

# Quoi de neuf, Doc ?

Bulletin bibliographique  
en économie de la santé  
Novembre - Décembre 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 :

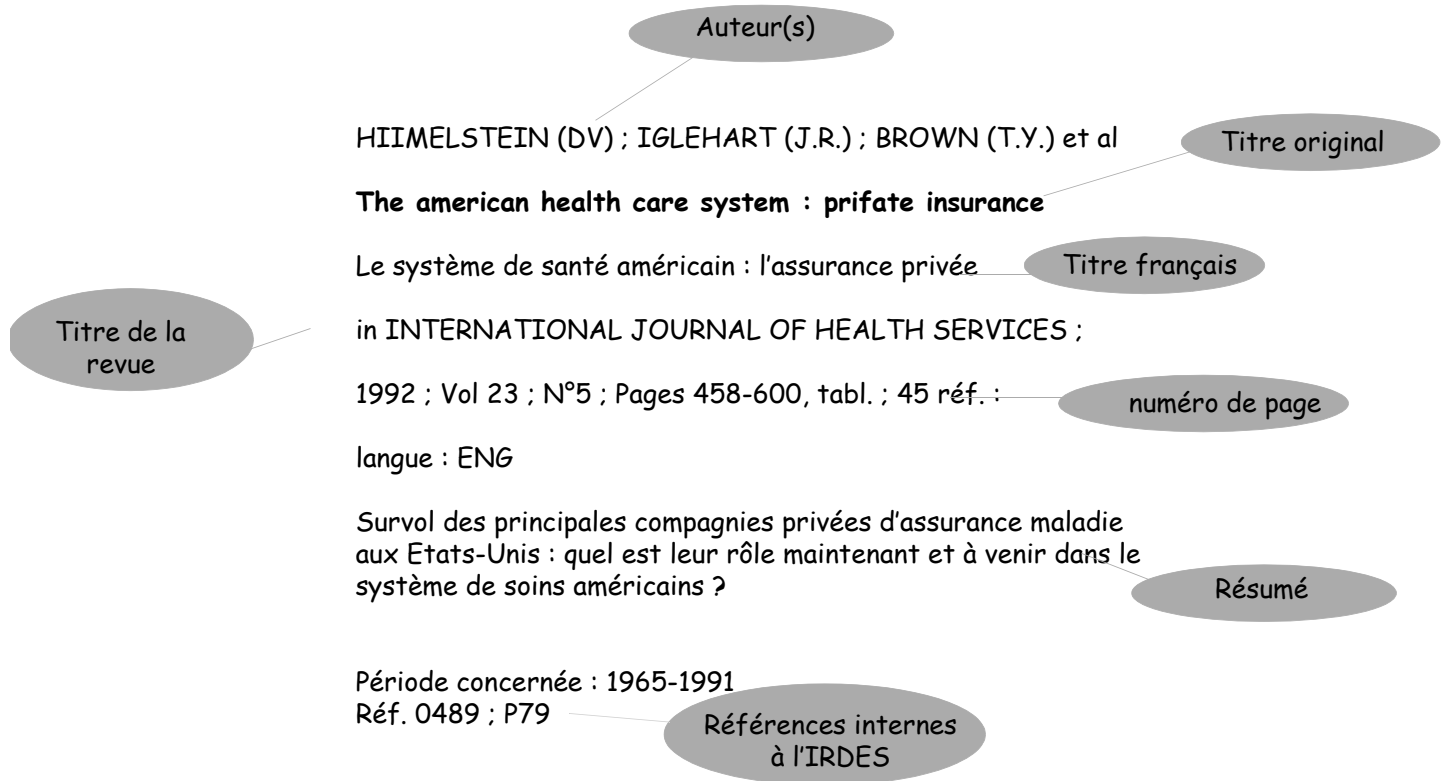
**E-Mail** : [document@irdes.fr](mailto:document@irdes.fr)

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..... 15

#### POLITIQUE DE SANTÉ

Commerce des services .....	17
Commission de la transparence .....	17
Développement durable .....	17
Dossier médical .....	18
Economie de la santé .....	18
Gouvernance .....	18
Haute Autorité de Santé .....	19
Participation des usagers .....	19
Recherche publique .....	20
Réforme .....	20

#### PROTECTION SOCIALE

Arrêts de travail .....	21
Assurance privée .....	21
Concurrence .....	21
Couverture complémentaire .....	22
Couverture universelle.....	23
Fonds d'aide aux jeunes .....	23
Invalidité .....	23
Médecine de travail .....	24
Politique familiale .....	24
Retraite .....	26
Rmi .....	28

#### PRÉVENTION SANTÉ

Coût .....	29
Education santé .....	29
Maladies cardiovasculaires .....	30
Milieu scolaire .....	32
Principe de précaution .....	32
Promotion de la santé .....	33
Saturnisme .....	33
Tabagisme .....	33
Toxicomanie .....	34
Tuberculose .....	34

#### DÉPENSES DE SANTÉ

Coût de la maladie .....	36
Hémochromatose .....	36
Médicaments .....	36
Stress professionnel .....	37

#### INDICATEURS DE SANTÉ

Accidents .....	38
Alcoolisme.....	39
Asthme.....	39
Cancers.....	40
Dépression.....	40
Diabète.....	41
Environnement.....	42
Hépatite C.....	43
Hypertension artérielle .....	44
Infections.....	44
Leucémie .....	44
Maladies cardiovasculaires.....	45
Maladie de Parkinson .....	45
Météoropathologie .....	45
Morbidité professionnelle .....	46
Sida.....	46
Sociologie de la santé.....	47
Tabagisme .....	48
Toxicomanie.....	50
Tuberculose .....	51

#### PERSONNES ÂGÉES

Aidants .....	51
Démence sénile .....	51
Dépression .....	51
Douleur .....	52
Hébergement collectif .....	52
Hospitalisation.....	55
Maltraitance .....	56
Relations intergénérationnelles.....	56
Représentation de la vieillesse .....	57
Sociabilité.....	57

Soins palliatifs .....	57
Soutien à domicile.....	57
Suicide .....	57

### GROUPES DE POPULATION

Adolescents .....	58
Inégalités sociales.....	59
Pauvreté .....	59
Personnes handicapées .....	60
Population défavorisée .....	62
Sans domicile fixe .....	62

### GÉOGRAPHIE DE LA SANTÉ

Basse-Normandie .....	63
Bretagne .....	63
Démographie médicale .....	64
Ile-de-France .....	64
Nord-Pas-de-Calais .....	65
Offre de soins .....	66
Paris .....	66
Provence-Alpes-Côte d'Azur .....	67
Rhône-Alpes .....	67

### MÉDECINE LIBÉRALE

Accréditation .....	68
Consultation .....	68
Formation médicale .....	68
Groupes de qualité .....	69
Histoire professionnelle .....	69
Maisons médicales de gardes .....	69
Ophthalmologie .....	70
Performance .....	70
Permanence de soins .....	70
Pratique médicale .....	70
Relation médecin-malade .....	71
Représentation de la mort .....	71
Rôle du professionnel .....	72

### HÔPITAL

Accouchement .....	73
Accréditation .....	73
Anesthésie .....	74
Bilan .....	74
Cancérologie .....	75
Chirurgie .....	75
Comptabilité hospitalière .....	76
Coût de l'hospitalisation .....	76
Cliniques privées .....	76
Coopération transfrontalière .....	77
Gestion hospitalière .....	77
Hope .....	78
Infections nosocomiales .....	78
Maladies iatrogènes .....	79
Marché .....	79
Performance.....	79
Périnatalogie .....	80
Pharmacie hospitalière .....	81
Planification .....	81
Psychiatrie .....	82
Reconversion .....	83
Réseau ville-hôpital .....	83
Qualité des soins .....	84
Satisfaction des usagers .....	84
Urgences hospitalières.....	84
Tarifcation hospitalière .....	85

### PROFESSIONS DE SANTÉ

Démographie médicale .....	87
Féminisation .....	87
Gestion des ressources .....	88
Histoire professionnelle.....	89
Infirmiers .....	89
Motivations professionnelles .....	90
Transferts de compétences .....	91

### MÉDICAMENTS

Antibiotiques.....	91
Antiépileptiques.....	91
Anti-inflammatoires .....	92

Chimiothérapie .....	92
Génériques .....	92
Homéopathie .....	93
Innovation .....	93
Marché .....	94
Prescription .....	94
Recyclage .....	94
Substitution .....	95
Ths .....	95

### TECHNOLOGIES MÉDICALES

Commerce électronique .....	96
-----------------------------	----

### SYSTÈMES-SANTÉ ÉTRANGERS

Europe .....	96
Europe occidentale .....	97
Europe orientale .....	97
Italie .....	98
Québec .....	98
Taiwan .....	98

### PRÉVISION - ÉVALUATION

Activité professionnelle .....	99
Produits de santé .....	99
Qualité de vie .....	99
Recommandations .....	99
Technologies médicales .....	100

### MÉTHODOLOGIE - STATISTIQUE

Biographie .....	101
Comptes de patrimoine .....	101
Consommateurs de soins .....	101
Enquête .....	102
Epidémiologie .....	102
Indicateurs économiques .....	104

Modèles économétriques .....	104
Régulation .....	104
Sondages .....	104

### DÉMOGRAPHIE - MODE DE VIE

Adoption .....	105
Conditions de travail .....	105
Histoire familiale .....	106
Histoire professionnelle .....	106
Indicateurs démographiques .....	107
Immigration .....	109
Ménage .....	109
Population .....	110
Vieillesse de la population .....	111

### ECONOMIE

Budget .....	112
Emploi des séniors .....	112
Marché du travail .....	113
Recherche .....	114
Redistribution .....	114
Travail informel .....	115

### DOCUMENTATION

Archives hospitalières .....	115
Réseau documentaire .....	115
Systèmes d'information .....	116

### RÉGLEMENTATION

Accidents thérapeutiques .....	116
Bioéthique .....	116
Droits des malades .....	117

**Index des auteurs .....** 119 à 134

**Carnet d'adresses des éditeurs** 135 à 145

**Calendrier des colloques .....** 147 à 156



## **Références bibliographiques**





## POLITIQUE DE SANTÉ

### Commerce des services

29388

ARTICLE

YEATES (N.)

**L'Accord général sur le commerce des services (AGCS) : que peut en attendre la sécurité sociale ?**

REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE SOCIALE (AISS)

2005/01-03 ; vol. 58 : n° 1 : 3-28

Cote Irdes : C, P55

Cet article analyse les implications de l'Accord général sur le commerce des services pour la Sécurité sociale. Il examine l'incidence présente ou future de l'AGCS sur les politiques et la gestion de la Sécurité sociale ainsi que ses répercussions éventuelles. Pour approfondir ces questions, sont passés en revue les points de droit, de politique et d'organisation relatifs au statut de la Sécurité sociale dans l'AGCS, ainsi que les conséquences d'une application des dispositions de l'Accord sur la Sécurité sociale. Au cours de l'exposé une distinction est faite entre, d'une part, l'offre de services de Sécurité sociale et, de l'autre, l'accès et le recours à ces mêmes services. De même entre les questions de fond concernant la portée de l'AGCS et les problèmes de procédure relatifs aux pratiques d'inscription sur la liste suivie par les gouvernements. Selon l'auteur, l'AGCS n'a pas encore d'incidence matérielle directe sur les politiques et les dispositifs de Sécurité sociale mais pourrait bien en avoir à l'avenir. Toutefois, il est encore tôt pour pouvoir apprécier la nature ou l'ampleur potentielles de tels effets. De manière générale, cet article met en lumière, au fil de la discussion, la difficulté d'obtenir une coopération multilatérale entre des pays qui diffèrent par leur niveau de "développement", leurs intérêts et leurs priorités stratégiques ainsi que par leurs systèmes de Sécurité sociale.

PROTECTION SOCIALE, POLITIQUE INTERNATIONALE, COMMERCE, ACCORD INTERNATIONAL, SECURITE SOCIALE, DEFINITION, STATUT, SERVICE PUBLIC, SYSTEME LIBERAL, CONSOMMATEUR SOINS, CONCURRENCE, COOPERATION INTERNATIONALE, CHOIX PRIORITE, ETUDE COMPAREE, DISPARITE REGIONALE, NEGOCIATION, CONSEQUENCE, DROIT SECURITE SOCIALE, CITOYENNETE, INDIVIDUALISME, LITIGE

MONDE, UNION EUROPEENNE

### Commission de la transparence

29937

ARTICLE

BOUVENOT (G.)

**Que fait la Commission de la transparence ?**

CONCOURS MEDICAL

2005/04/27 ; vol. 127 : n° 16-17 : 862-864

Cote Irdes : C, P19

La Commission de la transparence, appelée aussi Commission d'évaluation des médicaments, apprécie et réévalue tous les cinq ans l'utilité des médicaments. Ses vœux d'une utilisation à bon escient du médicament devraient être mieux entendus au sein de la Haute Autorité de santé. Elle évalue les médicaments ayant obtenu une AMM, donne un avis sur leur prise en charge par la Sécurité sociale. Elle détermine le service médical rendu des médicaments, éventuellement l'amélioration du service médical rendu, contribue au bon usage du médicament et précise sa place dans la stratégie thérapeutique.

MEDICAMENT, AUTORISATION MISE SUR MARCHÉ, EVALUATION, CONTROLE MEDICAMENT, REMBOURSEMENT FRANCE

### Développement durable

29270

ARTICLE

TIZIO (S.)

**La contribution des politiques de santé au développement durable.**

PROBLEMES ECONOMIQUES

2005/06/08 ; vol. : n° 2877 : 39-44

Cote Irdes : P100

Depuis les années 1990, les organisations internationales ont mis l'accent sur le rôle primordial que jouent dans le développement durable les systèmes de soins et les politiques de santé. Les analyses économiques ont en effet montré depuis fort longtemps que l'état sanitaire d'une population est un facteur déterminant de la croissance économique à long terme et du développement humain. Aussi, la commission Macroéconomie et santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) préconise-t-elle, depuis plusieurs années, une augmentation substantielle de l'aide fournie par les bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux, afin de soutenir de manière plus efficace les

politiques sanitaires mises en œuvre dans les pays en développement. Cet article reprend partiellement celui paru dans la revue Mondes en développement, n° 127, 2004/03 : Etat de santé et systèmes de soins dans les pays en voie de développement : la contribution des politiques de santé au développement durable.

POLITIQUE SANTE, POLITIQUE INTERNATIONALE, SYSTEME SANTE, MACRO-ECONOMIE SANTE, CROISSANCE ECONOMIQUE, INDICATEUR DEVELOPPEMENT HUMAIN, AIDE FINANCIERE, ORGANISME INTERNATIONAL, ETAT SANTE  
PAYS VOIE DEVELOPPEMENT  
HISTORIQUE, ANALYSE PROBLEME

## Dossier médical

29375

ARTICLE

*BARRESI (V.), LEHALLE (D.), DUFÉY (H.)*

**Le carnet de santé est mort, vive le DMP !**

DECISION SANTE

2005/03 ; vol. : n° 213 : 26-31

Cote Irdes : C, P165

Avec le dossier médical personnel (DMP), "la France aborde, comme d'autres pays européens, une démarche de gestion dématérialisée de l'information médicale individuelle grâce à laquelle notre système de santé réalisera de nouveaux progrès en qualité et en efficacité". A l'heure de la mise sur orbite du DMP, cette communication de Philippe Douste-Blazy en conseil des ministres, le 12 janvier dernier, balaye d'une main les dizaines de questions techniques, juridiques et sociétales encore en suspens. Hugues Dufey directeur du GMSIH, qui répond aux questions de Dominique Lehalle, nous donne son opinion sur la question.

DOSSIER MEDICAL, REFORME, FINANCEMENT, COUT, INFORMATION, INFORMATIQUE, RESEAU, PROFESSION SANTE, IMAGERIE MEDICALE, DEPISTAGE, DIAGNOSTIC, LANGAGE, LIBERTE INDIVIDUELLE, DEFICIT, SECURITE SOCIALE, SECRET PROFESSIONNEL, CONFIDENTIALITE, ETHIQUE, DROITS FONDAMENTAUX, RELATION SOIGNANT SOIGNE, RISQUE  
FRANCE

## Economie de la santé

29361

CONGRES, FASCICULE

*SERRE (M.)*

**De l'économie médicale à l'économie de la santé.**

**Médecines, patients et politiques de santé.**

ACTES DE LA RECHERCHE EN SCIENCES SOCIALES

2002/06 ; vol. : n° 143 : 68-79, tabl.

Cote Irdes : B4964

Les politiques de santé, particulièrement sur leur versant protection maladie, ont connu depuis deux décennies de profondes transformations que cet article se propose d'analyser à travers les relations entre action publique et production scientifique. Nous chercherons à expliciter les liens qu'entretiennent les politiques de protection maladie avec l'économie de la santé, à partir de l'analyse de l'évolution du recrutement des économistes de la santé et de la manière dont ceux-ci prennent position, tant au sein du champ scientifique qu'à l'extérieur de celui-ci. Nous retracerons ainsi le passage d'une "économie médicale" dominée par les médecins, à une économie de la santé qui se définit comme une branche à part entière de la science économique. Ce faisant, nous montrerons l'existence d'un double paradoxe : d'une part la coexistence entre autonomisation d'une discipline scientifique et insertion des économistes dans des réseaux politico-administratifs, et d'autre part, la conjugaison de l'internationalisation de la discipline autour d'un modèle néoclassique d'inspiration nord-américaine avec le maintien de spécificités propres aux économistes français.

ECONOMIE SANTE, ECONOMISTE, MEDECIN, POLITIQUE SANTE, POLITIQUE SOCIALE, RECRUTEMENT  
CREDES  
FRANCE  
HISTORIQUE

## Gouvernance

29564

FASCICULE

*NEZOSI (G.)*

**La gouvernance de la Sécurité sociale.**

PROBLEMES POLITIQUES ET SOCIAUX

2005/06 ; vol. : n° 913 : 119p., ann.

Cote Irdes : A3304

Comment est gouvernée la Sécurité sociale ? Question incongrue si l'on considère les analyses actuelles, axées plutôt sur les notions de coût et de performance des prestations de protection sociale. Pourtant, cette dimension gagne à être étudiée, tant elle recèle des enjeux finan-

ciers, sociaux et politiques majeurs. L'objectif de ce dossier est justement de remettre en perspective la régulation du système français de Sécurité sociale et de montrer comment ce dernier est progressivement passé d'un mode de gouvernement historiquement daté, marqué du sceau de la " démocratie sociale " à un mode de gouvernement plus ambigu - mi-étatique, mi-paritaire - aujourd'hui en pleine mutation. Les partenaires sociaux (représentants des salariés et des employeurs), qui étaient auparavant placés au centre du système, se sont vus en effet marginalisés au profit d'autres acteurs. Ainsi, avec la fiscalisation des ressources de la Sécurité sociale, le contrôle du Parlement sur les finances sociales est apparu naturel et nécessaire. Par ailleurs, du fait de la généralisation de la couverture sociale à toute la population, et dans le souci de mieux cibler les publics les plus démunis, les usagers sont davantage pris en compte. Enfin, avec la professionnalisation des métiers de la protection sociale, une " élite du Welfare " a émergé, elle-même animée par des représentations parfois divergentes de la Sécurité sociale. Face à des acteurs aussi divers et à la difficulté de piloter une architecture aussi complexe, l'État adopte de nouvelles modalités d'intervention, qui laissent plus de place à l'évaluation, au partenariat et à la contractualisation - consacrant de fait l'entrée de la Sécurité sociale dans l'ère de la gouvernance.

REFORME, ASSURANCE MALADIE, INSTITUTION, SECURITE SOCIALE, REGULATION, CONTRAT, REGIME COMPLEMENTAIRE, REGIME RETRAITE, DECIDEUR POLITIQUE, PROTECTION SOCIALE, FINANCEMENT PROTECTION SOCIALE, SYNDICAT, USAGER SANTE, EFFECTIF PERSONNEL, EVALUATION ECONOMIQUE, EVALUATION MEDICALE, MEDECIN, ADMINISTRATION ETAT, DEMOCRATIE, ACTEUR FRANCE  
HISTORIQUE, EVOLUTION

## Haute Autorité de Santé

29401  
ARTICLE  
*EINSTEIN (A.)*  
**La Haute Autorité de santé.**  
ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE  
2004/12 ; vol. : n° 49 : 2-8  
Cote Irdes : C, P49  
La Haute Autorité de santé, organisme public indépendant à caractère scientifique, est un élément important de la nouvelle organisation du

paysage sanitaire français. Créée dans le cadre de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la Haute Autorité de santé est chargée d'évaluer l'utilité médicale de l'ensemble des actes, prestations et produits de santé pris en charge par l'assurance maladie, de mettre en oeuvre la certification des établissements de santé et de promouvoir les bonnes pratiques et le bon usage des soins auprès des professionnels de santé et du grand public. Ainsi, la Haute Autorité de santé reprend les missions de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes) et celles de la Commission de la transparence et de la Commission d'évaluation des produits et prestations de santé (CEPP), et s'en voit adjointe de nouvelles.

ORGANISATION, SYSTEME SANTE, ACTEUR, EVALUATION, PRATIQUE MEDICALE, REMBOURSEMENT, ACTE MEDICAL, QUALITE SOINS, ACCREDITATION, INFORMATION, PROFESSION SANTE, MALADIE LONGUE DUREE, PRISE CHARGE MEDICO-SOCIALE, FONCTIONNEMENT, REGLEMENTATION, RECHERCHE, ACCES INFORMATION, QUALITE, PRISE CHARGE  
FRANCE  
POUVOIR, COORDINATION, ORGANISME GOUVERNEMENTAL

## Participation des usagers

29130  
ARTICLE  
*BRECHAT (P.H.), JOURDAIN (A.),  
SCHAETZEL (F.), MONNET (E.)*  
**Les usagers dans la construction des schémas régionaux d'organisation sanitaire.**  
SANTE PUBLIQUE  
2005/03 ; vol. 17 : n° 1 : 57-73  
Cote Irdes : C, P143  
Les ordonnances d'avril 1996 ont consacré les SROS de deuxième génération (SROS II) en leviers de la planification sanitaire. Un des enjeux de leur développement est de favoriser une prise en charge globale des priorités régionales de santé publique en y associant les usagers. Pour connaître l'avis des usagers eux-mêmes et l'avis des professionnels de la planification sanitaire sur la participation des usagers au SROS II, un échantillon national par choix raisonné a été réalisé pour prendre en compte la diversité des expériences régionales, la différence des rattachements institutionnels et l'unité de lieu et de problème.

USAGER SANTE, SROS, PLANIFICATION SANI-

TAIRE, PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE,  
ENQUETE  
FRANCE

## Recherche publique

28163

ARTICLE

PARADEISE (C.), THOENIG (J.C.)

**Piloter la réforme de la recherche publique.**

PROJET

2005/03 ; vol. : n° 306 : 21-40

Cote Irdes : P166

Cet article prolonge le débat du printemps 2004 sur la recherche française. Il démontre que la faisabilité des réformes dans ce secteur est un critère décisif de leur succès. Les auteurs en proposent une analyse appliquée aux diverses propositions qui ont été faites en matière d'organisation de la recherche, souhaitant vivement que le management et le pilotage publics de cette réforme échappent, une fois n'est pas coutume, à la faiblesse qui les caractérise en France, quel que soit le domaine considéré.

RECHERCHE, REFORME, SECTEUR PUBLIC,  
ACTEUR, POUVOIRS PUBLICS  
FRANCE

ANALYSE PROBLEME, ETUDE CRITIQUE, ETUDE  
FAISABILITE, PROPOSITION, AIDE DECISION

## Réforme

29362

CONGRES, FASCICULE

DUVAL (J.)

**Une réforme symbolique de la Sécurité sociale : les médias et le trou de la Sécu.**

**Médecines, patients et politiques de santé.**

Actes de la recherche en sciences sociales  
ACTES DE LA RECHERCHE EN SCIENCES  
SOCIALES

2002/06 ; vol. : n° 143 : 53-67, tabl.

Cote Irdes : B4964

Très souvent évoqué par les médias en France, le " déficit de la Sécurité sociale " joue un rôle très important dans les politiques qui concernent le système de santé et, plus généralement, la protection sociale. Sa résorption a constitué un objectif prioritaire pour la plupart des gouvernements au cours des deux dernières décennies et il n'est certainement pas étranger à la représentation, aujourd'hui enracinée dans l'inconscient politique, selon laquelle la Sécurité sociale serait une institution économiquement fragile. On se

demande dans cet article comment un problème comptable qui est très éloigné des objectifs spécifiques d'une politique sociale et dont plusieurs arguments semblent relativiser la gravité, a pu conquérir une telle importance dans le débat politique. La " réalité des chiffres " n'explique pas tout. Plus importants semblent le rôle joué aujourd'hui par l'espace médiatique dans la construction des problèmes politiques, mais aussi la contribution de milieux économiques qui ont nourri dès la Libération de l'hostilité pour la Sécurité sociale, ainsi que d'un discours d'État qui a reconnu comme problématiques le développement " incontrôlé " de l'institution et la question de la clarification de ses comptes. Finalement, c'est comme un "mythe " (le terme étant à entendre dans un sens descriptif et non purement polémique) qu'il faut sans doute regarder " le trou de la Sécu ". Fondé sur une vision déformée des choses, il aura permis à un point de vue libéral sur la protection sociale de s'imposer dans les têtes, mais aussi dans les choses.

REFORME, POLITIQUE SANTE, DEPENSE SANTE,  
CRISE, COMPTE SANTE, DEFICIT SECURITE  
SOCIALE, MEDIA, DISCOURS, MESSAGE,  
REPRESENTATION SYSTEME SANTE  
FRANCE  
HISTORIQUE, SOCIOLOGIE

## PROTECTION SOCIALE

### Arrêts de travail

28305

ARTICLE

POINDRON (P-Y.)

**Le profil des assurés en arrêt de travail.**

CONCOURS MEDICAL

2004/10/20 ; vol. 126 : n° 30-31 : 1810-1811

Cote Irdes : C, P19

Moins de chômeurs âgés qu'on ne l'a cru, beaucoup de patients atteints d'une affection de longue durée, un nombre non négligeable d'assurés se plaignent de leurs conditions de travail. Longtemps peu analysés, les arrêts de travail viennent de faire l'objet d'une étude de la CNAMTS.

ASSURE SOCIAL, ARRET TRAVAIL, MALADIE LONGUE DUREE, CONDITION TRAVAIL, POPULATION OBSERVEE, AGE, SEXE, CONTROLE, ETUDE FRANCE  
PATHOLOGIE▲

29936

ARTICLE

PERRIN (C.)

**Arrêts de travail : prescriptions sous surveillance.**

CONCOURS MEDICAL

2005/05/11 ; vol. 127 : n° 18 : 977-978

Cote Irdes : C, P19

La réforme de l'assurance-maladie du 13 août 2004 a modifié les règles de prescription des arrêts de travail. Parallèlement, l'assurance-maladie renforce le suivi et le contrôle des prescriptions dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Comment prescrire un arrêt de travail ? Quelles sont les modalités de contrôle de l'arrêt ? Quelles sont les sanctions encourues ? Comment se passe la reprise du travail pour le patient ? Telles sont les questions auxquelles Cécile Perrin se propose de répondre dans cet article.

ARRET TRAVAIL, PRESCRIPTION, CONTROLE, PRATIQUE MEDICALE FRANCE

### Assurance privée

28404

ARTICLE

TURQUET (P.)

**Vers un renforcement de l'assurance privée dans la couverture maladie en France ?**

REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE SOCIALE (AISS)

2004/10-12 ; vol. 57 : n° 4 : 77-103

Cote Irdes : C, P55

A l'heure où l'on débat sur une éventuelle réforme de l'assurance maladie, cet article traite de la place dévolue à l'assurance privée au sein du système français d'assurance maladie et envisage les conséquences d'une progression de l'assurance privée au détriment de l'assurance publique. Dans la première partie, l'auteur décrit la spécificité du système français et la fonction que remplit l'assurance privée au sein de ce système. Puis, dans une seconde partie, elle décrit les inégalités d'accès et de contenu liées à l'existence de ce type d'assurance complémentaire. Ces inégalités existent entre contrats individuels et contrats collectifs d'entreprise, nettement plus avantageux, mais aussi à l'intérieur même des contrats collectifs comportant des garanties différentes selon l'entreprise (garanties de base, intermédiaires, haut de gamme). Dans la troisième partie, l'auteur retrace brièvement les débats relatifs à la réforme de l'assurance maladie en s'intéressant plus particulièrement aux orientations proposées par le rapport Chadelat et par la note d'orientation de mai 2004. Enfin, elle conclut cet article en exposant les risques liés à l'extension de l'assurance privée qui provoquerait notamment un affaiblissement de la solidarité nationale.

ASSURANCE MALADIE, PRISE CHARGE, PROTECTION COMPLEMENTAIRE, ASSURANCE PRIVEE, MUTUELLE, INEGALITE DEVANT SOINS, ENTREPRISE, REFORME FRANCE

### Concurrence

29328

ARTICLE

PAULY (M.V.)

**Mix without stirring : public finance and private markets in health insurance.**

*Mélanger sans agiter : financement public et marchés privés de l'assurance maladie.*

ECONOMIE PUBLIQUE

2004/02 ; vol. : n° 15 : 65-86

Cote Irdes : P192

[http://www.vcharite.univ-mrs.fr/idep\\_revue/](http://www.vcharite.univ-mrs.fr/idep_revue/)

This paper argues that the variation across countries in the relative mix of public sector and private market roles in allocating medical care resources may be explained, not as an evaluation of more or less efficient structures, but rather as determined by differences in characteristics across countries that make one of the other way of organizing financing and production more appropriate. In particular, it is argued that the share of private financing and production is likely to be higher than the degree of heterogeneity of preferences across citizens in terms of the intensity of care, the methods for control of moral hazard, the values attached to new technology, the level of excess burden in the country's tax structure, and the extent to which monopsony power is available to and attractive to government. Some informal evidence is provided in support of this hypothesis, and it is used to explain the evolution of the Medicare system in the United States.

ASSURANCE MALADIE, CONCURRENCE, SECTEUR PRIVE, SECTEUR PUBLIC, FINANCEMENT PROTECTION SOCIALE, MEDICARE, EFFICIENCE, SYSTEME SANTE, INNOVATION TECHNOLOGIQUE  
PAYS INDUSTRIALISE  
ETATS-UNIS  
ETUDE COMPAREE, THEORIE, EVOLUTION▲

29329

ARTICLE

GAYNOR (M.)

**Competition and quality in health care markets : what do we know ? what don't we know ?**

*Concurrence et qualité dans les marchés des soins : ce que nous savons ? ce que nous ne savons pas ?*

ECONOMIE PUBLIQUE

2004/02 ; vol. : n° 15 : 87-124

Cote Irdes : P192

The goal of this paper is to identify key issues concerning the nature of competition in health care markets and its impacts on quality and social welfare and to identify pertinent findings from the theoretical and empirical literature on this topic. The theoretical literature in economics on competition and quality, the theoretical literature in health economics on this topic, and the empirical findings on competition and quality in health care markets are surveyed and their findings assessed. Theory is clear that competition increases quality and improves welfare when prices are fixed (for prices above marginal cost).

When firms set both price and quality the impacts on welfare are ambiguous. The body of empirical work in this area is small, but growing. It entirely consists of work on hospital markets. The empirical results are mixed across studies, although the bulk of the evidence shows that quality is higher in more competitive markets. It is clear that the impacts of competition on quality should be considered in antitrust matters in this industry. The evidence at this point does not overturn the antitrust presumption that competition is beneficial.

CONCURRENCE, SYSTEME SANTE, QUALITE SOINS, PROTECTION SOCIALE  
PAYS INDUSTRIALISE  
THEORIE



## Couverture complémentaire

29501

FASCICULE

MARTIN-HOUSSART (G.), RATTIER (M.-O.), RAYNAUD (D.)

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

**Les contrats offerts en 2002 par les organismes d'assurance maladie complémentaire.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2005/05 ; vol. : n° 402 : 11p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er402/er402.pdf>

L'enquête annuelle de la Drees sur l'assurance maladie complémentaire, réalisée auprès des groupements mutualistes, des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance, permet d'analyser pour chacun d'entre eux, la population couverte en 2002 par un contrat d'assurance complémentaire et l'offre de contrats proposée.

ASSURANCE MALADIE, MUTUELLE, ASSURANCE PRIVEE, SOINS MEDICAUX, PROTHESE, OFFRE SOINS, REMBOURSEMENT, SOINS DENTAIRE, PROTECTION COMPLEMENTAIRE  
FRANCE  
DONNEE STATISTIQUE

## Couverture universelle

29389

ARTICLE

CARRIN (G.), JAMES (C.)

**L'assurance maladie sociale : les facteurs-clés qui affectent le passage à la protection universelle.**

REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE SOCIALE (AISS)

2005/01-03 ; vol. 58 : n° 1 : 55-78

Cote Irdes : C, P55

Plusieurs pays à revenu faible et intermédiaire sont intéressés par l'extension à terme, à l'ensemble de leurs populations, de la couverture de leur assurance maladie existante destinée à des catégories déterminées de personnes. Il est important pour ces pays de comprendre les facteurs qui affectent le passage de la protection incomplète à la protection universelle. Le présent article analyse l'expérience de huit pays en matière de mise en oeuvre de l'assurance maladie sociale. Il met en évidence l'importance du contexte socio-économique et politique, en particulier en ce qui concerne le niveau de revenu, la structure de l'économie, la répartition de la population, la capacité d'administration et le degré de solidarité à l'intérieur du pays, mais souligne aussi le rôle conducteur important que peuvent jouer les pouvoirs publics en facilitant le passage à la protection universelle par le biais de l'assurance maladie sociale.

PROTECTION SOCIALE, ASSURANCE MALADIE, REGIME GENERAL, COUVERTURE SOCIALE, ACCES SOINS, SOLIDARITE  
ALLEMAGNE, AUTRICHE, BELGIQUE, COSTA RICA, ISRAEL, JAPON, LUXEMBOURG, COREE  
ETUDE COMPAREE, CONJONCTURE ECONOMIQUE & SOCIALE, HISTOIRE, DEMOGRAPHIE, FACTEUR

## Fonds d'aide aux jeunes

28462

ARTICLE

JULIENNE (K.), MONROSE (M.)

Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale (M.S.S.P.S.). Paris. FRA, Ministère de la Santé de la Famille et des Personnes handicapées. Paris. FRA

**Insertion sociale et professionnelle - Le rôle des fonds d'aide aux jeunes dans l'insertion sociale et professionnelle des jeunes en difficulté.**

REVUE FRANCAISE DES AFFAIRES SOCIALES

LES

2004/09 ; vol. : n° 3 : 41-62

Cote Irdes : C, P59

L'étude présentée dans cet article porte sur le rôle que jouent réellement les fonds d'aide aux jeunes (FAJ) par rapport aux objectifs qui leur ont été assignés : favoriser l'insertion sociale et professionnelle des jeunes en difficulté âgés de 18 à 25 ans par des aides financières ponctuelles et des mesures d'accompagnement. Dans le présent article sont identifiés tout d'abord deux groupes : l'un rassemblant les jeunes poursuivant des études, l'autre ceux qui recherchent un emploi en distinguant les jeunes ayant un projet professionnel défini et ceux à la recherche d'un emploi quel qu'il soit ou d'une orientation professionnelle. Ensuite, sont analysées les modalités d'accès au dispositif qui révèlent des disparités non seulement quant aux critères d'octroi des aides mais aussi à l'accès au dispositif lui-même. Enfin, l'étude des parcours d'insertion sociale et professionnelle de ces jeunes permettra de mettre en évidence les carences des autres dispositifs en faveur des moins de 25 ans.

AIDE SOCIALE, AMI, AUTONOMIE, BENEFICIAIRE, CHOMAGE, COUPLE, COUT, ECONOMIE SANTE, ENQUETE, ETUDIANT, EXCLU, FAMILLE, FORMATION PROFESSIONNELLE, INSERTION, JEUNE ADULTE, ORIENTATION PROFESSIONNELLE, PERSONNE DIFFICULTE, RMI, SOLIDARITE  
AISNE, FRANCE, LOIRE ATLANTIQUE, SEINE SAINT DENIS, DEPARTEMENT  
REGLEMENTATION, METHODOLOGIE

## Invalidité

29390

ARTICLE

EINERHAND (M.), VAN DER STELT (H.)

**La hausse des cas d'invalidité est-elle liée au sexe ? L'exemple néerlandais dans une perspective internationale.**

REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE SOCIALE (AISS)

2005/01-03 ; vol. 58 : n° 1 : 79-106, tabl.

Cote Irdes : C, P55

Aux Pays-Bas, le nombre des bénéficiaires de prestations d'invalidité est particulièrement élevé et ne cesse de croître. On observe cependant un phénomène nouveau : l'augmentation de ces dernières années est exclusivement due à la hausse du nombre des femmes ayant accédé aux prestations d'invalidité. Situation qui n'est pas propre aux Pays-Bas, puisqu'on relève la même tendance dans les pays confrontés à un

problème endémique lié au niveau élevé des flux d'entrées (nombre des personnes accédant aux prestations d'invalidité). Partout, on constate une sur-représentation féminine. Les études publiées sur ce sujet aux Pays-Bas montrent que cet afflux massif de femmes vers les régimes d'assurance invalidité a de nombreuses causes, dont certaines sont liées à l'évolution du marché du travail. On parvient à cette conclusion : le système d'octroi des prestations joue en définitive un rôle de "filtre". Si ce filtre n'est pas très efficace, le nombre des personnes touchant une pension d'invalidité sera élevé. Dans le cas spécifique des femmes, plus il y aura de facteurs qui les poussent à faire une demande d'indemnisation (ou, inversement, moins il y aura de facteurs qui les en empêchent), plus elles seront nombreuses à bénéficier de prestations d'invalidité.

PROTECTION SOCIALE, INVALIDITE, FEMME, ASSURANCE INVALIDITE, AUGMENTATION, EMPLOI, SEXE, CONDITION TRAVAIL, TEMPS TRAVAIL, CONDITION OUVERTURE DROITS, PAYS BAS  
ANALYSE ECONOMIQUE, ETUDE CRITIQUE, ETUDE COMPAREE, FACTEUR▲

29391

ARTICLE

CHENG (Y.), DARIMONT (B.)

**L'assurance contre les accidents du travail en Chine : réforme et législation.**

REVUE INTERNATIONALE DE SECURITE SOCIALE (AISS)

2005/01-03 ; vol. 58 : n° 1 : 107-122

Cote Irdes : C, P55

Le nombre des accidents du travail a augmenté ces dernières années en Chine avec le mouvement de privatisation des entreprises et la fin du fonctionnement des anciens mécanismes de prévention et d'inspection. Depuis le 1er janvier 2004, de nouvelles dispositions sur l'assurance contre les accidents du travail sont en vigueur, qui comportent diverses innovations. Toutes les entreprises sont désormais assujetties à l'assurance et tenues d'y cotiser, et tous les salariés appartenant à une relation de travail démontrée (y compris les travailleurs d'origine rurale) ont droit aux prestations. Il faudra voir cependant dans les années à venir ce qu'il en est de l'applicabilité de ces nouvelles dispositions, en l'absence notamment, aujourd'hui comme hier, de réelles possibilités de recours devant la justice.

PROTECTION SOCIALE, ECONOMIE MARCHE, ACCIDENT TRAVAIL, ASSURANCE ACCIDENT, COTISATION SOCIALE, REFORME, ENTREPRISE, INEGALITE SOCIALE, CAUSE DECES, CONTRAT

TRAVAIL, DROIT TRAVAIL, CONDITION OUVERTURE DROITS, PREVENTION, FINANCEMENT, SECURITE SOCIALE, ORGANISATION, RESPONSABILITE, INDEMNISATION, LITIGE

CHINE



## Médecine de travail

29275

ARTICLE

BABIN (M.)

**Les perspectives de la médecine du travail : réflexion à partir d'une réforme.**

DROIT SOCIAL

2005/06 ; vol. : n° 6 : 653-664

Cote Irdes : P109

Cet article analyse la réforme de la médecine du travail en France instaurée par la loi du 17 janvier 2002 et le décret du 27 juillet 2004. Cette réforme répondait entre autre à un problème d'effectifs de médecins du travail, et cherchait à redéfinir la notion de santé au travail et la place du médecin face à l'entreprise.

MEDECIN TRAVAIL, REFORME, CRISE, PENURIE, DROIT TRAVAIL, ETAT SANTE, TRAVAIL

FRANCE

REGLEMENTATION, DEFINITION



## Politique familiale

27886

FASCICULE

JONSSON (A.)

**Les politiques familiales et le genre : vers une convergence européenne ?**

E-SENTIEL (L) - CNAF

2004/10 ; vol. : n° 30 : 4p., pdf

Cote Irdes : C, Bulletin d'information français

La comparaison des "politiques familiales" - une expression qui n'a pas grand sens dans de nombreux pays - est habituellement marquée par la grande diversité des dispositions juridiques, des définitions et des objectifs. Avec les élargissements successifs de l'Union européenne, au Nord, au Sud et récemment à l'Est, les différences se sont à chaque fois renforcées. Il est néanmoins toujours possible de repérer des ressemblances et des rapprochements. C'est le cas en ce qui concerne les préoccupations et les initiatives en termes de genre. L'affermissement des problématiques de conciliation vie familiale/vie professionnelle sur l'agenda politique des pays européens à partir de la deuxième moitié



des années 1990 témoigne d'une volonté de repenser l'action publique en direction des familles selon de nouveaux modèles de relations hommes-femmes. Le cas suédois s'est traditionnellement caractérisé par une priorité donnée aux politiques favorisant l'égalité des chances entre les hommes et les femmes aussi bien sur le marché de l'emploi que face aux responsabilités familiales. Le cas français, marqué par des interventions denses en direction des familles, semble s'en rapprocher progressivement, non sans ambiguïté cependant. Au Royaume-Uni, où l'intervention publique était auparavant largement ciblée et centrée sur les familles démunies, les préoccupations en termes de genre et de soutien à l'activité féminine prennent de l'importance tant dans les discours que le contenu des politiques (Résumé auteur).

POLITIQUE FAMILLE, EGALITE SOCIALE, HOMME, FEMME, ACTIVITE PROFESSIONNELLE  
UNION EUROPEENNE, FRANCE, ROYAUME UNI, SUEDE  
ETUDE COMPAREE ▲

29230

ARTICLE

*BUSTREEL (A.), NISHIMURA (T.)*

**Le coûts d'opportunité des enfants : une comparaison Japon-France.**

Fécondité et incitations financières.

PROBLEMES ECONOMIQUES

2005/05/11 ; vol. : n° 2875 : 11-16, tabl.

Cote Irdes : P100

En matière de fécondité et de taux d'activité des femmes, tout oppose le Japon et la France. Le Japon se caractérise par de faibles taux de fécondité et d'activité professionnelle des mères, tandis qu'en France, ces deux chiffres sont élevés. Les auteurs tentent d'expliquer ce décalage en s'appuyant sur un travail économétrique qui mesure le coût d'opportunité d'un enfant. Il ressort qu'une Française ayant un enfant doit renoncer à 2 % de ses revenus salariaux, tandis que le revenu d'une Japonaise est amputé de 72 % ! Une division des tâches nettement plus rigide au sein des ménages japonais explique, entre autres facteurs, cette situation. Cet article reprend partiellement celui paru dans *Innovations - Cahiers d'économie de l'innovation*, n° 20, 2004-2.

FECONDITE, TAUX, ACTIVITE PROFESSIONNELLE, FEMME, REVENU, AGE, HISTOIRE FAMILIALE, HISTOIRE PROFESSIONNELLE, PCS, ENFANT, COUT, CONDITION VIE , CONDITION TRAVAIL  
FRANCE, JAPON  
ETUDE COMPAREE ▲

29231

ARTICLE

*PARSCHE (R.), OSTERKAMP (R.)*

**Incitations financières et ménages avec enfants : une comparaison européenne.**

Fécondité et incitations financières.

PROBLEMES ECONOMIQUES

2005/05/11 ; vol. : n° 2875 : 16-20, tabl.

Cote Irdes : P100

Les instruments financiers occupent une fonction centrale dans les politiques familiales. Traditionnellement, deux instruments sont utilisés : les allocations familiales d'un côté et les exonérations et déductions fiscales de l'autre. Les auteurs présentent un panorama des dispositifs en Europe. La France se distingue surtout par l'originalité de sa politique en la matière car elle est le seul pays à pratiquer un système de quotient familial. Généralement, on accorde un forfait déductible du revenu imposable. En ce qui concerne le niveau absolu du soutien, il s'avère que l'Allemagne - malgré son faible taux de natalité - dispose du système le plus généreux financièrement. Cet article synthétise un rapport d'un centre de recherche allemand, CESifo-Dice intitulé : *Child support and children's tax allowances in selected European countries.*

PRESTATION FAMILIALE, POLITIQUE FAMILLE, MESURE FISCALE NATALITE, FECONDITE, QUOTIENT FAMILIAL  
EUROPE  
ETUDE COMPAREE ▲

29232

ARTICLE

*LANDAIS (C.)*

**Le quotient familial a-t-il stimulé la natalité française ?**

Fécondité et incitations financières.

PROBLEMES ECONOMIQUES

2005/05/11 ; vol. : n° 2875 : 21-28, 2 tabl., 3 graph.

Cote Irdes : P100

En France, l'impôt sur le revenu - grâce au système du quotient familial - joue un rôle déterminant dans la politique de soutien aux familles. Mais quelle est son influence réelle sur la fécondité ? L'auteur étudie cette question à partir de la méthode des expériences naturelles, à savoir l'instauration en 1980 d'une part entière pour le troisième enfant et le plafonnement des effets du quotient familial en 1981. Les résultats suggèrent que l'impact de ces incitations fiscales est positif mais toujours extrêmement faible. Par ailleurs, les effets sont très lents à se diffuser (5 à 10 ans) et dissymétriques en fonction du rang

de naissance et du revenu : la sensibilité aux incitations fiscales croît en fait avec le revenu. Cet article reproduit partiellement celui paru dans *Economie publique*, n° 13, 2003-2.

PRESTATION FAMILIALE, POLITIQUE FAMILLE, MESURE FISCALE, NATALITE, FECONDITE, QUOTIENT FAMILIAL  
FRANCE  
EVOLUTION, ANALYSE PROBLEME, IMPACT ▲

29519

FASCICULE

CLEMENT (J.), MAHIEU (R.), MATHIEU (F.), ROBERT (M.-J.), SALESSES (C.)

Caisse Nationale d'Allocations Familiales. (C.N.A.F.). Département des statistiques des prévisions et des analyses. Paris. FRA

**Près de 10,5 millions d'allocataires bénéficient des prestations versées par les caisses d'allocations familiales.**

E-SENTIEL (L) - CNAF

2005/04 ; vol. : n° 36 : 4p., graph., tabl., pdf

Cote Irdes : C, Bulletin français

Au 31 décembre 2004, les caisses d'Allocations familiales (CAF) ont versé des prestations à près de 10,5 millions d'allocataires (+1,3% en un an en Métropole et dans les DOM) pour un total de plus de 28,4 millions de personnes couvertes (conjoints et personnes à charge compris) et 47,4 milliards d'euros de versements directs aux allocataires au titre des seules prestations légales. Une partie de la croissance du nombre de bénéficiaires est imputable au rattachement des allocataires de la Poste et, pour la Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) uniquement, des allocataires des régimes spéciaux. Les prestations dédiées à la petite enfance sont dynamiques du fait de la mise en place de la PAJE. Par ailleurs, les effectifs de bénéficiaires de minima sociaux ont beaucoup augmenté en 2004 du fait d'un climat économique dégradé et de la diminution de la proportion des chômeurs bénéficiant d'une indemnisation au titre de l'assurance chômage. L'augmentation touche plus particulièrement le revenu minimum d'insertion (RMI), 8,8% en Métropole. Enfin, la conjoncture économique difficile a également affecté le nombre de bénéficiaires des différentes prestations sous condition de ressources qui a cessé de décroître en 2004. Seules font exception les aides au logement (-0,5% en Métropole), mais la baisse du nombre de bénéficiaires de ces prestations est en fait imputable au relèvement de 15 à 24 euros du seuil mensuel de non-versement.

PRESTATION FAMILIALE, CAISSE ALLOCATIONS FAMILIALES, RMI, BENEFICIAIRE

FRANCE, FRANCE REGION, DOM, MINIMA SOCIAUX  
EVOLUTION, DONNEE STATISTIQUE

## Retraite

27661

FASCICULE

ANGLARET (D.)

Ministère de l'Emploi - du Travail et de la Cohésion Sociale. (M.E.T.C.S.). Direction de l'Animation Sociale et de la Recherche des Etudes et des Statistiques. (D.A.R.E.S.). Paris. FRA

**Poursuite de la baisse des préretraites en 2002.**

PREMIERES INFORMATIONS ET PREMIERES SYNTHES

2004/01 ; vol. : n° 04.1 : 4p., 4 graph., 2 tab.

Cote Irdes : Bulletin d'information français

[http://www.travail.gouv.fr/etudes/etudes\\_h.html](http://www.travail.gouv.fr/etudes/etudes_h.html)

Pour la première fois depuis presque 10 ans, le nombre de personnes relevant d'un dispositif public de préretraite est inférieur à 200 000 : fin 2002, elles ne sont plus que 181 500, soit 11,3 % de moins en un an. Durant l'année 2002, 56 600 personnes sont entrées dans l'un des six dispositifs publics de préretraite en vigueur, soit -12,2 % par rapport à 2001. Cette diminution est due à la disparition de l'allocation de remplacement pour l'emploi (ARPE) qui n'enregistre pratiquement plus d'entrées. En revanche, les autres dispositifs ont connu une progression du nombre de leurs nouveaux bénéficiaires, en particulier la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (CAATA) : +43,6 %, et la cessation anticipée d'activité de certains travailleurs salariés (CATS) : +122,5 %. Cette dernière atteint son niveau potentiel, l'essentiel des branches professionnelles concernées ayant désormais signé les accords permettant sa mise en œuvre. Les préretraites s'adressent toujours en très grande majorité à des hommes et concernent surtout les employés et les ouvriers, le secteur de l'industrie ainsi que les grands établissements. Le secteur des services est un peu plus représenté dans la CATS en 2002 en raison de l'entrée du secteur bancaire dans le dispositif. Passé 55 ans, les entrées en chômage indemnisé sont désormais beaucoup plus nombreuses qu'en préretraites : 103 600 personnes de plus de 55 ans ont commencé à percevoir l'allocation de retour à l'emploi (ARE) en 2002, soit 26 500 de plus qu'en 2001 (+34,3 %). Parmi les 522 700 chômeurs indemnisés de 55 ans et plus, 377 900 sont dispensés de recherche d'emploi fin 2002, et sont donc placés hors de l'activité. Ce nombre est en

augmentation de 3,6 % sur un an. Le taux d'emploi des 55-59 ans augmente de 2 points pour atteindre 57,4 % en mars 2002. À cette date, 1 930 000 personnes de cette tranche d'âge sont en emploi (Résumé d'auteur). Les données proviennent de différentes sources : Insee, Unedic, estimations Dares, Ministère de la Fonction publique, CNAM,...

BENEFICIAIRE, PRERETRAITE, CESSATION ACTIVITE, AMIANTE, CONVENTION COLLECTIVE, FINANCEMENT, RETRAITE PROGRESSIVE, SEXE, PCS, SECTEUR ECONOMIQUE, ENTREPRISE, RECHERCHE EMPLOI, RETRAITE FRANCE  
ENQUETE, DONNEE STATISTIQUE, EVOLUTION▲

28886

ARTICLE

GUERIN (J.L.), LEGROS (F.)

**L'âge de la retraite : choix politique, économique ou individuel.**

REVUE D'ECONOMIE POLITIQUE

2005 ; vol. : n° 2 : 173-195, 2 graph.

Cote Irdes : P42

Les pays industrialisés connaissent des mutations démographiques remettant en cause l'équilibre financier à long terme de leur systèmes de retraite. Pour résoudre ce problème, une augmentation des âges de départ à la retraite et de cessation d'activité semble souhaitable, voire nécessaire : or, dans de nombreux pays, les taux d'emploi des seniors sont faibles ; ceci semblant être dû à la fois à une faible demande de travail et à une offre restreinte. En effet, les paramètres de l'assurance vieillesse obligatoire ne sont pas sans effet sur les choix privés de cessation d'activité, ainsi que sur la demande de travail des entreprises. Pour relancer l'emploi des seniors, les agents économiques, les salariés comme les entreprises, doivent être incités financièrement à prolonger la durée moyenne d'activité. Dans une telle optique, une trop grande liberté individuelle offerte par le régime serait une fausse bonne idée : la protection sociale a aussi un but au-delà de la limitation des inégalités, de protéger les agents de leur propre myopie. Déterminer un âge optimal de départ en retraite est un exercice d'autant plus périlleux que la raison économique bute quelque fois sur la politique ou le désir de liberté individuelle dans le choix.

AGE DEPART RETRAITE, LIBRE CHOIX, MARCHE TRAVAIL, REGIME RETRAITE, VIEILLISSEMENT POPULATION, CESSATION ACTIVITE, TAUX, EMPLOI, PERSONNE AGEE, POLITIQUE VIEILLESSE, FACTEUR SOCIODEMOGRAPHIQUE, FACTEUR SOCIOECONOMIQUE

PAYS INDUSTRIALISE

ETUDE CRITIQUE▲

28887

ARTICLE

MAHIEU (R.), WALRAET (E.)

**Neutralité actuarielle, modification du taux de remplacement et choix de départ en retraite.**

REVUE D'ECONOMIE POLITIQUE

2005 ; vol. : n° 2 : 213-240, graph.

Cote Irdes : P42

Les réformes des systèmes de retraite actuellement en cours dans beaucoup de pays développés, dont la France, impliquent à la fois une baisse du taux de remplacement moyen - notamment par le jeu des mécanismes de revalorisation des salaires passés - et une modification substantielle des incitations adressées à l'offre de travail, dans le sens d'une plus grande neutralité actuarielle. Cet article d'abord méthodologique essaie d'analyser les effets possibles de ces réformes sur l'offre de travail aux âges élevés (55 ans et plus) à partir de formes réduites du modèle proposé par Stock et Wise (1990).

AGE DEPART RETRAITE, LIBRE CHOIX, MARCHE TRAVAIL, REGIME RETRAITE OFFRE DEMANDE, CESSATION ACTIVITE, TAUX, EMPLOI, PERSONNE AGEE, POLITIQUE VIEILLESSE, FACTEUR SOCIODEMOGRAPHIQUE, FACTEUR SOCIOECONOMIQUE, REFORME, RETRAITE, PRERETRAITE

FRANCE

MODELE ECONOMETRIQUE▲

28888

ARTICLE

HAIRAULT (J.O.), LANGOT (F.),

SOPRASEUTH (T.)

**Inciter à différer le départ en retraite : une analyse en termes de courbe de Laffer.**

REVUE D'ECONOMIE POLITIQUE

2005 ; vol. : n° 2 : 241-263, graph.

Cote Irdes : P42

En France, une année supplémentaire au-delà du taux plein dans le régime général ne donne aucun droit à une augmentation de pension. Cette taxe sur le prolongement d'activité distord les choix des agents en faveur d'un âge de départ en retraite inférieur à celui qui prévaudrait dans un contexte optimal. Cette taxe pourrait être éliminée par la mise en place d'un système qui lierait le taux de remplacement à l'âge de départ à la retraite de façon à respecter la neutralité actuarielle. Pour des raisons exactement opposées à la situation prévalant actuellement, ce

système ne permet pas d'assurer des moyens de financement supplémentaires pour les caisses des régimes de retraite par répartition. Il existe en effet un dilemme entre une taxe élevée et un allongement significatif de la durée d'activité. Cet article propose un modèle très simplifié à deux périodes qui permet de déterminer de façon explicite et transparente la taxe sur la prolongation d'activité qui correspond au sommet de la courbe de Laffer. Dans un second temps, il présente, sur la base d'une maquette beaucoup plus détaillée de l'économie française, des résultats quantitatifs qui illustre de façon concrète l'analyse théorique.

AGE DEPART RETRAITE, TAXE, REGIME RETRAITE, RETRAITE REPARTITION, FINANCEMENT, DUREE ACTIVITE, PRODUCTIVITE  
FRANCE  
MODELE ECONOMETRIQUE, THEORIE▲

29269

ARTICLE

PESTIAU (P.)

**Contrevérités sur le départ à la retraite.**

PROBLEMES ECONOMIQUES

2005/06/08 ; vol. : n° 2877 : 35-38, tabl., graph.

Cote Irdes : P100

L'âge de départ à la retraite constitue un élément central de nombreuses politiques de réforme des retraites. L'auteur présente et discute une dizaine d'énoncés fréquemment utilisées dans ce débat, comme par exemple, le lien supposé positif entre mise à la retraite des travailleurs âgés et l'accès à l'emploi des jeunes chômeurs ou la supposé pénalisation des moins qualifiés par toutes les politiques visant à relever l'âge de la retraite. L'auteur montre que ces affirmations sont erronées ou à tout le moins discutables. L'article complet est paru dans la revue d'économie politique, n° 2, mars-avril 2005.

AGE DEPART RETRAITE, RETRAITE, REFORME, CHOMAGE, QUALIFICATION PROFESSIONNELLE  
ETUDE CRITIQUE▲

29500

FASCICULE

CHAPUT (H.), EL MEKKAOUI DE FREITAS (N.)

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

**Les durées d'assurance validées par les actifs pour leur retraite : une première**

**évaluation à partir de l'Échantillon interrégimes de cotisants.**

ETUDES ET RESULTATS (DREES)

2005/05 ; vol. : n° 400 : 12p.

Cote Irdes : C, P83

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er400/er400.pdf>

L'étude porte sur les droits acquis par les actifs au 31 décembre 2001 au titre des régimes de base. A cette date, 58% d'entre eux avaient cotisé à un seul régime de base tandis que près de 42% étaient des "polycotisants". Ceux-ci ont été affiliés en moyenne à 2,2 régimes de base (1,6 pour les hommes contre 1,4 pour les femmes). Les unicotisants sont plus de 95% à avoir exclusivement cotisé au régime général. Par ailleurs, si l'écart de durées d'assurance validées entre les hommes et les femmes tend à se réduire, il reste important pour les anciennes générations. A 51 ans, le nombre de trimestres validés par les hommes est resté globalement stable entre les générations 1942 et 1950. En raison de la prolongation des études et des difficultés d'insertion des jeunes sur le marché du travail, les durées d'assurance validées à 31 ans sont toutefois sensiblement plus faibles pour les générations nées après 1950.

ASSURANCE VIEILLESSE, COTISATION SOCIALE, PRESTATION VIEILLESSE, PENSION RETRAITE, SEXE, AGE, REGIME RETRAITE  
FRANCE  
DONNEE STATISTIQUE



Rmi

30082

ARTICLE

AVENEL (C.)

Caisse Nationale d'Allocations Familiales. (C.N.A.F.). Paris. FRA

**Évaluer la décentralisation du RMI : les enjeux et les principes.**

RECHERCHES ET PREVISIONS

2005/03 ; vol. : n° 79 : 65-81

Cote Irdes : C, P190

La loi visant à réformer le revenu minimum d'insertion (RMI) est entrée en vigueur au 1er janvier 2004. Son principal objectif consiste à améliorer l'insertion sociale et professionnelle des allocataires à l'aide de deux nouvelles dispositions : la décentralisation du RMI, qui confie aux départements le pilotage intégral du dispositif, et le renforcement de l'insertion professionnelle des bénéficiaires du RMI avec la création du revenu minimum d'activité (RMA). La réforme de décen-

tralisation du RMI est-elle une politique évaluable ? Comment mener concrètement une telle démarche ? · A quelles conditions l'évaluation est-elle réalisable sans trahir la question de la qualité de service et celle de la subjectivité inhérente à toute action sociale accompagnant la démarche d'insertion ? Cet article propose des éléments de réponse à ces questions et brosse quelques enjeux et grands principes de la mise en oeuvre d'une évaluation (Résumé d'auteur).

RMI, REFORME, DECENTRALISATION, EVALUATION, BENEFICIAIRE, REINSERTION PROFESSIONNELLE, EFFICACITE, COLLECTIVITE TERRITORIALE, CAISSE ALLOCATIONS FAMILIALES, ADMINISTRATION ETAT

## PRÉVENTION SANTÉ

### Coût

29528

ARTICLE

LE PEN (C.)

**La prévention. Une solution pour réaliser des économies ?**

CONCOURS MEDICAL

2005/05/11 ; vol. 127 : n° 18 : 973-975

Cote Irdes : C, P19

Quand doit-on faire de la prévention ? Le praticien de l'économie et celui de la médecine n'ont pas forcément la même vision de l'intérêt de la prévention pour les individus et pour la société. Cet article résume un exposé fait par Claude Le Pen lors d'un séminaire organisé par l'association des étudiants en économie de la santé de Dauphine (association DESSEIN).

PREVENTION SANTE, ECONOMIE SANTE, COUT SANTE, POLITIQUE SANTE  
FRANCE

### Education santé

28373

ARTICLE

KARRER (M.), BUTTET (P.), VINCENT (I.), FERRON (C.)

**Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Modalités de mise en oeuvre d'une expérimentation auprès des femmes enceintes, d'adolescents ou de personnes âgées.**

SANTE PUBLIQUE

2004/09 ; vol. : n° 3 : 471-485

Cote Irdes : C, P143

Sous l'impulsion de l'INPES et de la CNAMTS, 5 démarches d'éducation pour la santé ont été conçues et expérimentées par 61 médecins généralistes et pharmaciens dans 5 sites pilotes en France auprès de 185 personnes âgées, adolescents ou femmes enceintes. L'élaboration de ces démarches a nécessité un encadrement d'un an des professionnels de santé dans une démarche de projet organisée. Les interventions éducatives élaborées répondent au critères de l'éducation pour la santé : approche globale et personnalisée du patient, participation active au processus d'apprentissage. Les démarches éducatives ne sont

pas centrées sur une approche thématique de santé, mais sur la personne, appartenant à une catégorie de population. Il s'agit d'une approche populationnelle d'éducation pour la santé.

PROGRAMME SANTE, EDUCATION SANTE, MEDECINE GENERALE, PHARMACIEN, ADOLESCENT, PERSONNE AGEE, FEMME ENCEINTE, FORMATION, METHODE PEDAGOGIQUE, PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE  
FRANCE  
EXPERIENCE

## Maladies cardio-vasculaires

28377

ARTICLE

*DURAND-ZALESKI (I.)*

**Des pistes pour réduire le risque cardio-vasculaire.**

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2004/06 ; vol. : n° 47 : 1-4 (2p.), fig.

Cote Irdes : C, P49

La réduction du risque cardio-vasculaire a été identifiée parmi les 104 priorités de la loi de santé publique votée en 2004 pour les cinq prochaines années. La présentation par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, des "Données sur la situation sanitaire et sociale en France en 2003" souligne l'importance de coordonner les actions de prévention auprès de la population. Cela implique plusieurs types d'actions qui sont développées dans les articles de ce dossier. Ces actions concernent le diagnostic de la maladie et la mise en oeuvre des actions de prévention, tant au niveau individuel que pour l'ensemble de la population. Les modalités du diagnostic mériteraient sans doute d'être revues en tenant compte du développement des techniques de mesure continue.

APPAREIL CIRCULATOIRE [PATHOLOGIE], PREVENTION, RISQUE, DIAGNOSTIC, SUIVI MALADE, POLITIQUE SANTE, EDUCATION SANTE  
FRANCE ▲

28381

ARTICLE

*GIRERD (X.) / coor., DUCIMETIERE (P.), ANGLADE (C.), CRETIN (C.), BASSET (B.), CHAULIAC (M.), OPPERT (J.-M.), LAFOREST (L.), VAN GANSE (E.), COM-RUELLE (L.),*

*PARIS (V.), CHARBONNEL (B.), GIRAL (P.), LANG (T.), WEILL (A.), et al.*

**Dossier : La prévention des maladies cardio-vasculaires.**

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2004/06 ; vol. : n° 47 : 19-60, tabl., fig.

Cote Irdes : C, P49

La survenue des maladies cardio-vasculaires dépend de facteurs de risques parmi lesquels on distingue la consommation de tabac, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, l'obésité, la sédentarité et le diabète sucré. Les actions de prévention possibles sont donc de plusieurs types, elles concernent le diagnostic et la mise en oeuvre de ces actions tant au niveau individuel que pour l'ensemble de la population. Ce dossier a donc la volonté de présenter les différentes actions possibles de prévention des pathologies cardio-vasculaires, individuelles et collectives, qui passent par la modification des comportements ou la prescription de médicaments. L'objectif étant de réduire le risque de survenue de maladies cardio-vasculaires dans l'ensemble de la population en incitant à une alimentation équilibrée et une activité physique modérée ; les sujets à risque élevé, et seulement ceux-ci, devant faire l'objet d'une prise en charge médicamenteuse correctement prescrite.

APPAREIL CIRCULATOIRE [PATHOLOGIE], PREVENTION SANTE, FACTEUR RISQUE, MORTALITE, MORBIDITE, INDICATEUR SANTE, PROGRAMME SANTE, PROMOTION SANTE, COMPORTEMENT SANTE, EDUCATION SANTE, EDUCATION NUTRITIONNELLE, ACTIVITE PHYSIQUE, LUTTE ANTITABAC, PRISE CHARGE TOTALE, PRISE CHARGE, MEDICAMENT, ESSAI THERAPEUTIQUE, DIABETE, HYPERTENSION ARTERIELLE, DEFINITION, MESURE RISQUE, INEGALITE SOCIALE, TRAVAIL, EMPLOI, ETAT SANTE, POPULATION, EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE, QUALITE SOINS, POLITIQUE SANTE, SANTE PUBLIQUE [GENERALITE]  
FRANCE, EUROPE  
DONNEE STATISTIQUE ▲

28383

ARTICLE

*WEILL (A.), SABA (G.), RICORDEAU (P.), TILLY (B.), FENDER (P.), ALLEMAND (H.)*

**Le constat de l'assurance maladie sur la prévention cardio-vasculaire.**

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2004/06 ; vol. : n° 47 : 56-58, tabl.

Cote Irdes : C, P49

Une étude montre que les hypolipémiants, utili-

sés pour la prévention des maladies cardio-vasculaires et premier poste en montant des médicaments remboursés, sont trop souvent prescrits pour des risques faibles ou sans évaluation préalable de ceux-ci. On ne pourra longtemps éviter un arbitrage entre bénéfice individuel pour des patients à faible risque et coût collectif.

PREVENTION SANTE, APPAREIL CIRCULATOIRE [PATHOLOGIE], REMBOURSEMENT, MEDICAMENT, PRISE CHARGE, THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE, ASSURANCE MALADIE, PRESCRIPTION, EFFET SECONDAIRE, ANALYSE COUT EFFICACITE, CARDIOPATHIE CORONAIRE, FACTEUR RISQUE, CHOLESTEROL  
FRANCE  
ENQUETE TRANSVERSALE ▲

28385

ARTICLE

ANGLADE (C.), CRETIN (C.), BASSET (B.), CHAULIAC (M.), OPPERT (J.-M.)

**Les actions et programmes de prévention.**

**La prévention des maladies cardio-vasculaires.**

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2004/06 ; vol. : n° 47 : 23-33, tabl.

Cote Irdes : C, P49

Plusieurs programmes nationaux concourent à la prévention des maladies cardio-vasculaires. Ils concernent en grande partie la promotion de comportements favorables à la santé, notamment l'alimentation, l'activité physique, la lutte contre le tabagisme et l'amélioration des soins. La prévention consiste à anticiper des phénomènes risquant d'entraîner ou d'aggraver des problèmes de santé. La prévention est l'ensemble des actions mises en place pour éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies ou des accidents cardio-vasculaires. Globalement trois méthodes sont utilisées dans le champ de la prévention : l'information, à propos de laquelle on citera les grandes campagnes de santé publique ; la formation en santé publique, thématique et méthodologique ; l'éducation pour la santé, qui se caractérise par la mise en place de projets aux démarches parfois très différentes. L'information, la formation ou l'éducation pour la santé peuvent être employées dans un même projet à des étapes différentes ou constituer à elles seules un projet de santé publique.

PREVENTION SANTE, APPAREIL CIRCULATOIRE [PATHOLOGIE], PROGRAMME SANTE, PROMOTION SANTE, COMPORTEMENT SANTE, LUTTE, FACTEUR RISQUE, TABAGISME,

EDUCATION NUTRITIONNELLE, ACTIVITE PHYSIQUE, POPULATION, CONDITION VIE, EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE, POLITIQUE SANTE, CARDIO-PATHIE, HYPERTENSION ARTERIELLE, ALIMENTATION

FRANCE

DONNEE STATISTIQUE, EVOLUTION ▲

28386

ARTICLE

GIRERD (X.), LFOREST (L.), VAN GANSE (E.), COM-RUELLE (L.), PARIS (V.), CHARBONNEL (B.)

**Les prises en charge médicamenteuses.**

**La prévention des maladies cardio-vasculaires.**

ACTUALITE ET DOSSIER EN SANTE PUBLIQUE

2004/06 ; vol. : n° 47 : 34-45, tabl., fig.

Cote Irdes : C, P49

La prévention des maladies cardio-vasculaires est liée à une prise en charge de facteurs de risques majeurs que sont l'hypertension artérielle et les dyslipidémies. Les diabétiques, qui ont un risque cardio-vasculaire dû à leur maladie plus élevé, doivent faire l'objet d'une prévention adaptée. Pour prévenir des maladies cardio-vasculaires, les données scientifiques ont démontré depuis plus de trente ans l'intérêt d'une prise en charge de l'hypertension artérielle. Toutefois, comme le principal objectif du traitement d'un patient hypertendu est d'abaisser son risque global de morbidité et de mortalité cardio-vasculaire à long terme, la prise en charge impose d'agir sur tous les facteurs de risque réversibles identifiés, notamment le tabagisme, les dyslipidémies et le diabète, de prendre en charge comme il convient les pathologies associées et de traiter parallèlement l'hypertension artérielle elle-même.

PREVENTION SANTE, APPAREIL CIRCULATOIRE [PATHOLOGIE], PRISE CHARGE, MEDICAMENT, THERAPEUTIQUE MEDICAMENTEUSE, HYPERTENSION ARTERIELLE, DIABETE, ESSAI THERAPEUTIQUE, CONSOMMATION MEDICALE, DEPENSE SANTE, DEPISTAGE, PRISE CHARGE TOTALE, CONDITION VIE, POPULATION OBSERVEE

FRANCE ▲

28387

ARTICLE

GIRAL (P.), GIRERD (X.)

**Le risque cardio-vasculaire : un nouvel outil de décision dans la prévention cardio-vasculaire.**