

Après une relative stabilité de la durée hebdomadaire de travail déclarée par les médecins à l'enquête Emploi durant les années 80, celle-ci évolue à la hausse depuis 1992 (de 48 h en 1992 à 51 h en 2000), malgré la féminisation croissante du corps médical et le développement du temps partiel (de 10 % en 1992 à 11,5 % en 1999). Ceci est à mettre en regard des effets conjugués de l'âge, du sexe et de l'organisation du travail. Les caractéristiques personnelles et professionnelles des médecins déterminent en effet des différences de durée du travail importantes : par exemple, toutes choses égales par ailleurs, une femme travaille en moyenne 6 h de moins par semaine qu'un homme ; un homme exerçant habituellement la nuit travaille, toutes choses égales par ailleurs, en moyenne 3 h de plus qu'un confrère qui ne travaillerait que le jour. L'âge joue également sur la durée du travail, mais de façon limitée et seulement à partir de 55 ans. Si, pendant les vingt prochaines années, les comportements restaient identiques à ceux observés en moyenne depuis huit ans, et en supposant la durée et la part du temps partiel identiques à celles déclarées actuellement, l'impact mécanique de la féminisation, de la déformation de la pyramide des âges des médecins et de l'évolution de leurs modes d'exercice devrait conduire à une réduction d'environ deux heures du temps de travail moyen de l'ensemble des médecins, soit environ quatre points « d'équivalent temps plein ».

Xavier NIEL
Annick VILAIN
Ministère de l'Emploi et de la solidarité
DREES

Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions sociodémographiques

L'enquête *Emploi* réalisée chaque année par l'INSEE auprès d'un échantillon de la population permet d'appréhender la durée de travail effectuée par les médecins et son évolution depuis 1983. Il s'agit d'une durée déclarée (encadré 1) : les médecins sont interrogés en mars de chaque année sur la durée de leur activité habituelle, et sur la durée de travail effectuée la semaine précédant l'enquête lorsqu'ils n'ont pas de durée habituelle de travail. Cette dernière est toujours supérieure à la durée moyenne déclarée par les médecins ayant des horaires habituels.

À partir de 1990, année de rénovation de l'enquête *Emploi*, environ 65 % des médecins déclarent une durée habituelle de travail alors qu'avant 1990, seuls 10 % en indiquaient une. La durée moyenne de travail ne peut donc pas être appréhendée avant 1990 faute de données significatives sur les durées habituelles. Entre 1983 et 1990, la durée de travail déclarée par les médecins pour la semaine précédant



l'enquête est restée par ailleurs globalement autour de 50 h par semaine, mais avec des variations annuelles importantes. Du fait de cette rupture de série, nous nous consacrerons essentiellement aux données des années 90, en nous concentrant sur la période 1992-2000.

E•1

Le temps de travail des médecins dans l'enquête Emploi de l'INSEE

Le travail à temps partiel : il est habituellement considéré dans l'enquête Emploi par la question : « Dans sa profession principale, M... travaille-t-il à temps complet ou à temps partiel ? ». Dans le cas des médecins, la profession principale peut s'entendre au sens d'une activité libérale, à laquelle s'ajoute une activité annexe à l'hôpital ou d'enseignement. Ces activités annexes doivent être considérées comme une autre forme de l'activité principale, mais en aucun cas comme un travail supplémentaire à un travail à temps partiel. Dans cette étude ne sont donc comptés comme médecins ayant opté pour le temps partiel que ceux qui déclarent travailler à temps partiel dans leur activité principale et n'exerçant pas par ailleurs régulièrement des activités médicales ou d'enseignement.

La durée hebdomadaire : C'est la réponse à la question : « Quel nombre d'heures M... effectue-t-il habituellement par semaine ? », pour ceux qui ont répondu à cette question. Mais 40 % des médecins déclarent avoir des horaires qui ne sont pas les mêmes tous les jours. Pour ceux-ci, la durée hebdomadaire de travail considérée dans cette étude est la réponse donnée à la question : « la semaine dernière (du lundi au dimanche) combien d'heures de travail M... a-t-il réellement accompli dans sa profession principale ? ». Cela comprend les heures supplémentaires réellement accomplies (donc incluant les gardes), non compris les heures payées mais non accomplies, le temps de trajet domicile-travail, les pauses repas, les heures perdues pour cause de maladie, congé, etc. À ces heures accomplies dans le cadre de l'activité principale, on a ajouté les heures effectuées dans le cadre de l'activité secondaire lorsque celle-ci existe, qu'elle est régulière à long terme d'année, et liée à une activité médicale ou d'enseignement.

Une évolution à la hausse du temps de travail depuis 1992 malgré la féminisation du corps médical et le développement du temps partiel

En 1992, la durée hebdomadaire moyenne déclarée par les médecins était de 48 heures. Ceux-ci ont ensuite continûment évalué leur temps de travail à la hausse (graphique 1). En 2000, la durée moyenne hebdomadaire de travail déclarée à l'enquête *Emploi* était de 51 heures.

Cette augmentation de la durée moyenne du travail s'est opérée malgré l'accroissement régulier de la féminisation de la profession, qui a mécaniquement exercé un impact à la baisse.

Les femmes médecins travaillent en effet, toutes choses égales par ailleurs¹, en moyenne 6 heures de moins que les hommes (cf. infra), et leur progression parmi les médecins en activité s'est accrue de 5 points entre 1992 et 2000. La hausse du temps de travail observée depuis huit ans est donc liée à d'autres facteurs.

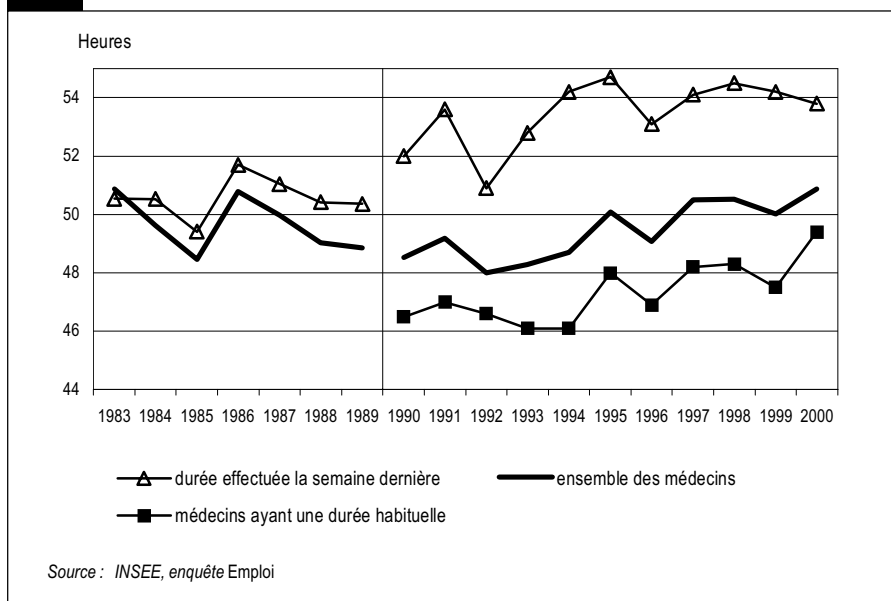
De la même façon, la part des médecins en activité déclarant exercer à temps partiel est passée de 10 % à 11,5 % entre 1992 et 1999. À temps partiel, un médecin travaille en moyenne 29 h, ce qui représente environ 55 % d'un temps plein. L'accroissement de la durée moyenne de travail sur la période 1992-2000 reflète intégralement celui de la durée du travail des médecins exerçant à temps plein, alors même que la part des femmes s'est accrue également parmi eux (graphique 2).

Des effets conjugués de l'âge, du sexe et de l'organisation du travail

Pour expliquer cette hausse du temps de travail, l'influence de l'évolution des modes d'exercice des médecins mériterait d'être évaluée, comme celle de la part de la féminisation ou du temps partiel. Mais cette influence est en fait indissociable de celles conjointes du sexe, de l'âge et de l'organisation du travail. Par exem-

2

G.01 évolution de la durée hebdomadaire du travail des médecins



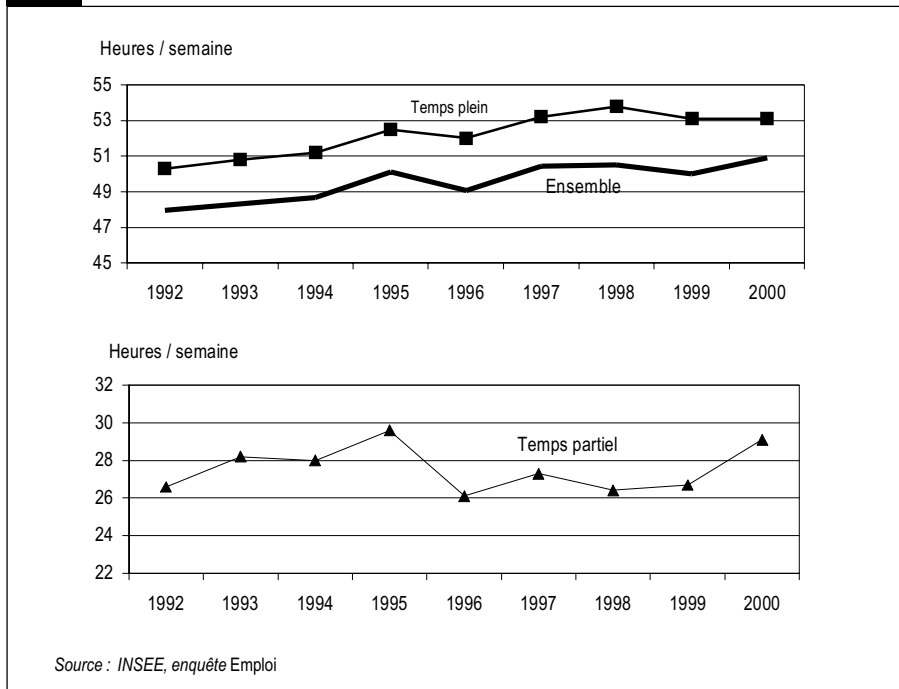
1. C'est-à-dire à organisation du travail comparable (complet ou partiel, de nuit, le week-end) et à âge, nombre d'enfants, nationalité, région et mode d'exercice, spécialisation et urbanisation identiques.

ple, l'activité salariée, et surtout sa part non hospitalière (secteurs sociaux, médecine de prévention ou de contrôle, administration) est surtout choisie par les femmes. Parallèlement, le travail à temps partiel y est également plus souvent pratiqué que dans l'exercice libéral. Activité salariée, féminisation et temps partiel sont donc imbriqués et l'examen de la seule influence de la part croissante du salariat sur l'évolution de la durée du travail doit alors se faire « toutes choses égales par ailleurs », en y incluant l'ensemble des évolutions démographiques et professionnelles du corps médical susceptibles de jouer sur le temps de travail (graphique 3). Il en va de même, par exemple, pour l'analyse des effets de l'implantation de moins en moins fréquente des médecins dans les zones rurales sur le temps de travail moyen, ou encore de l'influence, sur ce même temps de travail, de la déformation de la pyramide des âges des médecins en activité.

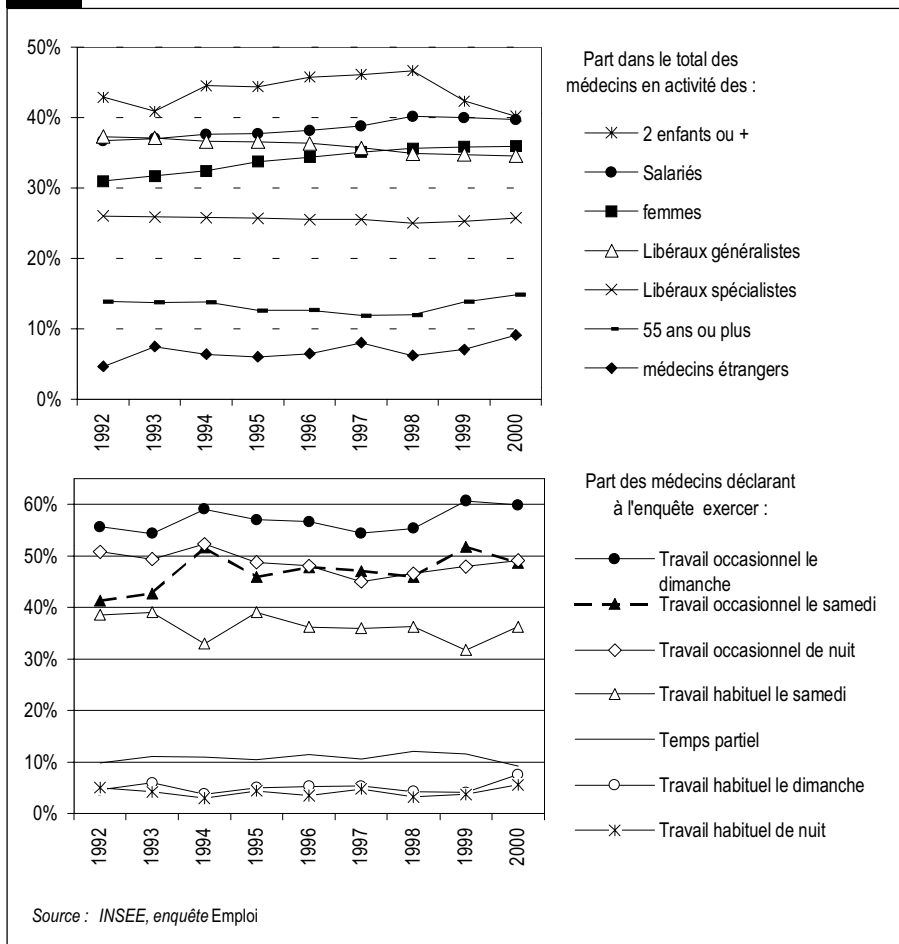
Des différences de durée de travail importantes selon les caractéristiques personnelles ou professionnelles des médecins

Toutes choses égales par ailleurs, une femme travaille en moyenne 6 heures de moins, par semaine, qu'un homme (tableau 1). Cet écart n'a pas varié depuis 1992. D'autre part, un médecin à temps partiel travaille en moyenne 16 heures de moins qu'un médecin à temps complet de sexe et d'âge identiques et dans les mêmes conditions d'exercice. Ces deux effets (sexe et temps partiel) peuvent se cumuler : en 2000, une femme à temps partiel travaille ainsi, toutes choses égales par ailleurs, 22 heures de moins qu'un homme à temps complet. La féminisation de l'exercice médical et l'augmentation de la part du travail à temps partiel contribuent donc bien à faire baisser le temps de travail moyen.

G.02 évolution de la durée du travail hebdomadaire déclarée à l'enquête Emploi



G.03 évolution des structures démographiques et professionnelles du corps médical



Par ailleurs, l'activité des médecins se réduit quelque peu à partir du deuxième enfant, mais de 1 heure hebdomadaire seulement.

D'autres facteurs entrent également en jeu dans le calcul de la durée moyenne du travail hebdomadaire

des médecins, parmi lesquels le travail de nuit ou le week-end. Un médecin qui exerce habituellement la nuit travaille, toutes choses égales par ailleurs, en moyenne 3 heures de plus qu'un confrère qui ne travaillerait que le jour, et environ une demi-heure de

plus que celui qui travaillerait occasionnellement la nuit (tableau 1). Les écarts sont encore plus grands entre ceux qui travaillent habituellement, occasionnellement ou jamais le week-end.

Inversement, l'exercice salarié non hospitalier permet des horaires beaucoup plus légers que l'activité libérale. À sexe, âge, nombre d'enfants et organisation du travail (complet ou partiel, travail de nuit, le samedi ou le dimanche) identiques, et dans des zones géographiques comparables, un médecin salarié non hospitalier travaille en moyenne 4 heures de moins qu'un généraliste libéral, 3 heures de moins qu'un spécialiste libéral et 1 heure de moins qu'un médecin salarié de l'hôpital. Si, pris dans leur ensemble, les médecins salariés non hospitaliers travaillent en moyenne 15 heures de moins que les généralistes libéraux, c'est donc essentiellement parce que cette activité est pratiquée par de nombreux médecins à temps partiel et que le travail habituel de nuit, le samedi ou le dimanche, y est beaucoup plus rare.

L'implantation en zone rurale n'a, de son côté, pas d'effet sur le temps de travail, une fois contrôlées des caractéristiques comme la spécialisation, le sexe ou le mode d'exercice. Que la durée de travail des médecins de campagne soit en moyenne plus élevée qu'en ville, est dû à la forte proportion de médecins généralistes et à une féminisation moins marquée en milieu rural. De même, le fait que les médecins de moins de 45 ans travaillent 3 heures de moins que leurs confrères plus âgés est dû à une proportion de femmes plus élevée parmi les jeunes médecins.

Toutes choses égales par ailleurs, les médecins les plus jeunes ne travaillent que 1 heure de moins seulement que les médecins âgés de 46 à 54 ans. L'âge ne commence vraiment à intervenir sur le temps de travail – et encore, modestement – qu'à partir de 55 ans. En effet, les médecins âgés

T
01

Impact sur le temps de travail des médecins de leurs caractéristiques démographiques et professionnelles par rapport à une situation de référence

(référence : en 1992, généraliste libéral homme, de 46 à 54 ans, de nationalité française, sans enfant, exerçant à temps plein, mais jamais la nuit, le samedi ou le dimanche)

Durée moyenne de travail de la situation de référence		47 h 22 mn
Année	1992	Référence
	1993	+ 21 mn
	1994	+ 42 mn
	1995	+ 1 h 03 mn
	1996	+ 1 h 24 mn
	1997	+ 1 h 45 mn
	1998	+ 2 h 06 mn
	1999	+ 2 h 27 mn
	2000	+ 2 h 48 mn
	Sexe	Homme
Femme		- 6 h 11 mn
Âge	Inférieure à 40 ans	- 1 h 14 mn
	De 40 à 45 ans	- 1 h 12 mn
	De 46 à 54 ans	Référence
	55 ans ou plus	- 1 h 41 mn
Nombre d'enfants	0	Référence
	1	n.s.
	2 ou plus	- 1 h 03 mn
Nationalité	Français	Référence
	Étranger	- 1 h 45 mn
Situation professionnelle	Libéral généraliste	Référence
	Libéral spécialiste	- 1 h 08 mn
	Salarié hospitalier	- 3 h 05 mn
	Salarié non hospitalier	- 3 h 51 mn
Type d'organisation du temps de travail	Temps complet	Référence
	Temps partiel	- 16 h 24 mn
Travail de nuit ou le week-end	Jamais la nuit	Référence
	Habituellement la nuit	+ 3 h 26 mn
	Certaines nuits seulement	+ 2 h 58 mn
	Jamais le samedi	Référence
	Habituellement le samedi	+ 5 h 58 mn
	Certains samedis seulement	+ 3 h 01 mn
	Jamais le dimanche	Référence
	Habituellement le dimanche	+ 8 h 02 mn
	Certains dimanches seulement	+ 4 h 16 mn

Source : Insee, enquête Emploi

Lecture : un médecin travaille, toutes choses égales par ailleurs, 21 minutes de plus chaque année depuis 1992. En moyenne, sur cette période, une femme travaillait 6 heures 11 minutes de moins qu'un homme en tous points comparable à elle. Les tranches d'unité urbaine et les régions n'ont pas été intégrées dans ce tableau car elles n'ont pas d'influence propre sur le temps de travail. Les durées hebdomadaires de travail moyennes par sexe et mode d'exercice en 1999 ont été publiées dans *Études et Résultats* n°44 de décembre 1999.

de 55 ans ou plus travaillent en moyenne environ 2 heures de moins que ceux de la tranche d'âge inférieure. Pour sa part, la nationalité joue, toutes choses égales par ailleurs, assez sensiblement puisqu'un médecin étranger exerce en moyenne environ 2 heures et demie de moins qu'un confrère français comparable à lui dans ses caractéristiques démographiques et professionnelles.

L'augmentation de la durée du travail déclarée depuis 1992 n'apparaît pas liée à l'évolution des structures démographiques ou professionnelles des médecins

Les changements de structures démographiques (féminisation, modification de la pyramide des âges) et professionnels de l'exercice médical (augmentation de la part du salariat entre 1992 et 2000, du temps partiel entre 1992 et 1999, mais également de la part des médecins qui travaillent parfois le samedi ou le dimanche) auraient dû, globalement et s'ils agissaient seuls, contribuer à une diminution d'environ une demi-heure de la durée moyenne du travail des médecins. L'augmentation du temps de travail, observée depuis 1992, n'est donc pas entièrement décrite par les variables retenues. Indépendamment de la féminisation, du salariat croissant, de la montée du temps partiel etc., un médecin travaille chaque année, depuis 1992, en moyenne 21 minutes de plus que l'année précédente. Ceci est manifeste pour les médecins salariés : les femmes exerçant à temps plein à l'hôpital déclarent actuellement travailler environ 4 heures de plus qu'en 1992, les salariées non hospitalières environ 5 heures de plus. Cela se vérifie également, mais dans une moindre mesure, pour l'exercice libéral où les temps de travail sont déjà très au-dessus de la moyenne. Ainsi, le temps de travail des femmes généralistes à temps complet, quoiqu'en légère aug-

mentation depuis 1992, semble se stabiliser autour de 50 heures par semaine, tandis que celui déclaré par les hommes est passé de 55 heures en 1992 à 58 heures par semaine en 2000. L'hypothèse d'une demande de soins croissante, à laquelle les médecins auraient été tentés de répondre malgré des semaines déjà chargées afin, par exemple, de maintenir leur pouvoir d'achat², mériterait d'être considérée. Elle ne peut cependant pas être directement testée à partir des données disponibles.

Un impact de l'ordre de 2 heures des évolutions socioprofessionnelles sur le temps de travail des médecins à l'horizon 2020

L'évolution du temps de travail des médecins au cours des vingt prochaines années est bien évidemment très difficile à projeter. Les hypothèses sur l'évolution de la part et de la durée du temps partiel sont essentiel-

les pour ce calcul et peuvent faire l'objet de variantes (encadré 2).

Dans un scénario à comportements constants, par construction peu réaliste, il est possible de figer la part du travail à temps partiel sur les vingt prochaines années au niveau moyen calculé sur l'ensemble des années 90 pour chaque catégorie de médecins classés par âge, sexe et situation professionnelle (libéral généraliste, libéral spécialiste, salarié hospitalier, salarié non hospitalier) et de supposer que les temps hebdomadaires de travail, partiel ou complet, par sexe et mode d'exercice restent pendant vingt ans identiques à ceux déclarés en moyenne entre 1992 et 2000. L'hypothèse implicite de cette projection est alors que les modifications de cette durée hebdomadaire ne seront dues qu'à la déformation des structures par sexe, âge et mode d'exercice. Ces hypothèses de stabilité des comportements sont peu vraisemblables mais permettent de calculer l'impact sur le temps de travail des mé-

E•2

Les projections : hypothèses et résultats

Le modèle de projection élaboré par l'INED et la DREES permet d'établir des projections régionalisées de médecins selon l'âge, le sexe, la spécialité et le mode d'exercice principal (libéral, hospitalier ou salarié non hospitalier).

Le scénario central de projection est un scénario à « comportements constants », qui ne correspond pas forcément aux hypothèses les plus réalistes mais aux derniers résultats observés.

Les hypothèses retenues prévoient le maintien du numerus clausus à son dernier niveau (4 100), assorti d'un maintien du nombre de postes d'internes offerts lors du dernier concours (1 843). Alors qu'on compte actuellement 49 % de généralistes parmi les médecins, leur part augmenterait donc légèrement sous cette hypothèse pour atteindre 54 % des effectifs en 2020.

L'hypothèse concernant l'évolution de la part des femmes est celle d'un maintien, tout au long de la simulation, de 50 % de femmes dans les promotions de diplômés, ce qui porte mécaniquement la part de femmes parmi les médecins en activité de 36 % à 49 % en 2020. Les parts de médecins hospitaliers et salariés non hospitaliers pourraient donc aussi mécaniquement augmenter, du fait que les femmes se tournent moins souvent que les hommes vers le secteur libéral. D'ici vingt ans, la part de médecins hospitaliers (29 % en 2000) croîtrait, dans le cadre de cette projection, de 3 points et celle des salariés non hospitaliers (11 % en 2000) de 2 points.

La part de médecins de 55 ans et plus, de 13 % actuellement, atteindrait quant à elle 40 % en 2020 avec une stabilisation du numerus clausus à 4 100 et un maintien à 65 ans de l'âge moyen de cessation d'activité.

2. Le pouvoir d'achat des médecins libéraux a globalement stagné entre 1992 et 1995. Il a diminué entre 1992 et 1999 pour ceux qui exerçaient seuls, ainsi que pour certaines spécialités, quel que soit leur mode d'exercice (chirurgiens généralistes, ORL, gynécologues, dermatologues).

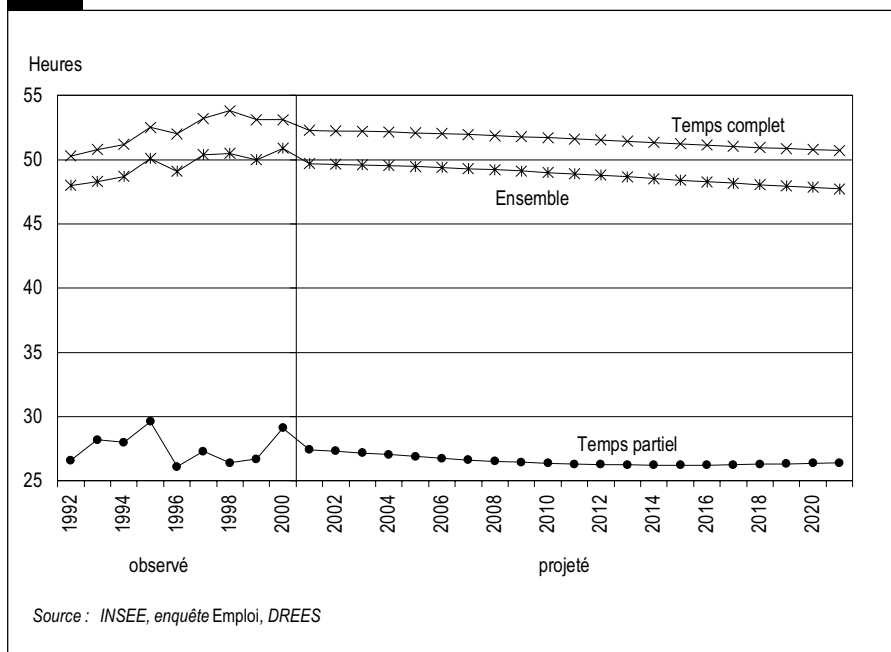
decins des seules déformations des structures démographiques et professionnelles du corps médical et, notamment, celui de la poursuite de la féminisation.

Globalement, ces changements de structures pourraient n'avoir en fait que des effets limités sur le rapport entre temps de travail moyen et temps complet (graphique 5). Le calcul d'un « équivalent temps plein », même s'il a, *a priori*, moins de sens que pour des activités salariées, peut en effet s'effectuer pour les médecins en rapportant leur durée moyenne de travail à celles des seuls médecins à temps plein. Le temps de travail de 100 médecins représentait ainsi, en moyenne, au cours des huit dernières années, celui de 95 médecins à temps plein. Dans le scénario précédent, en 2020, le temps de travail de 100 médecins représenterait encore celui de 94 médecins à temps plein.

L'augmentation à venir de 13 points de la proportion de femmes du corps médical (de 36 % actuellement à 49 % en 2020) ne s'accompagnerait en effet que d'une augmentation limitée de la part du temps partiel (10,8 % sur les huit dernières années, puis en augmentation, surtout à partir de 2010, jusqu'à 12,5 % en 2020). Elle n'engendrerait alors qu'une diminution de l'équivalent temps plein d'une unité en vingt ans.

L'impact serait toutefois plus important si l'on compare le temps de travail moyen d'un médecin ainsi projeté en l'an 2020 à celui d'un médecin actuellement à temps complet, c'est-à-dire travaillant en moyenne 53 heures par semaine. Les évolutions des structures démographiques et professionnelles du corps médical auront, en effet, tendance à réduire la durée moyenne de travail d'un médecin à temps complet d'en-

G.04 projection du temps de travail moyen des médecins
hypothèses de stabilisation des comportements aux niveaux observés entre 1992 et 2000



viron 1 heure et demie d'ici 2020 et celle de l'ensemble des médecins de 2 heures. Près des trois quarts de cette baisse seraient dus à la féminisation, alors que le vieillissement et les modifications de mode d'exercice expliqueraient, à parts égales, la demi-heure de baisse restante.

Cette évolution pourrait alors diminuer « l'équivalent temps plein » de 2020 rapporté à celui de 2000 de près de 4 points, le temps hebdomadaire moyen d'un médecin en 2020 représentant alors, du fait des seules évolutions sociodémographiques, celui de 91 médecins actuellement à temps complet. Le choix de la référence (temps plein en 2020 ou en 2000) influence donc sensiblement le résultat du scénario de projection ainsi établi. Il faut d'ailleurs noter qu'un tel choix aurait ainsi conduit, s'il avait été adopté en 1992, à projeter pour la période 1992-2000 une baisse de « l'équivalent temps plein » en 1992 alors que celui-ci s'est en

réalité élevé de 6 points, du fait de l'augmentation tendancielle de la durée du temps complet mise en évidence précédemment.

Des changements de comportements pouvant s'ajouter aux changements structurels, la projection de l'évolution de la durée de travail des médecins se révèle donc difficile, dans un contexte général de réduction du temps de travail des actifs, même si l'impact des évolutions sociodémographiques sur cette durée est, bien entendu, indispensable à prendre en compte. ●

Pour en savoir plus

- Marc SIMON, Xavier NIEL, « L'effectif et le temps de travail des médecins au 1^{er} janvier 1999 », *Études et Résultats* n° 44, décembre 1999.

Études et résultats numéros parus

- Élisabeth Algava et Marie Avenel :
« *Les bénéficiaires de l'Allocation de parent isolé (API)* »,
Études et résultats n° 112, avril 2001
- Roselyne Kerjosse :
« *La prestation spécifique dépendance au 31 décembre 2000* »,
Études et résultats n° 111, avril 2001
- Sophie Audric :
« *Les masseurs-kinésithérapeutes dans les régions : offre de soins, revenus et caractéristiques des populations* »,
Études et résultats n° 110, avril 2001
- Gérard Badeyan et Claudine Parayre avec la collaboration de Marie-Claude Mouquet, Sergine Tellier, Simona Dragos et Eytan Ellenberg :
« *Suicides et tentatives de suicide en France : une tentative de cadrage statistique* »,
Études et résultats n° 109, avril 2001
- Martine Eenschooten :
« *Les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus* »,
Études et résultats n° 108, mars 2001
- Bénédicte Boisguérin : « *Les bénéficiaires de la CMU au 31 décembre 2000* »,
Études et résultats n° 107, mars 2001
- Christian Monteil :
« *Les enfants handicapés en internat en 1998* »,
Études et résultats n° 106, mars 2001
- Alain Briand, Sandrine Chambaretaud :
« *La consommation de médicaments non prescrits* »,
Études et résultats n° 105, mars 2001
- Marc Cohen-Solal, Christian Loisy :
« *Transferts sociaux et pauvreté en Europe* »,
Études et résultats n° 104, février 2001
- Nelly Gouider avec la collaboration d'Annie Deville : « *La conjoncture des hôpitaux publics au cours des trois premiers trimestres 2000* »,
Études et résultats n° 103, février 2001
- Didier Balsan, Sandrine Chambaretaud :
« *La croissance des dépenses de médicaments remboursables d'août 1998 à juillet 2000* »,
Études et résultats n° 102, février 2001
- Dominique Baubeau, Frédéric Bousquet et Marc Joubert, avec la participation du P^r Christophe Baudouin, du D^r Stéphane Quesnot, du D^r Thierry Torrossian et d'Alain Corvez :
« *Le traitement chirurgical de la cataracte en France : un développement encore limité de la chirurgie ambulatoire* »,
Études et résultats n° 101, février 2001
- Bertrand Lhommeau et Laurent Paupy :
« *Les effets redistributifs de la politique familiale : un éclairage à l'aide de quelques cas-types* »,
Études et résultats n° 100, février 2001
- Serge Darriné, Xavier Niel :
« *Les médecins omnipraticiens au 1^{er} janvier 2000 - 95 000 médecins, dont 22 000 ont des orientations complémentaires ou des modes d'exercice particuliers* »,
Études et résultats n° 99, janvier 2001
- Roselyne Kerjosse : « *La prestation spécifique dépendance au 30 septembre 2000* »,
Études et résultats n° 98, janvier 2001
- Marie Avenel : « *Les enfants de moins de 6 ans et leurs familles en France métropolitaine* »,
Études et résultats n° 97, janvier 2001
- Bénédicte Boisguérin : « *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 septembre 2000* »,

Pour obtenir *Études et Résultats*

Écrire au ministère de l'Emploi et de la solidarité, secrétariat de rédaction de la DREES, 11, Place des Cinq martyrs du Lycée Buffon, 75696 Paris cedex 14 • Envoyer une télécopie au 01 40 56 81 40 • Consulter l'intégralité des textes sur le site Internet du ministère www.sante.gouv.fr/htm/publication

Ministère de l'Emploi et de la solidarité
11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

Internet : www.sante.gouv.fr/html/publication

un hebdomadaire :

Études et résultats

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopies : 01 40 56 81 40

01 40 56 88 00

www.sante.gouv.fr/html/publication

trois revues trimestrielles :

Revue française des affaires sociales

revue thématique

dernier numéro paru :

« L'urgence sociale : du Fonds d'urgence sociale aux Commissions de l'action sociale d'urgence »,
n° 1, janvier-mars 2001

Dossiers solidarité et santé

revue thématique

dernier numéro paru :

« Les revenus sociaux en 1999 », n° 4, octobre-décembre 2000

Cahiers de recherche de la MiRe

des ouvrages annuels :

Annuaire des statistiques sanitaires et sociales

Données sur la situation sanitaire et sociale

et aussi...

Chiffres et indicateurs départementaux, édition 1998

Indicateurs sociosanitaires
comparaisons internationales - évolution 1980-1994
(Allemagne, Canada, États-Unis, France, Québec, Royaume-Uni)

Chiffres repères sur la protection sociale dans les pays de l'Union européenne

STATISS, les régions françaises

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm

Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

Internet : www.ladocfrancaise.gouv.fr