

# Quoi de neuf, Doc ?

Bulletin bibliographique

en économie de la santé

Août - Septembre - Octobre 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 :

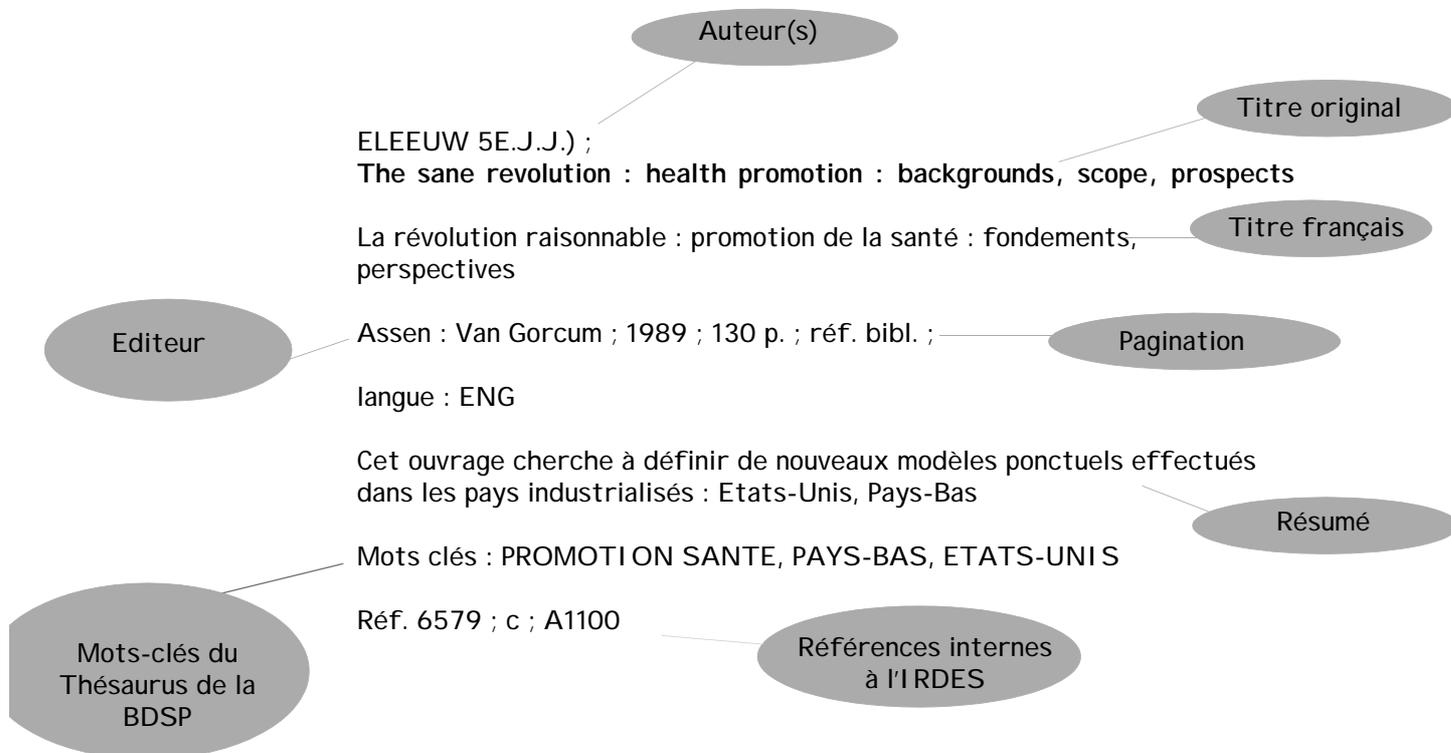
**E-Mail** : [document@irdes.fr](mailto:document@irdes.fr)

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

Acteurs.....	15
Ethique médicale .....	15
Réforme .....	16
Santé publique .....	16

#### PROTECTION SOCIALE

ALD .....	17
Cmu .....	17
Cessation d'activité.....	18
Cohésion sociale .....	18
Couverture complémentaire. ....	19
Couverture sociale .....	19
Historique .....	20
Inclusion sociale .....	20
Réforme .....	21

#### PRÉVENTION SANTÉ

Diabète .....	22
Epidémies .....	22
Indicateurs .....	22
Maladies cardiaque .....	23
Maladie d'Alzheimer .....	25
Obésité .....	26
Programmes de santé .....	26
Sida .....	27
Sociologie du risque .....	28
Toxicomanie .....	28
Veille sanitaire .....	28

#### DÉPENSES DE SANTÉ

Affections longue durée .....	29
FAQSV .....	30

Financement des soins .....	30
Maladies cardiovasculaires .....	31
Obésité .....	31
Soins longue durée .....	32

#### CONSOMMATION MÉDICALE

Consommateur de soins .....	33
-----------------------------	----

#### INDICATEURS DE SANTÉ

Cancer .....	33
Grippe .....	34
Mortalité prématuré .....	34
Obésité .....	34
Santé et travail .....	35
Sociologie de la santé.....	37
Toxicomanie .....	39

#### PERSONNES ÂGÉES

Dépendance .....	39
Emploi .....	40
Pensions .....	40
Politique vieillesse .....	40
Structures d'hébergement .....	41
Viellissement .....	41

#### GROUPES DE POPULATION - PAUVRETÉ

Adolescents .....	43
Femmes .....	44
Inégalités devant soins .....	44
Inégalités sociales .....	45
Jeunes adultes.....	45
Pauvreté .....	47
Personnes handicapées .....	49
Populations défavorisées .....	50

## GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Accès aux soins .....	50
Bretagne .....	51
Décentralisation .....	51
Lorraine .....	51
Nord-Pas-de-Calais .....	52
Rhône-Alpes .....	52

## MÉDECINE LIBÉRALE

Démographie médicale .....	53
Relation médecin-malade .....	53

## HÔPITAL

Efficience .....	55
Liste d'attente .....	55
Organisation hospitalière .....	56
Partenariat .....	56
Santé mentale .....	57
Séjours .....	57
Urgences médicales .....	58

## PROFESSIONS DE SANTÉ

Chirurgie .....	58
Infirmiers .....	59
Professions paramédicales .....	60

## MÉDICAMENTS

Anti-vitamines K .....	60
Autorisation de mise sur le marché .....	60
Commercialisation .....	61
Compétitivité .....	62
Dépenses pharmaceutiques .....	62
Diffusion de l'innovation .....	62
Génériques .....	63

Industrie pharmaceutique.....	63
Ostéoporose .....	64
Pharmacoéconomie .....	65
Productivité .....	65
Recherche pharmaceutique .....	66

## SYSTEMES-SANTÉ ÉTRANGERS

Allemagne .....	69
Australie .....	69
Canada .....	69
Etats-Unis .....	74
Europe .....	77
Italie .....	78
Monde .....	78
Pays-Bas .....	79
Pays industrialisés .....	79
Peco .....	80
Royaume-Uni .....	81
Slovaquie .....	82
Union européenne .....	83

## PRÉVISION - ÉVALUATION

Programmes de santé .....	85
Recommandations .....	86

## MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

Comptabilité en santé .....	86
Dépenses de santé .....	88
Econométrie .....	88
Inégalités sociales .....	89
Statistique .....	90

## DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

Histoire familiale.....	90
Mortalité .....	90
Théorie .....	91

## DOCUMENTATION

Classification.....	92
Glossaires.....	92
Internet.....	93
Lecture critique.....	93
Médecines alternatives.....	94

## RÉGLEMENTATION

Droits du malade.....	94
Protection sociale.....	94
Santé publique.....	95

**Index des auteurs..... 97 à 108**

**Carnet d'adresses des éditeurs 109 à 122**

**Calendrier des colloques..... 123 à 134**



## Références bibliographiques



## POLITIQUE DE SANTÉ

### Acteurs

29014

OUVRAGE

*KELLER (B.), LEGORGNE (C.)*

**Les acteurs du système de soins français : les institutions et organismes responsables de la politique de santé.**

Paris : Editions Jean-Baptiste Baillière : 2005 : 192p., index

A3083bis

Cet ouvrage recense tous les organismes qui interviennent dans la conception, le fonctionnement et l'administration du système de santé français. Il présente brièvement l'organisation, le rôle et les compétences de chacun, qu'il s'agisse de ministères, d'administrations, d'agences sanitaires, d'organismes consultatifs, de régimes d'assurance maladie, de syndicats, de fonds de financement en tout genre. Il consacre un chapitre spécifique aux instances régionales, dont le rôle s'est accru ces dernières années. Cette deuxième édition présente l'ensemble des nouvelles structures et les modifications introduites par les lois relatives à l'assurance maladie et la santé publique en 2005.

ADMINISTRATION, SYSTEME SANTE, ACTEUR, INSTITUTION, ORGANISME NATIONAL, MEDICAMENT, POLITIQUE SANTE, ROLE, COMPETENCE, AGENCE SANITAIRE, FINANCEMENT SOINS, HOPITAL, ORGANISATION SANTE, ORGANISATION SOINS, CARTE SANTE, SYNDICAT, CONSEIL NATIONAL ORDRE DES MEDECINS, MEDECIN

FRANCE

SYNTHESE CONNAISSANCE

### Ethique médicale

29041

OUVRAGE

*BATIFOULIER (P.), GADREAU (M.)*

**Ethique médicale et politique de santé.**

Paris : Economica : 2005 : 223p.

A3259

La réflexion sur l'avenir de l'assurance maladie prend appui sur une lecture de la réforme ou contre-réforme en termes de privatisation ou d'étatisation, de recours aux mécanismes de marché ou au contraire de développement des institutions centralisatrices. Cet ouvrage est une

contribution à ces débats, qu'il cherche à éclairer en privilégiant une entrée par l'éthique médicale. Il propose un ensemble de réflexions qui ont en commun de considérer que les questions éthiques sont fondamentales à la compréhension de l'évolution du système de santé. En mobilisant des experts reconnus venant de différents horizons économie, philosophie, santé publique, sociologie, théologie, il offre une approche pluridisciplinaire sur l'opposition entre une logique économique insistant sur la responsabilité financière du médecin et du patient et une logique éthique plaidant pour la qualité des soins.

POLITIQUE SANTE, ETHIQUE MEDICALE, BIOETHIQUE, ECONOMIE, ECONOMIE SANTE, RELATION MEDECIN MALADE, PROFESSION SANTE, REFORME, SOCIOLOGIE SANTE, ASSURANCE MALADIE, DROITS MALADE, RESPONSABILITE MEDICALE, QUALITE SOINS, CONCURRENCE

FRANCE

ETUDE CRITIQUE, EVOLUTION, ANALYSE PROBLEME ▲

29042

OUVRAGE

*MASSE (R.), SAINT-ARNAUD (J.)*

**Ethique et santé publique.**

Saint-Nicolas : Presses de l'Université Laval : 2003 : 223p.

A3260

L'ampleur des moyens utilisés par les institutions mandatées pour la prévention de la maladie et la promotion de la santé n'est pas sans soulever de multiples enjeux éthiques. Les valeurs favorisant le bien-être et le bien commun, la bienfaisance ou l'utilité, au nom desquelles sont mises en œuvre des interventions pour encourager de saines habitudes de vie, sont susceptibles d'entrer en conflit avec celles associées au respect de l'autonomie du citoyen, à la liberté de choix ou à la non-malfaisance. Éthique et santé publique présente aux scientifiques sociaux, aux éthiciens, mais surtout aux professionnels de la santé publique, un portrait d'ensemble des principaux enjeux éthiques qui découlent des potentielles dérives paternalistes, du mirage des certitudes épidémiologiques et de la raison instrumentale. Les valeurs en jeu à travers la communication du risque, la répartition du fardeau des interventions et de la recherche, l'étiquetage social des populations ciblées ou la moralisation des comportements à risque sont ici au cœur du sujet. Cet ouvrage propose un modèle d'analyse de ces enjeux fondé sur l'arbitrage d'une liste de valeurs phares présentées comme autant de balises définissant les justifications et les limites

des interventions. Ce travail d'arbitrage devrait donc s'inscrire dans une éthique de la discussion ouverte à l'ensemble des acteurs sociaux concernés

POLITIQUE SANTE, ETHIQUE MEDICALE, BIOETHIQUE, SANTE PUBLIQUE [GENERALITE], SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE, INFORMATION SANITAIRE, PREVENTION SANTE, PROMOTION SANTE, GESTION RISQUE, GROUPE POPULATION, FACTEUR RISQUE, INEGALITE SOCIALE, RECHERCHE MEDICALE, ANTHROPOLOGIE, ETHNOLOGIE, ETHNOLOGIE MEDICALE, ANTHROPOLOGIE MEDICALE, VALEUR SOCIALE

CANADA

ANALYSE PROBLEME, NORME, DEFINITION, CONCEPT ▲

29043

OUVRAGE

*KEMP (P.)*

**Le discours bioéthique.**

Paris : Editions du Cerf : 2004 : 223p.

A3261

L'éthique médicale, avec le serment d'Hippocrate, remonte à plus de 2500 ans, mais l'idée d'une bioéthique n'apparaît qu'à la fin du XXe siècle. Cette émergence récente constitue une révolution. Alors que l'éthique, traditionnellement, est liée aux domaines personnel et communautaire, le siècle qui vient de s'achever a vu sa transposition dans le domaine de la vie elle-même : la bioéthique est une éthique qui se préoccupe de protéger la vie, non seulement celle des hommes mais aussi celle des animaux et des plantes. Les débats les plus contradictoires ne manquent pas à propos de la bioéthique quant aux questions de la finalité de la nature, de la vie et de l'anthropologie. Ce livre atteste que des spécialistes peuvent s'accorder pour faire valoir le respect comme la catégorie essentielle du discours bioéthique contemporain. L'équipe du Centre de recherche en éthique et droit de Copenhague s'est attachée, d'une manière fondamentale, à préciser quatre principes de protection des êtres vivants : respect de l'autonomie, de la dignité, de l'intégrité et de la vulnérabilité.

POLITIQUE SANTE, ETHIQUE MEDICALE, BIOETHIQUE, DROITS PERSONNE, DROITS MALADE, RESPONSABILITE MEDICALE  
NORME, DEFINITION, CONCEPT, REGLEMENTATION, EVOLUTION

## Reforme

29033

OUVRAGE

*PALIER (B.)*

**La réforme des systèmes de santé.**

Paris : Presses Universitaires de France : 2005 : 128p.

A3256

L'ensemble des pays développés cherche aujourd'hui à maîtriser l'augmentation des dépenses de santé. Mais pourquoi augmentent-elles ? Pourquoi sont-elles plus élevées et croissent-elles plus rapidement dans certains pays que d'autres ? La réforme de l'assurance maladie hante tous les gouvernements français depuis plus de 20 ans. Après le plan Juppé de 1995, le Grenelle de santé de 2001, la réforme de Philippe Douste-Blazy de l'été 2004 affiche l'objectif de maîtriser les dépenses de santé tout en garantissant la solidarité du système d'assurance maladie français. Mais peut-on concilier les objectifs contradictoires que sont l'égal accès aux soins, la qualité de ceux-ci, la viabilité financière du système, la liberté et le confort des patients comme des professionnels de santé ? (4e de couverture).

POLITIQUE SANTE, SYSTEME SANTE, ASSURANCE MALADIE, REFORME, MAITRISE DEPENSE, SOLIDARITE, ACCES SOINS, DOSSIER MEDICAL, QUALITE SOINS, MEDECINE LIBERALE, OFFRE SOINS, REGULATION, CONCURRENCE, DEMANDE SANTE, TARIFICATION SANTE  
FRANCE, PAYS INDUSTRIALISE, ETATS-UNIS, EUROPE  
HISTORIQUE, ANALYSE PROBLEME, SYNTHESE CONNAISSANCE, RAPPORT, ETUDE COMPAREE, MODELE

## Santé publique

29266

OUVRAGE

*TESSIER (S.), ANDREYS (J.B.), RIBEIRO (M.A.)*

**Santé publique, santé communautaire.**

Paris : Maloine : 2004 : 341p.

A3283

Cet ouvrage très complet décrit avec clarté l'ensemble des organisations et structures sanitaires et sociales qui constituent le système de santé publique en France sous les aspects suivants : définitions, observation en santé publique, action en santé publique, promotion de la santé et santé communautaire, structures sani-

taires et sociales, protection sociale, représentation des usagers, grandes questions de santé publique, la santé au niveau international. En annexe se trouvent un glossaire ainsi qu'une liste d'abréviations.

SANTE PUBLIQUE [GENERALITE], SANTE COMMUNAUTAIRE, ETHIQUE , DEONTOLOGIE, SYSTEME SANTE, RECOURS SOINS, EPIDEMIOLOGIE, INFORMATION SANITAIRE, ANTHROPOLOGIE MEDICALE, SOCIOLOGIE SANTE, ECONOMIE SANTE, PREVENTION SANTE, EVALUATION, DEPISTAGE, EDUCATION SANTE, PLANIFICATION SANITAIRE, PROGRAMME SANTE, PROMOTION SANTE, METIER, SECTEUR SANITAIRE, ORGANISATION SOINS, HOPITAL PUBLIC, HOPITAL PRIVE, CLINIQUE PRIVEE, CENTRE SANTE, PMI, CLIN, HOSPITALISATION DOMICILE, ORGANISME NATIONAL, PROTECTION SOCIALE , PRESTATION SECURITE SOCIALE, AIDE SOCIALE, PROTECTION COMPLEMENTAIRE, AIDE SOCIALE ENFANCE, PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE, SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE, CHOIX PRIORITE, ONG, GROUPE POPULATION, EXCLU, TOXICOMANIE, CANCER, EPIDEMIE, RESEAU SOINS COORDONNES, DECENTRALISATION, TRANSFERT COMPETENCE FRANCE DEFINITION, CONCEPT, OBJECTIF, SYNTHESE CONNAISSANCE

## PROTECTION SOCIALE

### ALD

29697  
RAPPORT  
*BRAS (P.L.), DELAHAYE-GUILLOCHEAU (V.)*  
Inspection Générale des Affaires Sociales.  
(I.G.A.S.). Paris. FRA  
**Tarifcation des accidents du travail et des maladies professionnelles.**  
Paris : La documentation française : 2004/11 : 54p., ann.  
B5031  
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/054000483/0000.pdf>  
Le rapport est centré sur le système de tarification des accidents du travail, et sur son impact en matière de prévention des risques professionnels. Il est articulé autour des éléments suivants.

Une première partie est consacrée au diagnostic du système actuel de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. La deuxième partie développe un scénario de réforme du système de tarification. La troisième partie propose des aménagements du système actuel.

ACCIDENT TRAVAIL, MALADIE PROFESSIONNELLE, REPARATION RISQUE PROFESSIONNEL, TARIFICATION, REFORME FRANCE  
ANALYSE PROBLEME, PROPOSITION, REGLEMENTATION, SYSTEME INFORMATION, DONNEE STATISTIQUE

### Cmu

29304  
RAPPORT  
Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie. Paris. FRA  
**Rapport d'activité 2004.**  
Paris : Fonds Cmu : 2005 : 110p.  
B4947  
<http://www.cmu.fr/userdocs/221-6%20Rapport2004.pdf>  
Ce document constitue le troisième rapport d'évaluation du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. La situation financière du Fonds, de part la dotation budgétaire complémentaire apportée par la loi de finances rectificative pour 2004, est passée d'un cumul négatif de 70 millions d'euros au 31 décembre 2003 à un résultat positif de 5 millions d'euros à la fin 2004. Le Fonds CMU, observateur privilégié du monde des complémentaires santé, grâce à la contribution de 1,75 % sur le chiffre d'affaires de cette branche, peut mesurer le poids de cette activité. Ce chiffre d'affaires a atteint, en 2004, 22 milliards 632 millions d'euros et marque une progression de 10,54 %. Le forfait CMU C de 300 € applicable en 2004 versé par le Fonds, et qui depuis le 1er janvier s'applique indistinctement aux régimes d'assurance maladie de base comme aux complémentaires santé, fut critiqué pour sa modicité, aussi bien par les premiers que par les seconds. Le rapport d'activité donne le coût moyen de la CMU complémentaire. Si les chiffres de 2004 ne sont pas encore connus, ceux de 2003 atteignent 310 € pour la CNAM et 296 € pour les OC. Le chiffre de la CNAMTS pour 2004 est estimé à 328 €. Parmi les chantiers entrepris par l'équipe du Fonds en 2004, signalons celui de la mise en place du Répertoire national des

organismes complémentaires (RNOC) qui sera opérationnel au mois de juin prochain.

REGIME GENERAL, BENEFICIAIRE, DOMICILE, PROTECTION COMPLEMENTAIRE, AGE, SEXE, DISPARITE REGIONALE, AIDE MEDICALE GENERALE, DEPENSE SOCIALE, ACCES SOINS, PAUVRETE, EXCLU, PROFESSION SANTE, INEGALITE DEVANT SOINS, CHIRURGIEN DENTISTE, REGIME COMPLEMENTAIRE, COUT SANTE, RECETTE, FINANCEMENT PROTECTION SOCIALE, RELATION ADMINISTRATION ADMINISTRE FRANCE REGION HISTORIQUE, REGLEMENTATION, BILAN, EVALUATION

## Cessation d'activité

29343

DOCUMENT DE TRAVAIL

AMAUGER-LETTES (M.C.), DESBARATS (I.)

Conseil d'Orientation des Retraites. (C.O.R.). Paris. FRA

**Les formes juridiques de cessation d'activité des salariés de 55 à 64 ans.**

Paris : Conseil d'Orientation des Retraites : 2005/06 : 144p., ann.

B4954

<http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-478.pdf><http://www.cor-retraites.fr/IMG/pdf/doc-479.pdf>

En France, comme dans la plupart des pays industrialisés, l'évolution de la structure d'âge de la population active est caractérisée par deux mouvements contradictoires. D'une part, le vieillissement global de la population et l'âge plus tardif d'entrée dans la vie active ont pour conséquence d'augmenter le nombre de salariés d'âge moyen ou élevé. En même temps, les politiques en matière de cessation anticipée d'activité ont entraîné, spécialement en France, une forte baisse du taux d'activité de la population âgée de 55 ans et plus. Mais il s'agit actuellement de contrecarrer la tendance au départ anticipé des seniors de l'entreprise. Ce document s'interroge sur les règles juridiques relatives à la cessation d'activité pour raison d'âge, dans le but d'en dresser un tableau le plus complet possible. Sur le plan méthodologique, plusieurs voies ont été explorées pour conduire cette étude destinée à tenter d'identifier les " formes juridiques de cessation d'activité des salariés âgés de 55 à 64 ans ". En effet, outre une revue de la littérature, les deux pistes suivantes ont été également suivies. Dans un premier temps, l'objectif a consisté dans une étude du contrôle judiciaire de la perte d'emploi

liée à l'âge, tel que résultant d'une analyse du contentieux concernant la rupture du contrat de travail. Dans ce but, on a sélectionné et analysé, sur une période courant de 1990 à 2004, plus de 300 décisions rendues par la chambre sociale de la Cour de cassation, concernant la rupture du contrat de travail des seniors. Dans le même temps, cette analyse a été complétée par une étude des jugements et arrêts rendus sur ces questions par certaines juridictions du fonds (sur les modalités et les difficultés de collection). Puis, dans un second temps, il est apparu utile de confronter les enseignements issus de l'analyse du contentieux et de l'étude des dispositifs juridiques aux points de vue de quelques-unes des parties prenantes au processus de rupture du contrat de travail des salariés vieillissants. Ont donc été menés une série d'entretiens avec différents acteurs concernés par le phénomène étudié. Dans ce contexte, il apparaît qu'au-delà de l'ambivalence des dispositifs légaux, réglementaires et conventionnels aujourd'hui en vigueur, deux idées-force complémentaires peuvent être détectées. En effet, on observe une perte de vitesse des ruptures en raison de l'âge consécutive à un durcissement de la législation face à la nécessité de prolonger le maintien en activité des salariés (Partie I). Dans le même temps, il semble que l'on assiste à une intensification du recours à d'autres modes de rupture des contrats des seniors, fondés sur d'autres motifs que l'âge. Or, s'il existe déjà un certain nombre de règles protectrices des salariés âgés, elles demeurent insuffisantes pour endiguer des pratiques contraires à l'esprit d'une législation favorable au maintien en activité des travailleurs vieillissants, notamment des plus de 55 ans (Partie II).

CESSATION ACTIVITE, RETRAITE DEPART RETRAITE, LICENCIEMENT, SECTEUR PRIVE, AGE, PRERETRAITE, EMPLOI, VIEILLISSEMENT, TAUX, PROCES, JUGEMENT FRANCE REGLEMENTATION, DROIT TRAVAIL, BIBLIOGRAPHIE, ANALYSE PROBLEME, ENTRETIEN, EVOLUTION

## Cohésion sociale

29355

CONGRES

Conseil de l'Europe. Strasbourg. FRA

**Sécurité sociale : facteur de cohésion sociale.**

Conférence euroméditerranéenne. Limassol : , 2004/05/27-28

Strasbourg : Conseil de l'Europe : 2005 : 204p., tabl.

A3290

La Sécurité sociale est un instrument important pour réduire la pauvreté et promouvoir le développement social et économique. Elle constitue aussi un complément nécessaire à la mondialisation et aux politiques d'ajustement structurel. Afin de promouvoir le concept de Sécurité sociale, en tant que droit de l'homme universel, et de développer des échanges entre les Etats membres du Conseil de l'Europe et les pays de la Méditerranée centrale et orientale, le Conseil de l'Europe, en collaboration avec l'Organisation internationale du travail et sur invitation du Ministère du travail et de la Sécurité sociale de Chypre, a organisé la conférence «Sécurité sociale : facteur de cohésion sociale». Cette publication contient les actes de la conférence, qui s'est tenue à Limassol les 27 et 28 mai 2004.

POLITIQUE SOCIALE, PROTECTION SOCIALE, DROIT SECURITE SOCIALE, NORME, EFFICACITE, SOLIDARITE, FEMME, COUVERTURE SOCIALE, MIGRANT, ECONOMIE INFORMELLE  
EUROPE, EUROPE ORIENTALE, EUROPE DU SUD



## Couverture complémentaire

29540

RAPPORT

*CHAUFFAUT (D.), LOONES (A.)*

Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie. (C.R.E.D.O.C.). Département Evaluation des Politiques Sociales. Paris. FRA.

Centre Techniques des Institutions de prévoyance. (C.T.I.P.). Paris. FRA

**Garanties et services : les attentes des salariés et des entreprises : synthèse des résultats de la sixième vague d'enquête réalisée pour le CTIP.**

Paris : CREDOC : 2005/07 : 64p., tabl.

B4965

[http://www.ctip.asso.fr/fichiers\\_pdf/rapport2005.pdf](http://www.ctip.asso.fr/fichiers_pdf/rapport2005.pdf) - [http://www.ctip.asso.fr/fichiers\\_pdf/synthese\\_2005.pdf](http://www.ctip.asso.fr/fichiers_pdf/synthese_2005.pdf)

Depuis 1999, le CREDOC a mis en place à la demande du CTIP un baromètre sur les attentes des salariés en matière de couverture prévoyance. L'objet de cette enquête, reconduite pour la sixième année consécutive est double : évaluer la satisfaction et connaître les attentes des salariés et des employeurs (entreprises de moins de 200 salariés) en matière de garanties et de ser-

vices ; mesurer l'image des institutions de prévoyance auprès des salariés et des employeurs, et suivre son évolution. Ce rapport rend compte des résultats de cette enquête.

PROTECTION COMPLEMENTAIRE, REGIME COMPLEMENTAIRE, ASSURE SOCIAL, SALARIE, SATISFACTION USAGER, COUVERTURE SOCIALE, ACTIVITE, ENTREPRISE, EMPLOYEUR, INFORMATION, HANDICAP, LIBRE CHOIX  
FRANCE  
ENQUETE, DONNEE STATISTIQUE



## Couverture sociale

28131

RAPPORT

*COLLINS (S. R.), DAVIS (K.), DOTY (M.- M.), HO (A.)*

The Commonwealth Fund. Task Force on the Future of Health Insurance. New York. USA

**Wages, health benefits, and Workers' health. Salaires, prestations maladies et santé des travailleurs.**

Issue Brief

New York : The Commonwealth Fund : 2004/10 : 15p., 5 graph., 5 tabl.

B4754

[http://www.cmf.org/usr\\_doc/Collins\\_workers\\_IB\\_788.pdf](http://www.cmf.org/usr_doc/Collins_workers_IB_788.pdf)

L'assurance maladie obtenue par l'employeur permet à la majorité des salariés américains d'accéder aux soins et à une protection contre d'éventuelles pertes financières dévastatrices. Cependant, des millions de travailleurs ne reçoivent pas de couverture maladie par le biais de leur employeur, et il y existe peu de sources sur la couverture abordable en dehors du système d'information des employeurs. Cette étude, basée sur les données d'une enquête biennale Santé et Assurance du Commonwealth conclut à une profonde division des forces de travail américaines et au besoin urgent d'étendre l'accès à une couverture obligatoire et abordable aux travailleurs américains et à leur famille. Selon les auteurs, les salariés à hauts revenus ont plus de chance de bénéficier d'une assurance maladie et de prestations liées à la santé, comme les congés maladies rémunérés, et de recourir également à des soins préventifs. Tandis que les salariés à bas revenus sont beaucoup plus susceptibles de renoncer à des soins nécessaires en raison de leur coût, pour reporter les problèmes de paiement des factures médicales (traduit du résumé d'auteur).

EMPLOYEUR, ENTREPRISE, SALARIE,

COUVERTURE SOCIALE, ASSURANCE MALADIE,  
SALARIE, ACCES SOINS, ETAT SANTE,  
PREVENTION  
ETATS UNIS  
ENQUETE, RESULTAT

## Historique

29576

OUVRAGE

HATZFELD (H.)

***Du paupérisme à la Sécurité sociale : 1850-1940, essai sur les origines de la Sécurité sociale en France.***

Nancy : Presses Universitaires de Nancy : 2004 : 344p., tabl.

A3311

Ce cours propose, à travers un posture socio-historique, de se défaire de l'illusion - parfois présente dans les travaux juridiques et par filiation dans les travaux de science politique - selon laquelle l'État serait le cadre naturel de l'activité politique. L'État est envisagé comme un construit social et historique. Autrement dit, il s'agit de se confronter à toute une série de questions sur cet objet qui, trop familier, nous paraît naturel. Comment l'État s'est-il imposé comme la solution de la plupart de nos revendications, comme le détenteur de la violence légitime, comme l'agent de la continuité historique, comme l'institution des institutions ? Les trois grandes parties nous conduiront du XIII<sup>ème</sup> siècle à l'époque contemporaine. Elles nous aideront à comprendre le passage d'une situation où le pouvoir politique est éclaté, multiple, fragile, patrimonial, personnalisé à une situation où le pouvoir politique est fortement organisé, centralisé, différencié et monopolisé par l'État.

PROTECTION SOCIALE, SECURITE SOCIALE,  
ASSURANCE MALADIE, INSTITUTION,  
PATRONAT, PRESTATION FAMILIALE,  
MUTUALITE, OUVRIER, MEDECIN, CLASSE  
SOCIALE

FRANCE

HISTORIQUE, THEORIE, BIBLIOGRAPHIE,  
SOCIOLOGIE POLITIQUE, SOCIOLOGIE  
ORGANISATION

## Inclusion sociale

28846

RAPPORT

Commission des Communautés Européennes

(C.C.E.). Bruxelles. BEL

***Joint report on social protection and social inclusion : communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions.***

*Rapport conjoint sur la protection sociale et l'inclusion sociale : Communication de la Commission au Conseil, au Parlement européen, au Comité économique et social et au comité des régions.*

Bruxelles : Office des publications officielles des Communautés européennes : 2005/01 : 100p., tabl.

Le rapport conjoint sur la protection sociale et l'inclusion sociale montre que les États membres de la Communauté européenne consentent des efforts accrus pour lutter contre la pauvreté et veiller à ce que les systèmes de retraite restent en mesure de servir des retraites adéquates. Ils donnent en particulier la priorité à des questions majeures comme l'élimination de la pauvreté infantile, l'amélioration des conditions de logement et l'amélioration des qualifications de ceux qui quittent le système éducatif. Ils font aussi de sérieux efforts pour renverser les tendances passées à un retrait précoce de la vie active et pour offrir plus d'opportunités aux systèmes de prestations de retraite privés. Cependant, plus de 68 millions de personnes au total, soit 15 % de la population de l'UE, restent exposées au risque de pauvreté en 2002, les chômeurs, les sans domicile et les femmes (mères célibataires et personnes âgées vivant seules) demeurant les catégories les plus vulnérables. Le pourcentage des personnes exposées au risque de pauvreté varie de 10 % ou moins (République tchèque, Suède, Danemark, Hongrie et Slovaquie) à 20 % ou plus (Irlande, Slovaquie, Grèce et Portugal). L'emploi, les retraites et la Sécurité sociale, telles sont les priorités majeures des citoyens de l'Union européenne. Le rapport montre que la méthode de l'Union européenne consistant à coordonner les politiques visant à combattre l'exclusion sociale et à moderniser les systèmes de retraite commence à porter ses fruits. Les États membres doivent consentir des efforts supplémentaires pour créer plus d'emplois, réduire la pauvreté et faire en sorte que les retraites soient à la fois adéquates et assurées à l'avenir .

POLITIQUE EMPLOI, INTEGRATION SOCIALE,  
EGALITE CHANCE, PROTECTION SOCIALE,  
EXCLU, PAUVRETE, INEGALITE DEVANT SOINS,  
INEGALITE SOCIALE, HABITAT, EDUCATION,  
JUSTICE, CULTURE, SOLIDARITE, RELATION  
FAMILIALE, POLITIQUE DEFAVORISES, ENFANT,  
ACTION SOCIALE, SEXE, ACTEUR, POLITIQUE

SOCIALE, RETRAITE, GROUPE POPULATION, FAMILLE MONOPARENTALE, CHOMEUR, SANS DOMICILE FIXE, POLITIQUE VIEILLESSE, PERSONNE AGEES  
EUROPE, CEE, UNION EUROPEENNE  
EVALUATION, RECOMMANDATION, CHOIX PRIORITE

## Réforme

28769

OUVRAGE

GILBERT (N.) / éd., PARENT (A.) / éd.

**Welfare reform : a comparative assessment of the French and U.S. Experiences.**

*Réforme de la protection sociale : une évaluation comparée des expériences française et américaine.*

New Brunswick : Transaction Publishers : 2004 : 300p., graph.

A3223

Since the late 1980s welfare policies in France and the United States have increasingly been shaped by a strong emphasis on citizens' obligations to work and be independent, and a weakening of entitlements to income maintenance. This book provides an in-depth analysis of the development and structure of modern welfare programmes and how they function in these two countries. It presents a balanced and insightful look at welfare reforms that are being tried and the empirical evidence of their results.

PROTECTION SOCIALE, REFORME, PAUVRETE, EMPLOI, POLITIQUE SOCIALE, SALARIE, REVENU, INTEGRATION SOCIALE, POLITIQUE EMPLOI, BIEN ETRE, CROISSANCE ECONOMIQUE, COUVERTURE SOCIALE, EXCLU, MERE, CESSATION ACTIVITE, POLITIQUE DEFAVORISES, PRESTATION CHOMAGE, PRESTATION SECURITE SOCIALE  
FRANCE, ETATS-UNIS  
EVALUATION, ETUDE COMPAREE, EXPERIENCE, CONCEPT, AIDE DECISION ▲

29553

RAPPORT

FRAGONARD (B.) / prés.

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

**Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.**

Paris : Ministère chargé de la santé : 2005/07 : 119p., tabl., ann.

B4968

<http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/hcaam/>

sommaire.htm

Ce document constitue le deuxième rapport d'évaluation du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, adopté vendredi 8 juillet à l'unanimité des 53 membres à l'exception de Force ouvrière et rendu public le 11. Près d'un an après l'adoption de la réforme engagée par Philippe Douste-Blazy, le Haut Conseil en fait une évaluation plutôt positive, avec des mesures prises allant dans le bon sens. Néanmoins, il estime "peu probable" que l'objectif fixé de retour à l'équilibre de la branche maladie en 2007 soit atteint et suggère de nouvelles mesures sur les recettes et éventuellement sur le niveau ou les modalités de prise en charge si l'on ne veut pas accroître la dette au-delà de ce qu'a prévu la loi d'août 2004. Car le rapport émet de gros doutes sur les gains financiers à attendre à très court terme des réformes en cours (T2A, CCAM, réforme hospitalière), dont certaines nécessitent des investissements nouveaux pour être menées à bien (DMP). Mais il invite à "aller jusqu'au bout des logiques enclenchées" par la réforme il y a un an, à "assurer le déploiement des dispositifs et à leur donner une traduction opérationnelle cohérente avec l'ambition de départ".

ASSURANCE MALADIE, SYSTEME SANTE, OFFRE SOINS, MEDECINE VILLE, HOPITAL, FILIERE SOINS, TARIFICATION SANTE, PLANIFICATION SANITAIRE, PRATIQUE MEDICALE, QUALITE SOINS, ORGANISATION SOINS, DEMOGRAPHIE MEDICALE, REFORME, MAITRISE DEPENSE, PRISE CHARGE, REMBOURSEMENT, RECETTE, DEFICIT, FINANCEMENT SOINS, FINANCEMENT PROTECTION SOCIALE, REGIME COMPLEMENTAIRE, ORGANISME PROTECTION SOCIALE, PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE, ASSOCIATION, USAGER SANTE, COLLECTIVITE TERRITORIALE, INSTITUTION, COUT HOSPITALISATION, HONORAIRES, MEDECIN, PREVENTION SANTE, MALADIE LONGUE DUREE, EFFICIENCE, MEDICAMENT, PRODUIT GENERIQUE, CSG, REFORME HOSPITALIERE, DOSSIER MEDICAL, TARIFICATION HOSPITALIERE  
FRANCE  
BILAN, PROPOSITION, EVALUATION, ANALYSE PROBLEME, AIDE DECISION, IMPACT

## PRÉVENTION SANTÉ

### Diabète

28791

DOCUMENT DE TRAVAIL

GREENFIELD (S.), NICOLUCCI (A.), MATTKE (S.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA

**Selecting indicators for the quality of diabetes at the Health Systems Level in OECD countries.**

*Choix d'indicateurs pour la qualité des soins relatifs au diabète au niveau des systèmes de santé de l'OCDE.*

OECD Health Technical Papers ; n° 15.

Paris : OCDE : 2004 : 18p., tab.

B4827

<http://www.oecd.org/dataoecd/28/34/33865546.pdf>

Ce rapport présente les recommandations consensuelles d'un groupe d'experts internationaux sur les indicateurs relatifs au diabète. Les experts se sont basés sur un examen des indicateurs existants et ont répertorié les carences d'informations des indicateurs existants pour sélectionner des indicateurs devant couvrir des processus cliniques pour le diabète ainsi que des résultats de soins proximaux et distaux. L'examen a conduit à une recommandation de neuf indicateurs.

QUALITE SOINS, DIABETE, SYSTEME SANTE, PERFORMANCE, PREVENTION SECONDAIRE, PREVENTION PRIMAIRE, PREVENTION SANTE PAYS INDUSTRIALISE, METHODOLOGIE, RECOMMANDATION, INDICATEUR

### Epidémies

29679

RAPPORT

DOOR (J.P.), BLANDIN (M.C.)

Assemblée Nationale. Paris. FRA, Office Parlementaire d'Evaluation des Choix Scientifiques et Technologiques. (O.P.E.C.S.T.). Paris. FRA

**Le risque épidémiologique : rapport et audition publique, annexes.**

B5020/1-2

Paris : Assemblée Nationale : 2005 : 316p.+146p.

L'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques a publié un rapport sur le risque épidémique (enregistré à l'Assemblée nationale en mai 2005). Au terme de ce travail, le rapport rappelait que le risque épidémique était toujours d'actualité et le "sera de plus en plus". Selon l'Office, la politique de lutte contre le risque épidémique est globale et n'est pas limitée à des questions médicales : l'hygiène, les conditions de vie, le niveau d'information et de culture sont à prendre en compte. Ainsi est préconisée, parmi d'autres propositions, l'obligation de rendre possible le nettoyage des mains avant les repas en collectivités. Dans son rapport, l'Office parlementaire s'intéresse également à l'action des pouvoirs publics face au risque épidémique. En cas de pandémie grippale grave, les moyens mis en oeuvre et les procédures seraient quasiment les mêmes qu'en cas d'attaque bioterroriste, expliquent les auteurs du rapport. Le plan gouvernemental contre les pandémies grippales a été adopté le 7 octobre 2004 et reprend la même structure que le plan de l'Organisation mondiale de la santé en 2 phases (une phase sans transmission interhumaine et une phase pandémique où la contagion d'homme à homme est avérée).

EPIDEMIE, RISQUE SANITAIRE, SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE, PREVENTION SANTE, INNOVATION MEDICALE, INFECTION NOSOCOMIALE, RECHERCHE MEDICALE, MIGRATION, METEOROLOGIE, COMPORTEMENT, COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, LEGIONELLA, MEDICAMENT ANTIBIOTIQUE, RESISTANCE, PAUVRETE, TUBERCULOSE, EPIDEMIOLOGIE, INCIDENCE, REGLEMENTATION, INTOXICATION ALIMENTAIRE, VACCINATION, REDUCTION RISQUE, SIDA, FIEVRE JAUNE, VEILLE SANITAIRE, VIRUS, GRIPPE, PALUDISME, MORTALITE, HYGIENE, CONDITION VIE FRANCE EVALUATION, RECOMMANDATION, HISTOIRE

### Indicateurs

28792

DOCUMENT DE TRAVAIL

MARSHALL (M.), LEATHERMAN (S.), MATTKE (S.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA

**Selecting indicators for the quality of health promotion, prevention and primary care at the Health Systems Level in OECD countries.**

*Choix d'indicateurs pour la qualité de la promotion de la santé, de la prévention et des soins primaires au niveau des systèmes de santé de l'OCDE.*

OECD Health Technical Papers ; n° 16.

Paris : OCDE : 2004 : 49p., tab.

B4828

<http://www.oecd.org/dataoecd/27/52/33865865.pdf>

Ce rapport présente les recommandations consensuelles d'un groupe d'experts internationaux sur les indicateurs relatifs aux soins primaires et à la prévention. En suivant une méthodologie détaillée, le groupe d'experts a sélectionné 27 indicateurs devant couvrir les trois grands domaines suivants : la promotion de la santé, la prévention, le diagnostic et le traitement dans les soins primaires. La rapport décrit la méthodologie employée et démontre, arguments à l'appui, la viabilité scientifique et l'importance stratégique des 27 indicateurs sélectionnés.

QUALITE SOINS, SYSTEME SANTE, PREVENTION SANTE, PROMOTION SANTE, SOINS SANTE PRIMAIRE, DIAGNOSTIC, THERAPEUTIQUE PAYS INDUSTRIALISE  
METHODOLOGIE, RECOMMANDATION, INDICATEUR ▲

29694

RAPPORT

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, 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

**Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.**

Paris : La documentation française : 2005/07 : 503p., tabl.

B5029

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapport\\_indicateurs\\_drees.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapport_indicateurs_drees.pdf)

Ce rapport rassemble les résultats d'un travail mené durant l'année 2004 sous l'égide de la DREES et de la Direction générale de la santé pour sélectionner et définir de façon opérationnelle les indicateurs prévus par le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique qui sont nécessaires au suivi des 100 objectifs de santé spécifiques inscrits dans ce

texte. Il présente les indicateurs issus de ce travail qui s'est appuyé sur la réunion d'un groupe composé des principaux producteurs de données sanitaires nationales (Haut comité de la santé publique, DHOS, CCMSA, CNAMTS, DRASS, InVS, URCAM, ...) et des principaux utilisateurs potentiels de ces indicateurs, auxquels ont été systématiquement associés des experts de chacun des thèmes considérés. Ces indicateurs doivent contribuer à l'évaluation quinquennale de la politique de santé publique prévue par la loi. Dès 2006, des rapports annuels sur l'état de santé des Français seront produits à partir des indicateurs dont le suivi annuel est pertinent et possible.

ETAT SANTE, INDICATEUR SANTE, MORBIDITE, MORTALITE, INEGALITE DEVANT SOINS, INEGALITE SOCIALE, QUALITE VIE, PREVENTION, PREVENTION SANTE, FACTEUR SOCIO-CULTUREL, FACTEUR SOCIODEMOGRAPHIQUE, FACTEUR SOCIOECONOMIQUE, CHOIX PRIORITE, ACCIDENT, ACCIDENT DOMESTIQUE, ACCIDENT CIRCULATION, ALLERGIE, ASTHME, CANCER, DEMENCE, DOULEUR, APPAREIL CIRCULATOIRE [PATHOLOGIE], MALADIE PROFESSIONNELLE, ACCIDENT TRAVAIL, MALADIE SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE, SIDA, HERPES, OSTEOPOROSE, MENOPAUSE, PERINATOLOGIE, PREMATURE, HYGIENE BUCCODENTAIRE, SANTE MENTALE, ETAT DEPRESSIF, SUICIDE, TROUBLE VISION, TROUBLE LANGAGE, TROUBLE AUDITION, RECOURS SOINS, IVG, CONTRACEPTION, COUVERTURE VACCINALE, ROR, FACTEUR RISQUE, DIABETE, RISQUE ATTRIBUABLE, DYSLIPIDEMIE, HYPERTENSION ARTERIELLE, OBESITE, COMPORTEMENT PREJUDICIABLE SANTE, COMPORTEMENT SANTE, COMPORTEMENT SEXUEL, CONSOMMATION ALCOOL, CONSOMMATION DROGUE, CONSOMMATION TABAC, DISPARITE REGIONALE, MALNUTRITION, ENVIRONNEMENT, OBJECTIF, ORGANISATION SOINS, PROGRAMME SANTE, LOI, EXPERT FRANCE REGION  
OBJECTIF, INDICATEUR, SUIVI



## Maladies cardiaques

28790

DOCUMENT DE TRAVAIL  
*LAMBIE (L.), MATTKE (S.)*

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Direction de l'Emploi - du Travail et des Affaires Sociales. (D.E.L.S.A.). Paris. FRA

**Selecting indicators for the quality of cardiac care at the Health Systems Level in OECD countries.**

*Choix d'indicateurs pour la qualité des soins cardiaques au niveau des systèmes de santé de l'OCDE.*

OECD Health Technical Papers ; n° 14.

Paris : OCDE : 2004 : 51p., tab.

B4826

<http://www.oecd.org/dataoecd/28/35/33865450.pdf>

Ce rapport présente les recommandations consensuelles d'un groupe d'experts internationaux sur les indicateurs relatifs aux soins cardiaques. En suivant une méthodologie détaillée, le groupe d'experts a entrepris de sélectionner des indicateurs devant couvrir cinq grands domaines : la prévention primaire, la prévention secondaire des cardiopathies, le syndrome coronarien aïgu, la chirurgie cardiaque et l'insuffisance cardiaque congestive.

QUALITE SOINS, CARDIOLOGIE, SYSTEME SANTE, PERFORMANCE, PREVENTION SECONDAIRE, APPAREIL CIRCULATOIRE [PATHOLOGIE], CARDIOPATHIE, CARDIOPATHIE CORONAIRE, CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE, PREVENTION PRIMAIRE, PREVENTION SANTE, INSUFFISANCE CARDIAQUE  
PAYS INDUSTRIALISE  
METHODOLOGIE, RECOMMANDATION ▲

28795

DOCUMENT DE TRAVAIL  
*MOISE (P.), JACOBZONE (S.)*

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA

**OECD study of cross-national differences in the treatment, costs and outcomes of ischaemic heart disease.**

*Etude de l'OCDE sur les différences observées entre les Nations dans le traitement, le coût et les résultats relatifs aux maladies cardiaques ischémiques.*

OECD Health Working Papers ; 3.

Paris : OCDE : 2003 : 72p., tabl., fig.

B4831

<http://www.oecd.org/dataoecd/30/56/2511003.pdf>

L'étude sur les maladies liées au vieillissement compare les tendances en matière de traitements et de résultats par type de maladie. La plupart des décisions prises quotidiennement et qui déterminent la performance des systèmes de soins de santé le sont au moment du traitement d'une maladie spécifique. Ainsi, lors de la comparaison de la performance des systèmes de soins de santé par maladie, le projet des mala-

dies liées au vieillissement effectue une approche du bas vers le haut plutôt que l'approche plus habituelle, et va ainsi au coeur de la performance des systèmes de soins de santé. Ce document présente une telle analyse en ce qui concerne la cardiopathie ischémique. Les tendances dans les traitements préconisés varient considérablement d'un pays à l'autre pour les mêmes maladies et peuvent s'expliquer par des différences caractéristiques structurelles propre à chaque système de santé. Une analyse par type de maladie commence par l'examen de ces caractéristiques : les incitations économiques, les politiques et les réglementations qui influencent les décisions prises par des fournisseurs individuels dans le traitement d'une maladie spécifique et qui définissent l'approche de chaque système de santé. Afin d'évaluer correctement la performance des systèmes de santé, cette analyse doit s'accompagner d'un examen des conséquences qui résultent de ces tendances dans le domaine des traitements. Pour finir, l'analyse de la performance des systèmes de santé ne sera pas complète d'un point de vue économique sans une analyse du coût des approches des divers systèmes de santé face au traitement de la maladie. Ce document présente la cardiopathie ischémique. Les résultats montrent une variation importante dans les différents pays dans le choix d'interventions telles que des pontages coronariens et des angioplasties dans les différents pays, reproduisant ainsi les variations observées habituellement lors de comparaisons moins étendues. Cependant, ces variations ne trouvent pas leur explication dans les différences fondamentales en matière de demande d'interventions en cardiopathie ischémique, exprimée par le niveau de cardiopathie ischémique. Les taux d'intervention par angioplastie, par exemple, sont considérablement plus élevés en Belgique qu'au Royaume-Uni, malgré le niveau plus important de cardiopathies ischémiques chez ce dernier. Quelle peut être l'explication pour ces variations ? Les résultats montrent que la réglementation de la technologie dans le domaine des soins de santé peut en grande partie expliquer cette variation et à son tour peut fournir une explication en ce qui concerne des variations dans les dépenses de soins de santé pour la cardiopathie ischémique. Il n'est pas étonnant que les Etats-Unis, avec le plus fort taux d'interventions aussi bien pour les angioplasties, que pour les pontages coronariens, soit aussi le pays qui dépense le plus dans les soins de la cardiopathie ischémique, ce qui reflète le niveau du pays en ce qui concerne les dépenses globales de santé. Néanmoins dépenser plus pour traiter la cardiopathie ischémique ne se traduit pas forcément

par de meilleurs résultats de santé. Aux Etats-Unis les taux de décès en ce qui concerne les personnes âgées sont plus bas que dans les autres pays, mais ceci n'est pas le cas pour le groupe d'âge plus jeune (40-60 ans), alors que plusieurs pays obtiennent des meilleurs résultats en dépensant moins dans le traitement de la cardiopathie ischémique. Ce rapport constitue un outil précieux pour la comparaison des modalités de traitement de la cardiopathie ischémique dans différents pays. Qui plus est, il représente un pas en avant pour améliorer notre compréhension de la performance des systèmes de santé à travers une analyse selon la maladie traitée.

APPAREIL CIRCULATOIRE [PATHOLOGIE],  
CARDIOPATHIE, TRAITEMENT, THERAPEUTIQUE,  
COUT MALADIE, ANALYSE COUT BENEFICE,  
PERFORMANCE, SYSTEME SANTE,  
REGULATION, PREVENTION SANTE, OFFRE  
SOINS, DEMANDE SANTE, MORTALITE, AGE,  
SEXE, RISQUE ATTRIBUABLE, DISPARITE  
REGIONALE, INDICATEUR, CHOIX PRIORITE,  
SOINS AMBULATOIRES, HOSPITALISATION,  
INTERVENTION CHIRURGICALE,  
REHOSPITALISATION, SURVIE, INCIDENCE,  
MORBIDITE, FINANCEMENT SOINS,  
COUVERTURE SOCIALE, TECHNOLOGIE  
MEDICALE  
PAYS INDUSTRIALISE  
EVALUATION, ETUDE COMPAREE, DONNEE  
STATISTIQUE, ENQUETE, REGISTRE MALADIE,  
REGLEMENTATION



## Maladie d'Alzheimer

29542

RAPPORT

GALLEZ (C.)

Assemblée Nationale. Office Parlementaire  
d'Evaluation des Politiques de Santé.  
(O.P.E.P.S.). Paris. FRA

### ***La maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées.***

Paris : Assemblée Nationale : 2005 : 256p., tabl.,  
carte, ann.

B4967

Les démences dont la maladie d'Alzheimer et les  
maladies apparentées frappent 850 000 seniors  
en France et plus de 225 000 nouveaux cas sont  
recensés chaque année. Si aucun progrès médi-  
cal majeur n'est enregistré, on estime qu'environ  
1,3 million de personnes seront atteintes en  
2020, et environ 2,1 millions en 2040. Face à  
l'ampleur du problème, l'Office parlementaire  
d'évaluation des politiques de santé (Opeps) a

présenté le 12 juillet un volumineux rapport sur la  
maladie et l'offre de soins. Soulignant de nom-  
breuses insuffisances dans le dispositif actuel de  
dépistage et de prise en charge de la maladie,  
qu'il s'agisse du retard au diagnostic ou du ca-  
ractère largement inadapté de l'offre de soins, le  
rapporteur Cécile Gallez, député UMP (Nord),  
fait une série de recommandations : - Dédrama-  
tiser et changer l'image de la maladie par des  
campagnes d'information afin de faciliter l'accep-  
tation par les malades et les familles d'un dia-  
gnostic précoce ; - Créer de nouveaux centre-  
mémoire ; - Poursuivre les efforts de formation  
pour le personnel à domicile et en institution ;  
- Soulager le travail du médecin généraliste par  
la création de postes de "case manager", un in-  
terlocuteur unique pour coordonner les soins ; -  
Renforcer l'offre de soins en développant les ac-  
cueils de jour et les accueils de court séjour pour  
soulager les familles ; - Répondre très vite aux  
besoins urgents de lits dans les EHPAD : - Don-  
ner un nouvel élan à la recherche, tant clinique  
que fondamentale ; - Et inciter les Français à la  
souscription d'une assurance dépendance, en  
complément de la couverture publique, car la dé-  
pense consacrée à la prise en charge de la ma-  
ladie a été estimée à près de 10 milliards d'euros  
pour 2004, essentiellement à la charge des mé-  
nages qui contribuent à l'hébergement en institu-  
tion et à l'aide ménagère à domicile. Cette  
estimation pourrait atteindre les 19 milliards d'ici  
à quinze ans.

DEMENCE ALZHEIMER, DEMENCE SENILE,  
PREVENTION SANTE, INADEQUATION, OFFRE  
SOINS, DIAGNOSTIC, PRISE CHARGE, FAMILLE,  
AIDE AUX AIDANTS, ISOLEMENT, FATIGUE,  
DEPISTAGE, FINANCEMENT SOINS, RECHERCHE  
MEDICALE, COORDINATION, REPRESENTATION  
MALADIE, PRATIQUE MEDICALE, EFFICACITE,  
COMPORTEMENT SANTE, MORBIDITE,  
PREVALENCE, INCIDENCE, DEPENDANCE,  
PRESTATION VIEILLESSE, FACTEUR RISQUE,  
STRUCTURE SOCIALE PERSONNE AGEE,  
THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE,  
MEDICAMENT SYSTEME NERVEUX,  
THERAPEUTIQUE, RESEAU GERONTOLOGIQUE,  
MEDECINE VILLE, HOPITAL, ASSOCIATION,  
COLLECTIVITE TERRITORIALE, INSTITUTION,  
ACTEUR, BESOIN SANTE, COUT MALADIE, SOINS  
DOMICILE  
FRANCE, UNION EUROPEENNE  
EVALUATION, EXPERTISE , BILAN, ANALYSE  
PROBLEME, AIDE DECISION, DONNEE  
STATISTIQUE, ETUDE COMPAREE, ETUDE  
PROSPECTIVE

## Obésité

29294

OUVRAGE

LE GUEN (J.M.)

**Obésité : le nouveau mal français.**

Paris : Armand Colin : 2005 : 284p., index

B4830

Lutter contre l'obésité s'impose aujourd'hui comme une priorité. Tous les experts en conviennent, et, dès 1998, l'Organisation mondiale de la santé a lancé un cri d'alarme. L'épidémie " flambée " à travers le monde : plus de 300 millions d'obèses, 115 millions dans les pays les plus pauvres ou en mutation économique, 25 millions d'enfants de moins de 5 ans en surcharge pondérale. Le " modèle américain " annonce ce qui nous attend : la France, contrairement aux idées toutes faites, n'est en rien prémunie contre ce danger. Saura-t-elle éviter la catastrophe, alors qu'elle n'a jamais su se mobiliser autour de politiques d'éducation et de prévention ? Lutter contre le surpoids et l'obésité nécessite une réelle volonté politique faisant passer l'intérêt collectif avant les intérêts privés. À défaut, l'un des fondements de la nation, la solidarité au travers des régimes d'assurance maladie et de retraite, sera mis à mal. Les personnes obèses doivent bénéficier d'une prise en charge globale, médicale, psychologique et sociale, ce qui n'est encore que trop rarement le cas, et leur stigmatisation doit être combattue avec force. Mais au-delà, toute la population est concernée. Cet enjeu exige des stratégies publiques qui intègrent le concept de " santé durable ", seul susceptible de prendre en compte les dernières avancées médicales, comme les conditions économiques, sociales, industrielles ou encore environnementales d'un tel combat. Médecin, spécialiste de santé publique, responsable politique, socialiste de cœur et de conviction, Jean-Marie Le Guen a rédigé ce livre (en collaboration avec Marc Horwitz, journaliste, spécialisé dans les domaines de la protection sociale et de la santé publique) pour permettre à chacun de prendre conscience de la gravité du problème et pour proposer un véritable plan d'action (4e de couverture).

OBESITE, PREVENTION SANTE, NUTRITION, COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, PUBLICITE, ENFANT, MORBIDITE, MORTALITE EVITABLE, EDUCATION SANTE  
FRANCE , ETATS-UNIS, MONDE  
REGLEMENTATION ▲

29299

DOCUMENT DE TRAVAIL

Sénat. Paris. FRA

**La lutte contre l'obésité infantine.**

Les documents de travail du Sénat : série Législation comparée ; n° LC 147.

Paris : Sénat : 2005/06 : 38p.

B4942

Ce rapport de législation comparée présente tout d'abord les mesures prises en France pour lutter contre l'obésité infantine : programme national nutrition-santé 2001-2005, programme EPODE, ainsi que les textes réglementaires, dont les dispositions de la loi de santé publique d'août 2004. Puis il étudie les mesures normatives prises par d'autres pays pour lutter contre l'obésité : mesures applicables dans les établissements scolaires, mesures relatives à l'agro-alimentaire, mesures encadrant la publicité, mesures fiscales, etc. L'analyse des règles en vigueur dans six pays européens ainsi qu'en Amérique du Nord montre que la France s'est dotée, grâce à la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, d'un dispositif normatif de lutte contre l'obésité infantine équivalent à celui qui existe dans les pays anglo-saxons et plus développé que celui des autres pays d'Europe continentale.

OBESITE, ENFANT, PREVENTION SANTE, MESURE FISCALE, PROGRAMME SANTE, NUTRITION, ACTIVITE PHYSIQUE, SANTE PUBLIQUE [GENERALITE], PUBLIC, EDUCATION SANTE, USAGER INFORMATION, NORME, CANTINE SCOLAIRE, INDUSTRIE ALIMENTAIRE, REGULATION  
FRANCE, ALLEMAGNE, ANGLETERRE, BELGIQUE, DANEMARK, ESPAGNE, ITALIE, CANADA  
RECOMMANDATION, REGLEMENTATION , LOI, ETUDE COMPAREE



## Programmes de santé

28794

DOCUMENT DE TRAVAIL

BENNETT (J.)

Organisation de Coopération et de Développement Economiques. (O.C.D.E.). Paris. FRA

**Investment in population health in five OECD countries.**

*Investissement dans la santé des populations dans cinq pays de l'OCDE.*

OECD Health Working Papers ; 2.

Paris : OCDE : 2003 : 124p., tabl., fig.

B4830

<http://www.oecd.org/dataoecd/30/39/2510907.pdf>

Un intérêt croissant se manifeste pour les possibilités d'interventions préventives visant à améliorer l'état de santé moyen dans les pays de l'OCDE et à remédier aux inégalités de santé persistantes. Cet intérêt est porté à un large éventail d'interventions couvrant non seulement les services de santé mais aussi les mesures destinées à agir sur les comportements et les modes de vie et les actions visant à accroître la contribution des environnements social, économique et physique en matière de santé. L'éventail de ces interventions peut être désigné sous le terme "investissement dans la santé des populations". Ce document présente les informations recueillies sur les tendances en matière de santé et d'inégalités de santé dans les pays de l'OCDE et examine la question générale des investissements dans la santé des populations ainsi que les preuves de l'efficacité de certaines interventions. Il est centré sur les stratégies d'investissement dans la santé des populations et les établissements de cinq pays membres : l'Australie, le Canada, la Corée, la Suède et la Suisse. Notamment, il étudie les méthodes de financement des investissements dans la santé des populations et les niveaux de financement des actions préventives. Il présente l'éventail des mesures adoptées dans ces cinq pays pour lutter contre deux problèmes de santé particuliers : les préjudices liés à l'alcool et les chutes chez les personnes âgées. Plusieurs conclusions sont tirées. Il existe de nombreuses activités d'investissement dans la santé des populations, dont la rentabilité a été démontrée, comprenant des mesures dans des domaines tels que l'éducation pour la santé, la participation de la collectivité, la réglementation publique et la fiscalité. Toutefois, il y existe aussi des obstacles aux investissements dans la santé des populations, notamment le fait que ces investissements sont difficiles à évaluer et qu'en général la preuve de leur rentabilité fait défaut. De surcroît, il est souvent difficile de coordonner l'action des différents organismes publics quand les facteurs de risque sont multiples. Enfin, les investissements dans la santé des populations peuvent être désavantagés par les méthodes de financement adoptées pour les activités de santé publique - comme la budgétisation au coût historique - par rapport aux méthodes plus ouvertes employées pour les programmes à caractère curatif dans certains pays de l'OCDE. Enfin, il est proposé d'inclure certaines questions à approfondir en matière de santé des populations dans le futur programme de travail de l'OCDE sur la santé.

ETAT SANTE, PREVENTION SANTE, PROGRAMME SANTE, COMPORTEMENT SANTE, CHOIX PRIORITE, EDUCATION SANTE, FINANCEMENT, INVESTISSEMENT, INEGALITE SOCIALE, INDICATEUR SANTE, QUALITE VIE, ANALYSE COUT EFFICACITE, ALCOOLISME, CHUTE, PERSONNE AGEE, ESPERANCE VIE AUSTRALIE, COREE, AUTRICHE, CANADA, SUEDE, SUISSE  
ETUDE COMPAREE , DONNEE STATISTIQUE

## Sida

29544

RAPPORT

*LA BRETECHE (L. de), BOUSQUET (F.), ROBIN (C.), ROLLET (C.) / prés., CHARPIN (J.M.) / préf.*

Commissariat Général du Plan. (C.G.P.). Conseil National de l'Evaluation. (C.N.E.). Paris. FRA

**La politique de lutte contre le sida : 1994-2000.**

Paris : La documentation française : 2003/11 : 527p., tabl.

A3295

L'instance d'évaluation présidée par Christian Rollet, inspecteur général des Affaires sociales, a étudié la politique de lutte contre le sida menée en France depuis le milieu des années 1990 dans trois domaines : la prévention, l'accès aux soins et l'exercice de la solidarité auprès des personnes atteintes. Exceptionnelle à plusieurs titres, cette politique, à travers ses ambitions, l'importance des moyens engagés ou encore la nécessaire priorité donnée à la prévention, offrait un terrain particulièrement riche pour l'évaluation. A travers l'analyse des succès de cette politique (la mobilisation des acteurs, l'accès aux traitements et le respect des libertés publiques) et des aspects plus nuancés, voire négatifs (la défaillance du système d'information, les disparités entre les territoires et entre les groupes sociaux, les difficultés à cibler l'action), le rapport porte un regard global sur l'action des pouvoirs publics et propose des inflexions ou des consolidations de la politique de lutte contre le sida. Il est complété par une série importante d'annexes parmi lesquelles les contributions des associations de lutte contre le sida et les synthèses de trois études ("Connaissances, attitudes, croyances et comportements face au vih/sida en France en 2001", "La situation sociale des personnes vivant avec le vih/sida", "Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le vih/sida").

POLITIQUE SANTE, SIDA, PREVENTION SANTE  
EPIDEMIOLOGIE, PROGRAMME SANTE,  
THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE,  
MEDICAMENT ANTIRETROVIRAL, ACTEUR,  
SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE,  
COMMUNICATION, EDUCATION SANTE, JEUNE  
ADULTE, GROUPE POPULATION, REDUCTION  
RISQUE, TOXICOMANIE, LUTTE ANTIDROGUE,  
DEPISTAGE, PROGRAMME REGIONAL SANTE,  
ACCES SOINS, PRISE CHARGE, LUTTE CONTRE  
SIDA  
FRANCE  
EVALUATION, METHODOLOGIE, CHOIX  
PRIORITE, RECHERCHE, OBJECTIF, BILAN,  
RECOMMANDATION

## Sociologie du risque

29546  
OUVRAGE  
*BURTON-JEANGROS (C.)*  
**Cultures familiales du risque.**  
Paris : Anthropos : 2004 : 255p., tabl.  
A3297

À la croisée de la sociologie de la santé et de la sociologie du risque, cet ouvrage examine la gestion des risques au sein de la sphère privée. La santé est une préoccupation centrale des familles, or elle est constamment menacée par de nombreux risques. Certaines menaces sont relativement bien connues et font l'objet de campagne de prévention insistant sur la responsabilité de l'individu à entretenir sa santé - consommation de tabac, sida, ... -, d'autres en revanche sont marquées par les incertitudes - crise de la vache folle, ... - et les choix à faire ne vont pas de soi. Cet ouvrage cherche à comprendre comment les familles font face à ces différents aléas. L'ouvrage s'appuie sur une étude empirique analysant l'articulation entre conceptions de la santé, représentation des risques et pratiques sanitaires. Au-delà de la mise en évidence des hiérarchies sociales du danger, cette recherche révèle la diversité des réponses élaborées par les familles et permet de décrire plusieurs cultures du risque au sein du public.

CULTURE , FAMILLE, RISQUE , PRISE DE RISQUE,  
PREVENTION SANTE, SOCIOLOGIE,  
COMPORTEMENT SANTE, GESTION RISQUE ,  
REPRESENTATION SOCIALE, REPRESENTATION  
SANTE, CONDUITE EGARD TOXIQUE, SECURITE  
ROUTIERE, ACCIDENT CIRCULATION,  
TABAGISME , ALCOOLISME  
DEFINITION, CONCEPT, METHODOLOGI ,  
EVALUATION, QUESTIONNAIRE, SOCIOLOGIE  
SANTE

## Toxicomanie

29545  
RAPPORT  
*JAYLE (D.) / prés.*  
Premier Ministre. Mission Interministérielle de  
Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie.  
(M.I.L.D.T.). Paris. FRA  
**Plan gouvernemental de lutte contre les  
drogues illicites, le tabac et l'alcool : 2004-  
2008.**

Paris : La documentation française : 2004 : 125p.  
A3296

[http://www.drogues.gouv.fr/fr/savoir\\_plus/  
plan\\_quinquennal/Dro-  
gues%20plan%20gouvernemental\\_27\\_07\\_200  
4.pdf](http://www.drogues.gouv.fr/fr/savoir_plus/plan_quinquennal/Drogues%20plan%20gouvernemental_27_07_2004.pdf) - [http://lesrapports.ladocumentationfran-  
caise.fr/BRP/044000392/0000.pdf](http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/044000392/0000.pdf)

Prenant compte du plan triennal 1999-2002 qui avait retenu une approche globale de l'ensemble des substances et des conduites addictives, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool propose également un plan global mais dont les stratégies tiennent compte des caractéristiques propres à chaque produit et des conditions concrètes de consommation. Ce plan, associant parents et école, accorde une place majeure à la prévention et ce, afin d'empêcher ou retarder l'expérimentation des différentes substances et réduire les consommations. Outre le volet consacré au système de soins et à la coopération internationale, le plan se donne également comme objectif de faire évoluer et respecter les législations relatives au tabac et à l'alcool en rétablissant la portée de la loi.

LUTTE ANTIDROGUE, LUTTE ANTIALCOOL,  
LUTTE ANTITABAC, PREVENTION SANTE,  
PROGRAMME SANTE, PLAN, EDUCATION SANTE,  
CAMPAGNE INFORMATION, USAGER  
INFORMATION, REGLEMENTATION ANTIALCOOL,  
REGLEMENTATION ANTITABAC, DEPENDANCE  
TOXIQUE, POLITIQUE INTERNATIONALE  
FRANCE  
CHOIX PRIORITE, OBJECTIF, DEFINITION

## Veille sanitaire

28490  
RAPPORT  
*VACHEY (L.), CARRE (A.), CHEREAU (C.),  
DELOMENIE (P.), GAGNEUX (M.), BOUVIER  
(M.), FLAHAUT (A.), HUBERT (P.), SALMI (R.),  
SETBON (M.), TOUTAIN (P.L.)*  
Inspection Générale des Affaires Sociales.

(I.G.A.S.). Paris. FRA, Inspection Générale des Finances. (I.G.F.). Paris. FRA, Comité Permanent de Coordination des Inspections. (C.P.C.I.). Paris. FRA, Inspection Générale de l'Environnement. (I.G.E.). Paris. FRA

**Evaluation de l'application de la loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle sanitaire.**

Paris : IGAS : 2004/05 : 2 tomes - 3 volumes (90p.+124p.+120p.)

B4787/1-2-3

Cette évaluation de l'application de la loi du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille et du contrôle sanitaire en France précède l'évaluation réalisée par l'Office parlementaire des choix scientifiques et technologiques en février 2005. Elle a été réalisée conjointement par les experts de quatre institutions différentes : IGF, IGAS, IGE, CPCI. Elle fait un bilan du fonctionnement de plusieurs établissements publics français de veille sanitaire, dont les compétences souvent s'interpénètrent, et propose une reconfiguration du paysage de veille sanitaire. En annexe du rapport sont proposées des descriptions des dispositifs de veille sanitaire de l'Allemagne, de la Suède, des Pays-Bas et du Royaume-Uni.

POLITIQUE SANTE, ACTEUR, SECURITE SANITAIRE, RISQUE SANITAIRE, ALIMENT, AFSSA, AFSSAPS, MEDICAMENT, AUTORISATION MISE SUR MARCHÉ, REGLEMENTATION PHARMACEUTIQUE, MALADIE IATROGENE, PHARMACOVIGILANCE, VACCIN, CONTROLE QUALITE, CONTROLE SANITAIRE, RECHERCHE PHARMACEUTIQUE, VENTE, DISTRIBUTION MEDICAMENT, INFORMATION MEDICALE, INFORMATION MALADE, PRODUIT CHIMIQUE, CRISE, ENVIRONNEMENT, AFSSE, AGENCE SANITAIRE, SANTE PUBLIQUE [GENERALITE], INVS

FRANCE, ALLEMAGNE, SUEDE, PAYS- BAS, ROYAUME-UNI

BILAN, EVALUATION, ANALYSE PROBLEME, RECOMMANDATION, HISTORIQUE, LOI

## DÉPENSES DE SANTÉ

### Affections longue durée

28809

NOTE

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

**Le régime des affections de longue durée (ALD).**

Paris : HCAAM : 2005/04 : 97p., fig., tab., carte B4837

Cette note du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie adoptée le 28 avril 2005 dresse un bilan de la situation actuelle des ALD en France, et propose des perspectives d'amélioration pour l'avenir. Il pointe sur l'urgence d'une meilleure gestion des affections longue durée, qui représentent un enjeu considérable tant en termes de santé publique qu'en termes économiques. La part des dépenses de santé engagées par les 7,5 millions d'assurés sociaux en ALD représente 58 % des prises en charge des régimes d'assurance maladie, et ce poids est encore plus lourd si l'on considère non plus la dépense totale, mais son accroissement annuel. Les soins liés aux maladies exonérantes expliquent ainsi plus des trois quarts (77 %) de la croissance des soins de ville en 2003. Ce document souligne l'absence de toute modélisation prévisionnelle sérieuse de ces dépenses pour les années à venir d'une part, les carences criantes des statistiques sur les effectifs, les procédures de gestion et le profil de dépenses de ces assurés. Il écarte néanmoins une éventuelle suppression du dispositif.

MALADIE LONGUE DUREE, BENEFICIAIRE, AGE, COUT SANTE, DEPENSE SANTE, PERSONNE AGEE, DISPARITE REGIONALE, MORBIDITE DIAGNOSTIQUEE REGIME GENERAL, CANAM, MSA, SOINS AMBULATOIRES, HOSPITALISATION, CONTROLE MEDICAL, QUALITE SOINS, SEJOUR, MORTALITE, CONSOMMATION MEDICALE FRANCE REGION

EVALUATION, ANALYSE PROBLEME, BILAN, DONNEE STATISTIQUE, ETUDE PROSPECTIVE, ENQUETE, REGLEMENTATION, DROIT SECURITE SOCIALE, DEFINITION, LOI, PROPOSITION

## FAQSV

29305

### RAPPORT

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (C.N.A.M.T.S.). Direction des Risques Maladie. (D.R.M). Département de l'Innovation en Organisation des Soins. (D.S.I.O.). Paris. FRA

#### **Fonds d'aide à la qualité des soins de ville. Rapport d'activité 2004.**

Paris : CNAMTS : 2005 : 105p., ann. B4948

[http://www.ameli.fr/232/DOC/1979/article\\_pdf.html#](http://www.ameli.fr/232/DOC/1979/article_pdf.html#)

Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) a vocation à financer des actions visant à améliorer la qualité et la coordination des soins dispensés en ville. Ce rapport fait le bilan de l'année 2004 sur le fonctionnement et l'activité du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville au niveau national. L'activité des instances s'est maintenue au même rythme qu'en 2003, le nombre global de dossiers acceptés est toujours en progression en région (540 avis favorables en 2004 - dont 5 dossiers au niveau national - contre 452 l'année précédente), et la proportion de refus continue de baisser (22 %) ce qui prouve que les dossiers sont de meilleure qualité et que l'effort entrepris en région pour accompagner les promoteurs porte ses fruits. Le montant des aides allouées est de 65 millions d'euros, en hausse de 8,5 % sur un an. 58 % des projets financés concernent des regroupements composés exclusivement de professionnels libéraux. A noter le poids important des financements liés à la permanence des soins (30 % des projets mais 39 % des montants alloués). Le montant global des dépenses du FAQSV pour 2004 s'est élevé à 59,4 millions d'euros, représentant 56 % du plafond de dépenses autorisées (106 millions). De fortes disparités régionales demeurent : l'Ile-de-France comme le Nord-Pas-de-Calais ont un taux de consommation de leur enveloppe proche de 95 %. A l'opposé, la Réunion et le Limousin ont versé moins de 7 % de leur enveloppe, et le niveau national 29 %. Par ailleurs, le rapport d'évaluation du Fonds sera remis au Parlement et au Gouvernement à la fin septembre 2005, pour l'examen du PLFSS pour 2006.

PROJET, PROGRAMME ACTION, ACTEUR, OBJECTIF, PRATIQUE MEDICALE, ORGANISATION, EVALUATION, QUALITE SOINS, SOINS AMBULATOIRES, DEPENSE FRANCE, FRANCE REGION

## BILAN , RAPPORT ACTIVITE



### Financement des soins

28869

#### DOCUMENT DE TRAVAIL

SHEN (Y.C.), MCFEETERS (J.)

National Bureau of Economic Research (N.B.E.R.). Cambridge CA. USA

#### **Out-of-pocket health spending between low- and higher-income populations : who is at risk of having high financial burdens ?**

*Les dépenses de santé restant à charge des populations à faible et haut revenu : qui de ces deux populations risque d'avoir la charge financière la plus élevée ?*

NBER Working Paper Series ; n° 11179

Cambridge : NBER : 2005/03 : 27p., tabl., graph., fig.

P193

<http://www.nber.org/papers/w11179.pdf>

We examined characteristics of people with little, moderate, and high burden of out-of-pocket health spending separately for low-income (below 200% of Federal Poverty Line) and higher-income populations. We find that public insurance appears to offer the best financial protection against high out-of-pocket burden. People with private non-group coverage, regardless of their income levels, have the highest risk of being exposed to high out-of-pocket burden. Low-income adults with employer-sponsored insurance are also more likely to be in high burden group than the low-income uninsured adults. For higher-income families, having a family member in fair or poor health is another significant risk factor to increase the likelihood of high out-of-pocket burden. Increasing presence of HMO and Federally Qualified Health Centers appear to have lowered the odds of being in the high-burden category relative to low-burden category, especially for the low-income group.

REVENU, PAUVRETE, FINANCEMENT SOINS, COUVERTURE SOCIALE, ASSURANCE MALADIE, ASSURANCE PRIVEE, HMO, DEPENSE SANTE, ENTREPRISE, ETAT SANTE ETATS-UNIS IMPACT, EVALUATION ▲

29567

#### OUVRAGE

NEWHOUSE (J.P.)

#### **Pricing the priceless : a health care conundrum.**