond plus particulièrement à 5 questions :

- 1 - Accompagner jusqu'au bout ?
- 2 - Comment reconnaître et respecter les attentes, les demandes et les droits des personnes en fin de vie ?
- 3 - Quelles sont la place et les fonctions de la famille et de l'entourage dans la démarche d'accompagnement en institution et à domicile ?
- 4 - Quelles sont les dimensions et la spécificité de la place des bénévoles d'accompagnement ?
- 5 - Comment organiser en pratique la démarche d'accompagnement ?

ACCOMPAGNEMENT MOURANT, SOINS PALLIATIFS, PRATIQUE MEDICALE, RELATION SOIGNANT SOIGNE, VALEUR SOCIALE, SOINS, BESOIN, DEMANDE, MALADE, ENFANT, ADOLESCENT, MALADIE DEGENERATIVE, FONCTION COGNITIVE, SERVICE URGENCE, REANIMATION, PERSONNE AGEE, EXCLU, RELATION FAMILLE SOIGNANT, CULTURE, DROITS MALADE, BENEVOLAT, PROFESSION SANTE FRANCE RECOMMANDATION ▲

27579

RAPPORT

LEONETTI (J.)

Assemblée Nationale. Mission d'Information. Paris. FRA

**Respecter la vie, accepter la mort : 2 tomes.**

Paris : Assemblée Nationale : 2004 : 306p.+922p.

A3158

<http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i1708-t1.pdf> - <http://www.assemblee-nationale.fr/12/pdf/rap-info/i1708-t2.pdf>

Notre société dénie la mort et en même temps redoute la fin de vie, qui éveille l'angoisse et la souffrance et l'appréhension de la déchéance. Tel est le constat dressé par la Mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie créée le 15 octobre 2003 à la demande du Président de l'Assemblée nationale. Pour répondre aux attentes des malades et de leurs familles et apaiser les inquiétudes des professions de santé, la mission présente dans ce rapport des recommandations de politique pénale et de santé publique et des propositions de modifications tant du code de la santé publique que du code de déontologie médicale. Ecartant toute dépénalisation de l'euthanasie inspirée de la législation étrangère, sans s'accommoder pour autant du statu quo, ces propositions, fruit de réflexions qui ont emporté le consensus de l'ensemble des membres de la mission, paraissent être les plus adaptées au contexte social et médical français.

REPRESENTATION MORT, SOCIOLOGIE, INNOVATION TECHNOLOGIQUE, FACTEUR SOCIODEMOGRAPHIQUE, FACTEUR SOCIOCULTUREL, MORT, HOPITAL, DECISION MEDICALE, ACCOMPAGNEMENT MOURANT, SOINS PALLIATIFS, EUTHANASIE, DROITS MALADE, ETHIQUE, SUICIDE, PERSONNE AGEE, INFORMATION MALADE, ORGANISATION SOINS, MALADE INCURABLE, PRISE CHARGE MEDICOSOCIALE, CODE PENAL, CODE SANTE PUBLIQUE, CODE DEONTOLOGIE FRANCE, PAYS-BAS, BELGIQUE, DEONTOLOGIE MEDICALE BILAN, ANALYSE PROBLEME, ETUDE COMPAREE, REGLEMENTATION, EVALUATION, PROPOSITION, RECOMMANDATION



## Sondages

27922

RAPPORT

Ipsos Insight Santé. Paris. FRA  
Assurances Générales de France. (A.G.F.). Paris. FRA

**Les Français et la santé : rapport d'étude.**

Paris : Ipsos : 2004 : 20p., tab., graph.

B4719

<http://www.agf.fr/presse>

Réalisé à la demande des AGF, ce rapport rassemble les résultats d'une enquête réalisée par Ipsos auprès d'un échantillon de Français, les 22 et 23 octobre 2004, pour connaître leur opinion sur différents aspects du système de soins fran-

çais : niveau de remboursement actuel des soins, systèmes d'évaluation, systèmes d'information sur la qualité des soins, fiabilité des équipements ...

SOCIOLOGIE SANTE, SYSTEME SANTE, REFORME, POLITIQUE SANTE, REMBOURSEMENT, MAITRISE DEPENSE, QUALITE SOINS, MEDICAMENT, EVALUATION, SYSTEME INFORMATION, MEDECIN  
FRANCE  
SONDAGE OPINION, OPINION PUBLIQUE ▲

27923

RAPPORT

Ipsos. Paris. FRA

Panorama du Médecin. Paris. FRA, Les Echos. Paris. FRA

**Les Français et la réforme de l'assurance maladie.**

Paris : Ipsos : 2004/11 : 18p., tab., graph.

B4720

<http://www.ipsos.fr/Canallpsos/articles/1464.asp>

Selon une étude réalisée par Ipsos pour Les Echos et Panorama du médecin, la majorité de la population préfère changer dès maintenant ses mauvaises habitudes plutôt que de subir des déremboursements massifs par la suite. Les Français affirment aussi apprécier plusieurs mesures de la réforme de l'assurance maladie et se disent prêts à faire de nombreux efforts. Parmi les mesures qui suscitent une adhésion importante, on relève le contrôle des arrêts de travail (89 %), la création du dossier médical partagé (87 %), le développement des médicaments génériques (86 %), le contrôle par les caisses du bien-fondé de certaines prescriptions (72 %) et, à un degré moindre, le médecin traitant (63 %). La mesure la plus contestée reste le versement de l'euro non remboursé pour chaque consultation médicale : 52% y adhèrent, tandis que 47% y sont opposés. Les Français apparaissent plus résignés qu'enthousiastes : si une grande majorité d'entre eux (85 %) est convaincue de la nécessité de limiter les dépenses de santé, 51 % estiment que c'est le seul objectif de la réforme, contre 41 % qui perçoivent aussi une recherche d'amélioration des soins. Enfin, les avis restent très partagés sur l'impact du dispositif : 49 % pensent que la réforme permettra d'assurer durablement l'équilibre financier de l'assurance maladie, contre 47 % qui sont d'un avis contraire. Le niveau d'information sur la réforme reste encore limité. Une large majorité de 62 % se dit encore mal informée.

SOCIOLOGIE SANTE, SYSTEME SANTE,

REFORME, POLITIQUE SANTE, USAGER INFORMATION, REMBOURSEMENT, CONTROLE MEDICAL, CONTROLE, PRESCRIPTION, ARRET MALADIE, PRODUIT GENERIQUE, DOSSIER MEDICAL

FRANCE

SONDAGE OPINION, OPINION PUBLIQUE, IMPACT



## Systemes de santé

27402

RAPPORT

KERVASDOUE (J. de), PICHERAL (H.), MACE (J.M.), PELLET (R.), TONNELIER (F.)

Fédération Nationale de la Mutualité Française. (F.N.M.F.). Paris. FRA

**Carnet de santé de la France en 2004 : santé et territoire.**

Paris : FNMF ; Dunod : 2004 : 211p., tabl., graph., fig.

Ac3137

Les fortes inégalités des Français en matière de santé selon leur région de résidence sont aujourd'hui connues. Les médecins, les hôpitaux, les cliniques, les pharmacies, et même les équipements les plus récents (scanners, appareils de résonance magnétique ...) ne sont pas répartis de manière équitable bien entendu, ces inégalités se retrouvent dans les dépenses de santé. Mais la dénonciation de ce regrettable état de fait ne suffit plus, d'autant qu'en rapprochant les différents types d'inégalités, elles ne se recouvrent pas. Cette nouvelle version du " Carnet de santé en France " présente une analyse du système de santé français en rapprochant territoires de la santé, médecine et économie.

ECONOMIE SANTE, POLITIQUE SANTE, GEOGRAPHIE SANTE, MEDECINE VILLE, DEMOGRAPHIE MEDICALE, FINANCEMENT PROTECTION SOCIALE, LOI, REMBOURSEMENT, REFORME, ASSURANCE MALADIE, SYSTEME SANTE, HOPITAL, MEDICAMENT, PREVENTION SANTE, LOGICIEL, PRESCRIPTION, INEGALITE DEVANT SOINS, AMENAGEMENT TERRITOIRE, EXCLU, AIDE MEDICALE GENERALE, ETAT SANTE, PHARMACIE OFFICINE, EQUIPEMENT MATERIEL LOURD, STRUCTURE SOCIALE PERSONNE HANDICAPEE, BESOIN SANTE, PRATIQUE MEDICALE

FRANCE, FRANCE REGION, DEPARTEMENT, EUROPE

SYNTHESE CONNAISSANCE, PLAN, EVALUATION, ETUDE CRITIQUE, HISTORIQUE, ANALYSE SPATIOTEMPORELLE, EVOLUTION, BILAN, ETUDE COMPAREE ▲

27404

RAPPORT

SANDIER (S.), PARIS (V.), POLTON (D.)  
THOMSON (S.) / éd., MOSSIALOS (E.) / éd.  
Organisation Mondiale de la Santé. (O.M.S.).  
Observatoire Européen des Systèmes de Santé.  
Copenhague. DNK

**Health Care Systems in Transition (HiT) :  
France.**

*Systèmes de santé en transition : France.*  
Copenhague : Bureau Régional de l'Europe de  
l'OMS : 2004 : 154p., tab., graph.  
Bc4662, Ac3150, R1558, R1558bis  
<http://www.who.dk/document/E84609.pdf> -  
French version - [http://www.who.dk/document/  
e83126.pdf](http://www.who.dk/document/e83126.pdf) - English version.

Ce document fournit une description analytique  
du système de santé en transition (HiT) de la  
France, ainsi qu'une synthèse des programmes  
de réforme en développement. Le financement,  
l'organisation du système de santé, l'accès aux  
soins sont abordés. Ce rapport a été réalisé par  
l'Observatoire européen des systèmes de santé  
dans le cadre du projet HiT (Health Care Sys-  
tems in Transition). La réforme de l'assurance  
maladie d'août 2004 n'y figure pas.

SYSTEME SANTE, ORGANISATION, PLANI-  
FICATION, REGULATION, FINANCEMENT,  
FINANCEMENT PROTECTION SOCIALE,  
PROTECTION SOCIALE, COUVERTURE SOCIALE,  
ASSURANCE MALADIE, DEPENSE SANTE,  
ORGANISATION SOINS, SOINS SANTE PRIMAIRE,  
PROFESSION SANTE, SOINS AMBULATOIRES,  
HOPITAL, RESSOURCE HUMAINE, FORMATION,  
EVALUATION MEDICALE, MEDICAMENT,  
TECHNOLOGIE MEDICALE, FINANCEMENT,  
BUDGET SANTE, REMUNERATION, PAIE-  
MENT, REFORME, OBJECTIF  
ROYAUME-UNI, PAYS INDUSTRIALISE  
HISTORIQUE, BILAN, SYNTHESE CONNAIS-  
SANCE, DONNEE STATISTIQUE, ETUDE  
COMPAREE ▲

27473

OUVRAGE

MILLS (C.), CAUDRON (J.)

**Le système de santé : résistances et  
alternatives : critique de la contre-réforme  
Douste-Blazy et perspectives.**

Paris : Le Temps des Cerises : 2004 : 86p.

A3149

La loi Douste-Blazy vient d'être adoptée par le  
Parlement contre les aspirations majoritaires de  
la population. Elle ne règlera rien concernant  
l'équilibre financier de l'assurance maladie alors  
qu'elle organise le démantèlement du système  
de santé français, la mise à bas de ses principes  
de solidarité et la violation des fondements éta-

blis en 1945 : l'accès de tous, dans l'équité, à des  
soins de qualité. La Loi Douste-Blazy, qui vient  
de concrétiser la contre-réforme libérale projetée  
depuis le retour de la droite au pouvoir, vise  
avant tout à réduire les dépenses publiques de  
santé et à promouvoir la montée des assurances  
complémentaires et la privatisation. Cet ouvrage  
est un appel au développement des résistances  
contre les mesures libérales dont la gravité se  
révélera progressivement aux yeux des usagers  
du système de santé. Il s'agit désormais de faire  
monter les luttes et les propositions alternatives  
pour une véritable réforme de progrès et d'effica-  
cité de notre système de santé.

SYSTEME SANTE, POLITIQUE SANTE,  
ASSURANCE MALADIE, FINANCEMENT  
PROTECTION SOCIALE, CSG, DOSSIER  
MEDICAL, ORGANISATION, PROTECTION  
SOCIALE, MAITRISE DEPENSE  
FRANCE  
ETUDE CRITIQUE ▲

27474

OUVRAGE

DESTAIS (N.)

**Le système de santé : organisation et  
régulation.**

Paris : Librairie Générale de Droit et de Jurispru-  
dence : 2004 : 256p., tab., index

A3200

Cet ouvrage vise à la fois à décrire le système de  
santé français - les acteurs en présence et leurs  
logiques, les règles qui le régissent, les résultats  
- et à tracer les grandes lignes des débats pré-  
sents ou futurs relatifs à son fonctionnement et à  
son financement. Sans aucun esprit polémique  
et sans dissimuler les facteurs d'incertitude, il  
fournit quelques repères rigoureux pour com-  
prendre les tensions qui traversent le système  
de soins et les enjeux des évolutions entrevues.

SYSTEME SANTE, POLITIQUE SANTE,  
ASSURANCE MALADIE, FINANCEMENT  
PROTECTION SOCIALE, CSG, DOSSIER  
MEDICAL, ORGANISATION, PROTECTION  
SOCIALE, MAITRISE DEPENSE, REGULATION,  
OFFRE SOINS, DEMANDE SANTE, HOPITAL,  
REGLEMENTATION HOSPITALIERE, REFORME  
HOSPITALIERE, MEDECINE LIBERALE,  
PROFESSION SANTE, PROFESSION MEDICALE,  
PROFESSION PARAMEDICALE, DEMOGRAPHIE  
MEDICALE, MEDECIN, CONVENTION NATIONALE  
MEDECIN, RESEAU SOINS COORDONNES,  
PREVENTION SANTE, SANTE PUBLIQUE  
[GENERALITE], CONSOMMATION MEDICALE,  
REDISTRIBUTION, INDICATEUR SANTE,  
VIEILLISSEMENT POPULATION, INEGALITE  
DEVANT SOINS, MORTALITE PREMATUREE,

DISPARITE REGIONALE, INNOVATION MEDICALE, DECENTRALISATION, CONCURRENCE, EFFICACITE, DROIT COMMUNAUTAIRE, ETHIQUE, RELATION MEDECIN MALADE, RESPONSABILITE MEDICALE, ORGANISATION SOINS  
1958-2004  
FRANCE, ROYAUME-UNI, PAYS-BAS, ALLEMAGNE, ETATS-UNIS  
HISTORIQUE, SYNTHESE CONNAISSANCE, ETUDE COMPAREE, EVOLUTION

## PROTECTION SOCIALE

### ■ Généralités

27618

OUVRAGE

MONTALEMBERT (M.) / dir.

**La protection sociale en France : les notices : mise à jour 2004.**

Paris : La Documentation Française : 2004 : 190p., tabl., carte, index, ann.

B4696

Le système de protection sociale, mis en place progressivement depuis 1945 en France, a joué un rôle essentiel dans la politique familiale, l'amélioration des ressources des personnes âgées, la protection des handicapés, la protection des travailleurs, l'accès aux soins de toute la population, etc. Pourtant depuis quelques années, sous l'effet du déséquilibre démographique, de la persistance d'un nombre élevé de chômeurs - et de son corollaire, la pauvreté -, de l'augmentation inflationniste des coûts de santé,... problèmes communs à la plupart des pays d'Europe occidentale, l'Etat-providence et les principes de solidarité sur lesquels repose ce système, ont été mis en cause. De nombreuses réformes sont d'ores et déjà engagées - lois de financement de la Sécurité sociale, maîtrise des dépenses de santé, meilleure prise en compte des besoins des personnes âgées, etc. -, mais des décisions coûteuses restent encore à prendre, sur les retraites, sur la clarification du financement, et l'avenir du paritarisme. Cette nouvelle édition entièrement remaniée fait le point sur la situation dans chaque domaine ; après un bref historique, chaque notice présente les populations concernées, les acteurs compétents, les difficultés rencontrées, ainsi que les mesures

déjà prises ou envisagées pour y remédier. Des annexes et une bibliographie sélective complètent l'ensemble.

PROTECTION SOCIALE, POPULATION, FAMILLE, PERSONNE AGEE, DEPENDANCE, HANDICAP, PAUVRETE, RMI, POLITIQUE VILLE, ETABLISSEMENT SOCIAL, SECURITE SOCIALE, AIDE SOCIALE, AIDE SOCIALE ENFANCE, REGIME RETRAITE, PROTECTION COMPLEMENTAIRE, POLITIQUE FAMILLE, POLITIQUE EMPLOI, CHOMAGE, FORMATION PROFESSIONNELLE, OFFRE SOINS, DEMANDE SANTE, HOPITAL PUBLIC, ETHIQUE, FINANCEMENT PROTECTION SOCIALE, POLITIQUE SOCIALE, POLITIQUE FAMILLE, POLITIQUE DEFAVORISES, ORGANISME PROTECTION SOCIALE, PRESTATION SOCIALE FRANCE, FRANCE REGION, EUROPE, DEPARTEMENT, DOM, TOM  
DONNEE STATISTIQUE, BIBLIOGRAPHIE, HISTORIQUE

### ■ Allocation personnelle

28137

OUVRAGE

LEROUX (A.)

**Eliminer la pauvreté en France avec l'allocation personnelle.**

Paris : Economica : 2004 : 153p.

A3196

L'allocation personnelle est un dispositif d'assistance conçu pour remplacer celui que nous connaissons aujourd'hui en France. L'allocation personnelle ne constitue donc pas une mesure supplémentaire venant compléter la vingtaine d'allocations qui ont chez nous pour objectif principal de faire reculer la pauvreté (RMI, allocations familiales, allocations logement, minimum vieillesse, etc.). Elle les remplace. Ce qui signifie aussi qu'elle les supprime. L'allocation personnelle est une allocation unique, variable d'une personne à l'autre, attribuée selon une procédure qui n'est plus gérée par un organisme public mais par les citoyens eux-mêmes, se réunissant librement selon leurs affinités pour redistribuer les aides. Nous montrons que si le dispositif de l'allocation personnelle était adopté, nous pourrions éliminer la pauvreté en France, sans rien changer au mode de financement actuel, voire même en l'allégeant. D'où le slogan, qui exprime parfaitement l'ambition du projet : " zéro pauvre, moins d'impôts " ! Ignorer l'allocation personnelle, ne pas en débattre publiquement, revient à cautionner tacitement notre pratique actuelle de l'assistantat, qui condamne près de 4 millions de

personnes (dont 1 million d'enfants) à être " pauvres ". Or s'il est possible de faire autrement, il faut de sérieux arguments pour refuser d'éliminer la pauvreté. Et le silence n'en est pas un.

PRESTATION SECURITE SOCIALE, PAUVRETE, POLITIQUE DEFAVORISES, POLITIQUE SOCIALE, FINANCEMENT, PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE  
FRANCE  
ANALYSE PROBLEME, AIDE DECISION



## Assurance maladie

26393

OUVRAGE,FASCICULE

KOPELMAN (V.) / collab., HACHICHA (S.) / collab., SZEFTTEL (D.) / collab.  
MATALLAH (M.) / dir.

**Panorama de l'assurance santé 2004.**

Paris : JALMA : 2003 : 132p., tabl., graph.  
B4492

<http://www.jalma.fr/pages/panorama/3panoramas.html> - [http://www.jalma.fr/PDF/Pano\\_2004.pdf](http://www.jalma.fr/PDF/Pano_2004.pdf)

Le Panorama de l'Assurance Santé est un ouvrage qui a pour objectif : - de décrire les mutations en cours dans le domaine de l'emploi et de la protection sociale, - de mettre en valeur les innovations en assurance de personnes qui les accompagnent. Il comprend les dossiers suivants : l'assurance maladie à l'heure des bouleversements ; les innovations et expérimentations en cours ; un zoom sur la prévention ; le consumérisme à l'assaut de la santé ; la gestion santé au XXIème siècle ; une enquête sur les internautes et l'assurance santé.

SYSTEME SANTE, POLITIQUE SANTE, IDEOLOGIE, EXPERIENCE PROTECTION COMPLEMENTAIRE, ENTREPRISE, GESTION RISQUE, VIEILLISSEMENT POPULATION, PERSONNE AGEE, DEPENSE SANTE, COUT, CLASSIFICATION , ACTE PROFESSIONNEL, REFORME, ASSURANCE MALADIE, PRISE CHARGE, FINANCEMENT  
FRANCE  
EVOLUTION, ETUDE CRITIQUE, ANALYSE PROBLEME, PROPOSITION



## Cmu

27717

RAPPORT

FROTIEE (B.)

COMMAILLE (J.) / dir., BROCAS (A.M.) / coll.

Groupe d'Analyse des Politiques Publiques. (G.A.P.P.). Ecole Normale Supérieure. (E.N.S.). Cachan. FRA

**La fabrique du droit social : l'exemple de la CMU : rapport au Fonds CMU.**

Cachan : Gapp : 2004/11 : 151p.

B4704

[http://www.cmu.fr/userdocs/221-](http://www.cmu.fr/userdocs/221-5%20Fabrique%20droit%20pour%20CMU.doc)

[5%20Fabrique%20droit%20pour%20CMU.doc](http://www.cmu.fr/userdocs/221-5%20Fabrique%20droit%20pour%20CMU.doc)

La réforme du système d'assurance maladie introduite par la mise en vigueur de la loi CMU le 1er janvier 2000 offre un champ d'observation sur la manière dont les acteurs interagissent dans la gestion du social. Cette recherche propose de reconstituer le processus de production de cette réforme qui a conduit à cette loi. Dans ce rapport sont présentés les résultats de cette recherche. Cette présentation est organisée en trois parties qui permettent chacune de reconstituer le processus de réforme concerné. La première partie est consacrée à la mise sur agenda de la CMU. Plus précisément, la question de la CMU est insérée dans la dynamique plus large de la généralisation et de l'universalisation du système français d'assurance maladie à l'origine de sa mise à l'agenda politique. Dans la deuxième partie les forces sociales et politiques impliquées dans le débat sont décrites et confrontées aux principaux enjeux qu'il révèle. Dans la dernière partie, la CMU est resituée dans l'évolution générale des caisses de la branche maladie de la Sécurité sociale.

ASSURANCE MALADIE, REGIME GENERAL, REFORME, SYSTEME SANTE, POLITIQUE SANTE  
FRANCE  
PROCESSUS ▲

28197

RAPPORT

GRIGNON (M.), PERRONNIN (M.)

Fonds de Financement de la Protection Complémentaire Universelle du Risque Maladie. Fonds CMU. FRA

**Mesure empirique de la valeur économique de la couverture complémentaire maladie universelle pour ses bénéficiaires, à partir des données de l'assurance maladie et d'une enquête auprès des ménages.**

Paris : Fonds CMU : 2004/03 : 56 p.

R1588, B4478

<http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?id=3&cat=84>  
Cette étude, réalisée pour le Fonds CMU, mesure l'impact de la Couverture maladie universelle (CMU) sur la consommation de soins.

ANALYSE ECONOMIQUE, DEPENSE SANTE, REMBOURSEMENT, RISQUE, COUVERTURE SOCIALE, PROTECTION SOCIALE, PROTECTION COMPLEMENTAIRE, QUESTIONNAIRE, CONSOMMATION MEDICALE  
FRANCE  
MODELE, METHODOLOGIE, THEORIE, ENQUETE, DONNEE STATISTIQUE

## Couverture complémentaire

28113

NOTE

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

**Les couvertures complémentaires maladie.**

Paris : HCAAM : 2005/02 : 136p., fig., tab., carte  
B4739

Comme la Sécurité sociale ne prend pas en charge totalement les dépenses de soins et d'arrêt de travail, les entreprises et les institutions de protection complémentaire viennent en relais des régimes de base. Les pouvoirs publics ont constamment soutenu l'aspiration des ménages à un haut degré de protection en assortissant les contrats de couverture complémentaire d'aides diverses et en soulageant le taux d'effort des ménages les plus pauvres. Ils ont par ailleurs mis en place des règles de gestion, de prudence et de tutelle évitant les pratiques de sélection abusives ou les modifications unilatérales des contrats. Ils ont encouragé les systèmes mettant en œuvre la mutualisation des risques et le caractère viager des contrats. Mais malgré cela et à la différence de la couverture de base, la couverture complémentaire n'est pas uniforme (couverture, garanties, coût...). Cette étude tente de répondre à cinq problématiques : celui des lacunes dans la connaissance et l'évaluation de la protection sociale complémentaire, celui du renoncement aux soins, celui de l'excès de dépenses, celui du taux d'effort des ménages et celui de la gestion du risque.

PROTECTION COMPLEMENTAIRE, COUVERTURE COMPLEMENTAIRE, BENEFICIAIRE, COUT SANTE, RECOURS SOINS, CONSOMMATION MEDICALE, FINANCEMENT PROTECTION SOCIALE, MENAGE, GESTION RISQUE, ORGANISME PROTECTION SOCIALE, EXCLU, RENONCEMENT SOINS  
FRANCE

EVALUATION, ANALYSE PROBLEME

## C.T.I.P.

27438

RAPPORT

Centre Technique des Institutions de Prévoyance. (C.T.I.P.). Paris. FRA

**Rapport annuel 2003.**

Paris : CTIP : 2004/10 : 45p., tabl., graph.  
c, B4676

[http://www.ctip.asso.fr/fichiers\\_pdf/CTIP-RA2003.pdf](http://www.ctip.asso.fr/fichiers_pdf/CTIP-RA2003.pdf)

Le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) présente les résultats des 73 institutions de prévoyance membres du CTIP pour l'année 2003 : prévoyance collective, activité des institutions, action sociale, organisation du CTIP...

PROTECTION COMPLEMENTAIRE, REGIME COMPLEMENTAIRE, ASSURE SOCIAL, COUVERTURE SOCIALE, ACTIVITE, ENTREPRISE, REMBOURSEMENT, MUTUELLE  
FRANCE  
DONNEE STATISTIQUE, RAPPORT ACTIVITE

## Maladies professionnelles

28184

RAPPORT

EUROGIP. Groupement de l'Institution Prévention de la Sécurité Sociale. Paris. FRA

**La branche "accidents du travail - maladies professionnelles" dans les pays de l'UE-15 : gestion, organisation, missions.**

Paris : Eurogip : 2005/01 : 13p., ann.  
B4764

<http://www.eurogip.fr/pdf/Eurogip-18F%20Branche%20AT-MP.pdf>

A la demande de la Cnamts, Eurogip a réalisé une enquête pour apporter un éclairage européen sur une question qui fait, depuis quelques temps, l'objet de débats : l'organisation de la branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) au sein de la Sécurité sociale. Le fait que presque tous les pays de l'Union européenne à quinze soient dotés d'une assurance spécifique contre les risques professionnels ne doit pas masquer les différences qui existent entre eux, que ce soit au niveau de l'organisation, des modes de gestion ou des missions de cette assurance. Cette étude publie les résultats de cette enquête.

MALADIE PROFESSIONNELLE, ASSURANCE INVALIDITE, ACCIDENT TRAVAIL, GESTION, ORGANISATION  
EUROPE, PAYS-BAS, BELGIQUE, FRANCE, ITALIE, PORTUGAL, DANEMARK, SUEDE, FINLANDE  
ETUDE COMPAREE, REGLEMENTATION, DONNEE STATISTIQUE, DEFINITION, ENQUETE

## Politique sociale

27749

OUVRAGE

*FARRELL (G.) / préf., OLIVERI (F.) / préf.*

Conseil de l'Europe. Division pour le Développement de la Cohésion Sociale. Strasbourg. FRA

***Security through social cohesion : proposals for a new socioeconomic governance.***

*L'approche de la sécurité par la cohésion sociale : propositions pour une nouvelle gouvernance socio-économique.*

Strasbourg : Conseil de l'Europe : 2004 : 280p.

A3175

[http://book.coe.int/FR/ficheouvrage.php?PA-GEID=36&lang=FR&produit\\_aliasid=1859](http://book.coe.int/FR/ficheouvrage.php?PA-GEID=36&lang=FR&produit_aliasid=1859)

Sans nier l'importance de l'ordre public, le présent ouvrage veut souligner que pour assurer une véritable sécurité à la population, il faut une action à long terme permettant de renforcer la justice, les liens sociaux et la vie en commun. Le danger serait, autrement, de remplacer la cohésion positive, fondée sur l'acceptation d'une responsabilité mutuelle et de la solidarité, par une cohésion négative, fondée sur la peur et la mise en place de barrières contre des groupes perçus comme menaçants.

SECURITE, POLITIQUE SOCIALE, INSECURITE, RISQUE, PERCEPTION, DEMANDE, DEMOCRATIE, DROITS PERSONNE, EGALITE CHANCE, EGALITE SOCIALE, TRAVAIL, INTEGRATION SOCIALE, INTEGRATION PROFESSIONNELLE, DECENTRALISATION, ADMINISTRATION ETAT, PROTECTION SOCIALE, POLITIQUE ECONOMIQUE, FINANCEMENT, REFORME, SYSTEME SANTE, RETRAITE, HABITAT, CHOMAGE, INEGALITE SOCIALE, ANALYSE ECONOMIQUE, POLITIQUE EMPLOI, PLANIFICATION SOCIALE, BIEN ETRE, PROGRAMME, VILLE, COUVERTURE SOCIALE, SOLIDARITE  
HONGRIE, ALLEMAGNE, BERLIN, QUARTIER, EUROPE  
EXPERIENCE, MODELE, ANALYSE PROBLEME, AIDE DECISION, PROPOSITION ▲

28239

CHAPITRE

Conseil de l'Europe. Division pour le Développement de la Cohésion Sociale. Strasbourg. FRA  
***Insécurité, marginalité sociale et exclusion politique des quartiers populaires français : quelles origines et quelles alternatives ?***

*L'approche de la sécurité par la cohésion sociale : déconstruire la peur (des autres) en allant au-delà des stéréotypes.*

Strasbourg : Conseil de l'Europe : 2005/01 : 133p.

A3211

Cet article tente d'analyser pourquoi le thème de l'insécurité dans les banlieues françaises est devenu un sujet récurrent depuis les années 1990 dans le débat politique, électoral et médiatique. Il s'intéresse d'abord aux transformations morphologiques et sociales des quartiers populaires, aux évolutions des modes d'appréhension de la violence des adolescents de ces quartiers et à l'engagement sans cesse accru des forces de police dans la résolution de ces désordres urbains. En conclusion, il ébauche quelques pistes de réflexion pour sortir de l'impasse actuelle, qui, en reformulant la question sociale en question de sécurité, relègue une bonne partie de nos concitoyens au rang de nouveaux barbares.

POLITIQUE SOCIALE, SECURITE, INSECURITE, EXCLU, POPULATION DEFAVORISEE, VIOLENCE, ADOLESCENT  
FRANCE, QUARTIER, BANLIEUE, MILIEU URBAIN HISTORIQUE, SOCIOLOGIE

## PRÉVENTION SANTÉ



### Aide décision

27581

OUVRAGE

*ALLIN (S.), MOSSIALOS (E.), McKEE (M.), HOLLAND (W.)*

***Making decision on public health : a review of eight countries.***

*La prise de décision en santé publique : un aperçu dans huit pays.*

Bruxelles : OMS, Observatoire européen sur les systèmes et la politique de santé : 2004 : 97p., index

A3156

Smoking, hazardous drinking, fast driving, un-

healthy eating, unsafe sex. These are just some of the things that pose a threat to the health of populations everywhere. Although they are to some extent under the control of individuals, the decisions that people make are powerfully shaped by societal, commercial and other forces. If these threats to health are to be tackled effectively, then there must be an effective societal response, involving governments at all levels, civil society and international agencies. The diversity of policies that have been adopted by different countries provides enormous scope for mutual learning. However, too many of these policies are poorly documented and many are little known outside their countries of origin. This book begins to tackle this situation by bringing together accounts of public health policies from eight industrialized countries. Originally assembled to inform the UK Treasury's Wanless Report, it provides much information that will be of value to health policy-makers.

SANTE PUBLIQUE [GENERALITE], PREVENTION SANTE, POLITIQUE SANTE, COMPORTEMENT SANTE, SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE, INFECTION, FACTEUR SOCIOCULTUREL, FACTEUR SOCIODEMOGRAPHIQUE, FACTEUR SOCIOECONOMIQUE, ETAT SANTE, INDICATEUR SANTE, PREVENTION SECONDAIRE, PREVENTION PRIMAIRE, DEPISTAGE, FINANCEMENT FRANCE, ROYAUME-UNI, DANEMARK, CANADA, AUSTRALIE, FINLANDE, ALLEMAGNE, SUEDE ETUDE COMPAREE, AIDE DECISION, METHODOLOGIE, ETUDE CAS, CHOIX PRIORITE

## Cancer

28057  
DOCUMENT DE TRAVAIL  
*HONORE (B.E.), LIERAS-MUNEY (A.)*  
National Bureau of Economic Research  
(N.B.E.R.). Cambridge CA. USA  
***Bounds in competing risks models and the war on cancer.***  
*Limites au niveau de la concurrence des modèles de risques et la guerre contre le cancer.*  
NBER Working Paper Series ; n° 10963.  
Cambridge : NBER : 2004/12 : 53p., tabl., graph., fig.  
P193  
[www.nber.org/papers/w10963](http://www.nber.org/papers/w10963)  
In 1971 President Nixon declared war on cancer and increased the federal funds allocated to cancer research dramatically. Thirty years later, many have declared this war a failure. Overall cancer statistics confirm this view: age-adjusted mortality in 2000 was essentially unchanged

from the early 1970s. At the same time, age-adjusted mortality rates from cardiovascular disease have fallen quite dramatically. Since the causes underlying cancer and cardiovascular disease are likely to be correlated, the decline in mortality rates from cardiovascular disease may be somewhat responsible for the rise in cancer mortality. It is natural to model mortality with more than one cause of death as a competing risks model. Such models are fundamentally unidentified, and it is therefore difficult to get a clear picture of the progress in cancer. This paper derives bounds for aspects of the underlying distributions under a number of different assumptions. Most importantly, we do not assume that the underlying risks are independent, and impose weak parametric assumptions in order to obtain identification. The theoretical contribution of the paper is to provide a framework to estimate competing risk models with interval data and discrete explanatory variables, both of which are common in empirical applications. We use our method to estimate changes in cancer and cardiovascular mortality since 1970. The estimated bounds for the effect of time on the duration until death for either cause are fairly tight and we find that trends in cancer show much larger improvements than previously estimated. For example, we find that time until death from cancer increased by about 10% for white males and 20% for white women.

PREVENTION SANTE, GESTION RISQUE, PROGRAMME SANTE, MORTALITE, MORTALITE EVITABLE, MORBIDITE, SEXE, NATIONALITE, APPAREIL CIRCULATOIRE [PATHOLOGIE], CANCER  
ETATS-UNIS  
MODELE, EVALUATION, ANALYSE CHRONOLOGIQUE

## Maladies professionnelles

27407  
DOSSIER DOCUMENTAIRE  
Ministère du Travail - de l'Emploi et de la Cohésion Sociale. Paris. FRA  
***Le système français de prévention des risques professionnels.***  
Paris : Ministère du Travail - de l'Emploi et de la Cohésion Sociale : 2001 : 25p, 2 graph.  
c, B4664  
<http://www.sante-securite.travail.gouv.fr/systeme/presentation.asp>  
Ce dossier sur la prévention des risques professionnels en France est disponible sur le site spécialisé sur la santé et la sécurité au travail du

Ministère chargé du travail et imprimé en 2001. Le dossier comprend un rappel de quelques repères historiques, un schéma général du système de prévention, et une description des différents acteurs du système, en entreprise, et hors entreprise.

PREVENTION, RISQUE PROFESSIONNEL, HYGIENE & SECURITE, CONDITION TRAVAIL, ACTEUR, ENTREPRISE, EMPLOYEUR, SERVICE MEDICAL TRAVAIL, SALARIE, REPRESENTATION PERSONNEL, MINISTERE TRAVAIL, INSPECTION DU TRAVAIL, ORGANISME PROTECTION SOCIALE, INRS, ANACT,, ORGANISME PROFESSIONNEL, BATIMENT, OPRI, OBJECTIF FRANCE  
HISTORIQUE, REGLEMENTATION, ORGANISATION, ORGANIGRAMME

## Périnatalité

28224

RAPPORT

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Paris. FRA

**Plan "Périnatalité" 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité.**

Paris : Ministère chargé de la santé : 2004 : 42p.  
A la suite du rapport sur la périnatalité élaboré par trois experts (Pr. BREART, Pr. PUECH, Pr. ROZE), le ministre de la Santé et de la Protection sociale Philippe Douste-Blazy a décidé de mettre en œuvre un plan d'action ambitieux pour moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance. Ce plan doit permettre, en 2008, de réduire d'une part la mortalité périnatale de 15% (soit 5,5 pour 1 000 naissances contre 6,5 actuellement), et d'autre part, la mortalité maternelle de plus de 40% (soit de 5 pour 100 000 contre 9 actuellement). Il vise à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche, et à aménager les conditions d'exercice des professionnels de la naissance. Il privilégie la participation des usagers à l'élaboration de la politique périnatale, à travers la création d'une commission nationale de la naissance, qui fédérera les commissions régionales de la naissance. Ses mesures s'étaleront sur 3 ans et mobiliseront plus de 270 millions d'€ de crédits, dont 160 en 2005.

PERINATALOGIE, PERINATALITE, PROGRAMME SANTE, SECURITE, NAISSANCE, RESEAU SOINS COORDONNES, QUALITE SOINS, EXCLU, POPULATION DEFAVORISEE, ACCOMPAGNEMENT SOCIAL, HANDICAP, PRISE CHARGE

MEDICOSOCIALE, NOUVEAU NE, MORTI-NATALITE, MORTALITE INFANTILE, MORTALITE MATERNELLE, UTILISATION SERVICE, PMI, SAGE FEMME, TRANSPORT SANITAIRE, NEONATOLOGIE, REANIMATION, PEDIATRIE, GROSSESSE RISQUE, ECHOGRAPHIE, PROCREATION ARTIFICIELLE, COMPETENCE MEDICALE, GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE, ANESTHESIE , MEDECIN GENERALISTE, PERFORMANCE, EFFICACITE, TARIFICATION SANTE, COUT SANTE  
FRANCE  
PLAN, RECOMMANDATION, SYSTEME INFORMATION

## Recommandation

27526

NOTE

Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie. (H.C.A.A.M.). Paris. FRA

**Assurance-maladie et prévention : pour un engagement plus efficient de tous les acteurs.**

Paris : HCAAM : 2004/11 : 40p., fig., tab., carte B4690

[http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/avis\\_hautconseil/avis\\_151104.pdf](http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/avis_hautconseil/avis_151104.pdf)

Le retard de la France en matière de prévention et le rôle que peut jouer l'assurance maladie dans le domaine de l'éducation à la santé avait été souligné dans le rapport du 23 janvier 2004 du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Dans un avis intitulé "Assurance maladie et prévention : pour un engagement plus efficient", le Haut conseil constate que notre système de santé souffre d'une insuffisante capacité à prévenir les maladies et accidents évitables. Selon lui, la cause de cette carence n'est à rechercher ni exclusivement, ni même prioritairement du côté d'une insuffisance des sommes consacrées aux actions de prévention. Elle réside plutôt dans le manque de mobilisation et de structuration de tout notre système de soins - et également de notre système de prise en charge - autour d'objectifs de santé publique. C'est dans cette perspective que cet avis examine la place et le rôle de l'assurance maladie dans les questions de prévention.

PREVENTION SANTE, ORGANISATION SOINS, ACTEUR, COUT SANTE, DISPARITE REGIONALE, INEGALITE SOCIALE, MORTALITE EVITABLE, SEXE, ASSURANCE MALADIE, EDUCATION SANTE  
FRANCE, EUROPE  
EVALUATION, ANALYSE PROBLEME, RECOM-

MANDATION, ETUDE COMPAREE, DONNEE STATISTIQUE

## Tuberculose

27645

OUVRAGE

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA

Direction Générale de la Santé. (D.G.S.). Paris. FRA

**Tuberculose : place de la vaccination dans la maîtrise de la maladie.**

Paris : INSERM : 2004 : 281p., tabl.

A3169

Malgré sa décroissance régulière au cours des dernières décennies, la tuberculose reste fréquente dans les populations issues des pays à forte endémie, même chez leurs enfants nés en France. La mise en œuvre rapide du traitement des patients et le dépistage dans leur environnement sont les conditions indispensables à l'arrêt de la dispersion de la contamination. La vaccination est un élément important de la prévention des formes sévères chez l'enfant. A la demande de la Direction générale de la santé, l'Inserm a mis en place une expertise collective qui a traité ces questions et en particulier la place de la vaccination dans le programme de maîtrise de la maladie. Ce rapport présente les résultats de cette expertise.

TUBERCULOSE, PREVENTION SANTE, VACCINATION, DEPISTAGE, DIAGNOSTIC, THERAPEUTIQUE, EPIDEMIOLOGIE, MORTALITE, MORBIDITE, BCG, IMPACT, ANALYSE COUT EFFICACITE, ANALYSE COUT AVANTAGE, EFFICACITE, AGE, NATIONALITE, ETRANGER, PROGRAMME SANTE, CONTAMINATION, ENFANT FRANCE, EUROPE

SYNTHESE CONNAISSANCE, BILAN, RECOMMANDATION, DONNEE STATISTIQUE, ETUDE CAS

## Violence

27921

RAPPORT

*DOUSTE-BLAZY (P.) / préf.*

Haut Comité de la Santé Publique. (H.C.S.P.). Paris. FRA

**Violences et santé.**

Rennes : ENSP : 2004 : 160p.

A3184

Ce rapport explore les différents domaines d'ex-

pression de la violence dans la société contemporaine : violences familiales et conjugales, maltraitance des enfants ou des personnes âgées, violences chez les jeunes, violence routière, violence sur le lieu de travail et suicide. Il met l'accent sur le fait que la violence prend de nos jours une acuité particulière liée à la complexité de la vie sociale au sein de laquelle se construit désormais l'individu. Phénomène protéiforme, la violence est issue de situations individuelles ou collectives très diverses qui s'interpénètrent et rendent complexe l'analyse des déterminants et l'élaboration de mesures de prévention. Le Haut comité de la santé publique interroge la nature de cette intervention en termes de santé publique. A quel stade de développement de la violence se situe-t-elle ? Comment se déterminent les champs de compétence des différentes spécialités et responsabilités ? Ces interrogations évoquent la multiplicité des approches à mettre en œuvre. C'est pourquoi la démarche adoptée par le rapport du HCSP s'inscrit dans une volonté de fédérer les différents types d'action envisageables autour des impératifs de pédagogie, d'information, de médiation, de diffusion et d'évaluation des initiatives de terrain.

VIOLENCE, VIOLENCE CONJUGALE, SEVICE SEXUEL, MALTRAITANCE, ENFANT, ADOLESCENT, FEMME, ECOLE, INSECURITE, ACCIDENT CIRCULATION, CONDITION TRAVAIL, TRAVAIL, PERSONNE AGEE, HEBERGEMENT SOCIAL, SUICIDE, PREVENTION, TENTATIVE SUICIDE, FACTEUR RISQUE, PREVENTION SANTE, EDUCATION SANTE

FRANCE

EVALUATION, BILAN, RECOMMANDATION, CHOIX PRIORITE, ENQUETE, ACTION TERRAIN

## DÉPENSES DE SANTÉ

### Arrêts maladies

27760

RAPPORT

*POUTIGNAT (N.), ZIVI (C.)*

*XERRI (B.) / dir. , MIDY (F.) / dir. , RUMEAU-PICHON (C.) / dir.*

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.). Saint Denis. FRA

**Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques.**

Saint Denis : Anaes : 2004/09 : 82p.

B4711

[http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA\\_MIGZ-685DXC/\\$File/Arrets%20travail\\_rap.pdf?OpenElement](http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf/nPDFFile/RA_MIGZ-685DXC/$File/Arrets%20travail_rap.pdf?OpenElement)

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) a saisi l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) pour préparer un argumentaire à utiliser dans le cadre d'un accord de bon usage de soins (AcBUS) concernant la prescription des arrêts de travail pris en charge par la branche maladie. Deux objectifs ont été fixés à ce travail : faire un état des lieux de la situation concernant les arrêts maladie, à partir d'une revue de la littérature ; établir des propositions pour améliorer la pratique de prescription des arrêts maladie, à partir d'une étude qualitative.

ASSURANCE MALADIE, ARRET TRAVAIL, REFORME, REGLEMENTATION, PRESCRIPTION, COUT, AGE, SEXE, PCS, FACTEUR SOCIOECONOMIQUE, INDEMNITE JOURNALIERE, POLITIQUE SANTE, SECURITE SOCIALE, DEPENSE SANTE, REMBOURSEMENT FRANCE, FRANCE REGION, ALLEMAGNE, AUTRICHE, BELGIQUE, DANEMARK, FINLANDE, NORVEGE, PAYS-BAS, SUEDE, SUISSE, ROYAUME-UNI  
ETUDE COMPAREE, EVALUATION ECONOMIQUE, BIBLIOGRAPHIE, BILAN ▲

27761

RAPPORT

*POUTIGNAT (N.), ZIVI (C.)  
XERRI (B.) / dir. , MIDY (F.) / dir. , RUMEAU-PICHON (C.) / dir.*

Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (A.N.A.E.S.). Saint Denis. FRA

**Arrêts maladie : état des lieux et propositions pour l'amélioration des pratiques. Synthèse et perspectives.**

Saint Denis : Anaes : 2004/09 : 9p.

B4712

[http://www.anaes.fr/ANAES/ANAESparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/ANAES/presse.nsf/\(ID\)/BEA8072E1C61E2F6C1256F800054BCAB?opendocument](http://www.anaes.fr/ANAES/ANAESparametrage.nsf/Page?ReadForm&Section=/ANAES/presse.nsf/(ID)/BEA8072E1C61E2F6C1256F800054BCAB?opendocument)

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) a saisi l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) pour préparer un argumentaire à utiliser dans le cadre d'un accord de bon usage de soins (AcBUS) concernant la prescription des arrêts de travail pris en charge par la branche maladie. Deux objectifs ont été fixés à ce travail : faire un état des lieux de la situation concernant les arrêts maladie, à partir d'une revue de la

littérature ; établir des propositions pour améliorer la pratique de prescription des arrêts maladie, à partir d'une étude qualitative. Ce document propose la synthèse du rapport ainsi que les perspectives.

ASSURANCE MALADIE, ARRET TRAVAIL, REFORME, REGLEMENTATION, PRESCRIPTION, PRATIQUE MEDICALE, COUT, AGE, SEXE, PCS, FACTEUR SOCIOECONOMIQUE, INDEMNITE JOURNALIERE , POLITIQUE SANTE, SECURITE SOCIALE , DEPENSE SANTE, REMBOURSEMENT FRANCE  
RECOMMANDATION, EVALUATION ECONOMIQUE, BIBLIOGRAPHIE, BILAN

## INDICATEURS DE SANTÉ

### Asthme

27429

OUVRAGE

*DUROUX (P.), BOUCAUD (M. de), LE BORGNE (M.D.)*

**Mieux vivre avec l'asthme.**

Paris : Editions Odile Jacob : 2002/11 : 146p.

A3140

Comment mieux vivre avec l'asthme ? Comment gérer les crises, repérer les signes avant-coureurs ? Comment éviter le stress et les angoisses ? Comment bien vivre le traitement pour mieux le suivre ? Comment gérer le quotidien en famille, à l'école, au travail ? Sont réunis, pour la première fois dans un livre, un pneumologue, un psychiatre et une asthmatique : parce que la dimension psychologique est au cœur de la thérapeutique, parce qu'en partageant l'expérience d'autres malades, on apprend à mieux se connaître, à mieux se soigner et à mieux vivre avec l'asthme.

ASTHME, DIAGNOSTIC, THERAPEUTIQUE, DEPISTAGE, PREVENTION SANTE, EDUCATION SANTE, CONDITION VIE, PROGRAMME SANTE, THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE, RELATION MEDECIN MALADE, MORBIDITE RESSENTIE FRANCE

## Cancer

27616

RAPPORT

REMONTET (L.), BUEMI (A.), VELTEN (M.),  
JOUGLA (E.), ESTEVE (J.)

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Paris. FRA, Institut de Veille Sanitaire. (I.N.V.S.). Paris. FRA, Réseau Français des Registres du Cancer. (R.F.R.C.). Toulouse. FRA

### **Evolution de l'incidence de la mortalité par cancer de 1978 à 2000.**

Paris : INSERM, Paris : INVS : 2003/12 : 217p.  
La quantification de l'incidence du cancer (la fréquence du nombre de nouveaux cas) est essentielle dans le cadre de la mise en place d'une politique de prévention, de l'étude des facteurs étiologiques ou de l'évaluation des besoins en termes de prise en charge initiale de cette maladie. Les résultats fournis dans ce rapport constituent une référence actualisée de l'étude précédente (1975-1985) et correspondent à une estimation de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1978 à 2000. Le rapport présente de façon standardisée une analyse détaillée et commentée pour l'ensemble des cancers et pour chacune des 21 localisations cancéreuses étudiées chez les hommes et pour chacune des 24 localisations étudiées chez les femmes. On trouve également dans ce rapport des études comparatives des données de départements couverts par un registre et des comparaisons européennes.

INCIDENCE, MORTALITE, REGISTRE MALADIE, CAUSE DECES, CANCER, AGE, SEXE, ORL, OESOPHAGE, ESTOMAC, COLON, POUMON, UTERUS, OVAIRE, SEIN, PROSTATE, VESSIE, MELANOME, REIN, HEMOPATHIE, LEUCEMIE, LEUCOCYTE, CLASSIFICATION MALADIES, ETAT SANTE  
FRANC REGION, EUROPE, DEPARTEMENT  
ETUDE COHORTE, DONNEE STATISTIQUE, EVOLUTION, ETUDE COMPAREE

## Maladies professionnelles

27947

OUVRAGE

VOLKOFF (S.), CRISTOFARI (M.F.), GADBOIS (C.), LAVILLE (A.), MOLINIE (A.F.), PRUNIER-POULMAIRE (S.), STOCK (S.), VEZINA (N.)

### **L'ergonomie et les chiffres de la santé au travail : ressources, tensions et pièges.**

Toulouse : Octarès Editions : 2005 : 244p.

A3186

Cet ouvrage repose sur le partage d'une expérience et une préoccupation. L'expérience : celle d'utiliser, et souvent de produire soi-même, dans le contexte de démarches ergonomiques, des analyses quantitatives en santé au travail. La préoccupation : celle de ne pas se laisser gouverner par les chiffres, d'en maîtriser autant que possible l'élaboration et l'usage, et pour cela de réfléchir à la place de ces outils dans la méthodologie ergonomique. En matière de santé au travail, faut-il se défier des chiffres, au point de renoncer à les utiliser ou à les produire ? Faut-il au contraire en attendre une vérité révélée ? A l'usage, on se rend compte qu'avec ce qu'il faut de rigueur pour définir des objectifs, choisir des méthodes, commenter les résultats, mettre en débat ces résultats eux-mêmes et leur mode d'élaboration, les chiffres valent la peine d'être fabriqués, et consommés ... avec modération.

TRAVAIL, ETAT SANTE, MALADIE PROFESSIONNELLE, STATISTIQUE, MESURE, MESURE SANTE, SALARIE

DONNEE STATISTIQUE, SYSTEME INFORMATION, ENQUETE, FIABILITE, ANALYSE DONNEE, ERGONOMIE, THEORIE, ENQUETE LONGITUDINALE, BIBLIOGRAPHIE, PRODUCTION, RESULTAT

## Nutrition

28140

OUVRAGE

GUILBERT (P.) / éd., PERRIN-ESCALON (H.) / éd., LAMOUREUX (P.) / préf.

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

### **Baromètre santé nutrition 2002.**

Saint-Denis : INPES : 2004 : 259p., tabl., graph., fig.

Ac3198

Faisant suite à la première enquête nationale réalisée en 1996, la deuxième vague du Baromètre santé nutrition constitue une des principales sources d'information pour dresser le tableau actuel et suivre l'évolution des connaissances, attitudes et comportements de la population française en la matière. Réalisée auprès d'un échantillon national représentatif de plus de 3000 personnes âgés de 12 à 75 ans, cette enquête explore en détail le contenu de l'assiette des Français, la structure de leurs repas et l'environnement dans lequel ils se déroulent, mais aussi les connaissances nutritionnelles des personnes interrogées, leurs représentations de

l'alimentation, leur perception de leur propre corpulence et de leur manière de se nourrir. Deux régions opposées géographiquement, le Nord-Pas-de-Calais et le Languedoc-Roussillon, font l'objet d'une analyse spécifique.

NUTRITION, APPORT NUTRITIONNEL, CONSOMMATION ALIMENTAIRE, PREVENTION, ADULTE, ENFANT, ACTIVITE PHYSIQUE, ENQUETE, SPORT, ADOLESCENT, VIANDE, POISSON, OEUF, PRODUIT LAITIER, FRUIT, LEGUME, ATTITUDE, COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, OBESITE, BOISSON, LIEU REPAS, ACHAT ALIMENTAIRE, CONSOMMATEUR, CLASSIFICATION, AGE, SEXE, BOISSON ALCOOLISEE, BOISSON NON ALCOOLISEE, REPRESENTATION  
FRANCE REGION, LANGUEDOC-ROUSSILLON, NORD PAS-DE-CALAIS  
QUESTIONNAIRE, ENQUETE SANTE, DONNEE STATISTIQUE, METHODOLOGIE, ANALYSE GEOGRAPHIQUE, BILAN, SYSTEME INFORMATION

## Périnatalité

28222

RAPPORT

*BLONDEL (B.), SUPERNANT (K.), DU MAZAUBRUN (C.), BREART (G.)*

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale. (M.S.S.P.S.). Direction Générale de la Santé. (D.G.S.). Paris. FRA, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (I.N.S.E.R.M.). Unité de Recherches Epidémiologiques en Santé Périnatale et Santé des Femmes. (U149). Paris. FRA

**Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998.**

Paris : Ministère chargé de la santé : 2005/02 : 58p., 19 tabl., ann.

B4776

<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/sommaire.htm> - <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/enquete.pdf> - <http://www.sante.gouv.fr/drees/rapport/perinat2003t2.htm>

Ce rapport présente et analyse, en deux volumes, les premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale réalisée en 2003. Les conditions et la prise en charge de la grossesse se sont améliorées par certains aspects mais semblent avoir atteint un pallier pour d'autres. La consommation de tabac a diminué, notamment au troisième trimestre de la grossesse, mais l'âge moyen des mères s'est accru. Plus de neuf femmes sur dix ont bénéficié des 7 visites prénatales prévues par la réglementation. Le nombre moyen d'échographies par femme continue à augmenter légè-

rement (4,5 en 2003 contre 4 en 1995) et la proportion de femmes ayant eu moins que les trois échographies recommandées diminue de 3,7 % à 2,6 %. Les femmes enceintes sont toutefois moins nombreuses à consulter l'équipe qui les prendra en charge au moment de la naissance, et, pour leur premier enfant, à bénéficier de séances de préparation à la naissance. Les anesthésies sous péridurale, qui avaient beaucoup augmenté entre 1995 et 1998, continuent à progresser légèrement et concernent désormais plus de six accouchements sur dix. Le nombre d'accouchements déclenchés reste stable depuis 1995 après avoir doublé entre 1981 et 1995. Toutefois, le taux de césariennes continue à croître, de 17,5 % à 20,2 % entre 1998 et 2003, principalement du fait de l'accroissement des premières césariennes. Le taux global de prématurité est de 7,2 % et le pourcentage d'enfants de poids de naissance inférieur à 2500 g, de 8 %. Ils connaissent une tendance à l'augmentation essentiellement due aux naissances uniques, cette tendance étant significative pour les petits poids de naissance et à la limite de la signification pour la prématurité. Les disparités sociales sont des facteurs pronostiques de prématurité, de petit poids de naissance ou de retard de croissance intra-utérin connus de longue date. Les enquêtes Périnatalité ont ainsi observé les disparités périnatales depuis plusieurs décennies. L'ensemble des connaissances sur les disparités sociales en matière de santé périnatale a été synthétisé dans un chapitre de l'ouvrage de l'Inserm sur les inégalités sociales de santé. L'enquête 2003 montre de nouveau l'impact persistant de ces disparités. Celles-ci concernent divers aspects de la grossesse : déclaration et surveillance obstétricale de la grossesse, comportements pendant la grossesse (tabagisme...), issue de la grossesse et pratiques d'allaitement... Il apparaît nécessaire de continuer à documenter ces disparités et à en décrire les différents aspects qui sont susceptibles d'apporter des points d'ancrage pour les pratiques de prévention dans le champ de la santé de la mère et de l'enfant. Il a donc été jugé important de compléter le cadrage global présenté dans le premier tome du rapport par une première approche succincte des disparités sociales en matière de périnatalité. La variable " profession et catégorie sociale " de la mère, fortement liée au niveau d'étude et au contexte professionnel, a été choisie pour décrire quelques aspects des disparités sociales de périnatalité. Ces éléments de cadrage devront être complétés par des études plus approfondies des disparités sociales et particulièrement sur les femmes et les couples en situation de précarité pour lesquels le plan