

LES DÉPENSES DE SOINS MÉDICAUX AU CANADA de 1957 à 1969

par

Christiane LENOIR

Cette note a pour but d'analyser les dépenses en soins de santé au Canada, sur la période 1957 à 1969, qui sont présentées dans un recueil édité par la Direction de la Recherche et de la Statistique au Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Être Social Canadien.

Les chiffres qui sont cités ne concernent pas toutes les dépenses.

Seules les dépenses relatives aux services hospitaliers, aux services de médecins, aux services de dentistes et aux médicaments prescrits sont prises en considération. La dépense pour ces postes représente d'ailleurs 90 % de l'ensemble des dépenses médicales qui comprennent, en outre, les dépenses relatives à certains services de spécialistes, à l'hygiène publique, à la fourniture de verres et d'appareils, à la formation professionnelle, à la recherche et aux frais de construction et d'installations sanitaires et qui ne sont pas analysés ici.

I. SOURCES

Les données intéressant les services étudiés sont soit extraites de publications émanant du Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Être Social, soit collectées dans des enquêtes, soit estimées.

Ainsi, les chiffres cités pour les services de médecins et les services de dentistes proviennent de publications concernant leurs revenus.

Les données sur les « ventes de médicaments prescrits », pour 1967, ont été obtenues par voie d'enquête.

Pour les services hospitaliers, ces sources dépendent du type d'hôpital analysé :

— Les hôpitaux généraux et spéciaux publics fournissent au Ministère des états de dépenses annuels par l'intermédiaire des autorités provinciales.

— Pour les hôpitaux généraux et spéciaux privés, les données proviennent des sommes que les autorités provinciales de l'assurance-hospitalisation leur ont payées pour le traitement des malades.

— Les chiffres des dépenses en sanatoriums et dans les établissements psychiatriques publics sont extraits des publications annuelles du Bureau Fédéral de la Statistique.

— Les chiffres des dépenses des hôpitaux psychiatriques privés sont des estimations.

II. ANALYSE DES DÉPENSES SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE CANADIEN

II.1. Ensemble des dépenses en soins médicaux

Ces dépenses sont passées de 1,047 milliards de dollars en 1957 à 3,925 milliards de dollars en 1969, selon un taux d'accroissement annuel moyen de + 11,6 %. On observe une légère tendance à l'accélération, à partir de 1964.

Par habitant, la dépense annuelle s'est accrue en moyenne par an de + 9,5 % de 1957 à 1969, passant de 62,81 dollars en 1957 à 186,10 dollars en 1969 (voir tableau ci-après).

DÉPENSES DE SOINS DE SANTÉ PAR HABITANT

	Dépenses par habitant en dollars			Accroissement annuel moyen	
	1957	1962	1969	1957-1969	1962-1969
Services de médecins	16,30	21,82	43,15	+ 8,5 %	+ 10,2 %
Services de dentistes	5,10	6,53	10,97	+ 6,6 %	+ 7,7 %
Médicaments prescrits	6,19	7,58	12,81	+ 6,2 %	+ 7,8 %
Hôpitaux généraux et hôpitaux spécialisés	25,36	43,61	96,58	+ 11,8 %	+ 12,0 %
Établissements psychiatriques	5,25	7,76	16,64	+ 10,1 %	+ 11,5 %
Sanatoriums pour tuberculeux ...	1,90	1,48	1,38	- 2,7 %	- 1,0 %
Hôpitaux fédéraux	2,72	3,78	4,57	+ 4,4 %	+ 2,7 %
Tous les hôpitaux	35,22	56,63	119,17	+ 10,7 %	+ 11,2 %
Ensemble des dépenses	62,81	92,55	186,10	+ 9,5 %	+ 10,5 %

Ces dépenses représentaient 3,18 % du Produit National Brut, aux prix du marché, en 1957 et 5,03 % en 1969.

En ventilant les dépenses globales entre les différents services qui les composent, on remarque que, en 1957, 56,1 % des dépenses étaient affectées aux services hospitaliers, 25,9 % aux services de médecins, 8,1 % aux services de dentistes et 9,9 % aux médicaments prescrits.

Au cours de la période, cette répartition s'est transformée : en 1969, les services hospitaliers représentent 64,0 %, les services de médecins 23,2 %, les services de dentistes 5,9 % et les médicaments prescrits 6,9 %. On observe que la part des trois derniers postes diminue au profit de celle des services hospitaliers (voir graphique ci-après). Si l'on compare ces chiffres avec ceux observés en France en 1969, on remarque que pour les mêmes postes il y a de grosses différences. Ainsi, en France, l'hospitalisation publique et privée représente 45,8 % des dépenses, les médicaments prescrits 26,4 %, les services de médecins 18,1 % et les services de dentistes 9,7 %.

II.2. Services hospitaliers

Dans ces services, sur la période 1957-1969, les dépenses se sont accrues de + 12,9 % par an, en moyenne, passant de 0,587 milliards de dollars en 1957 à 2,513 milliards de dollars en 1969.

La dépense par habitant était de 35,22 dollars en 1957 et de 119,17 dollars en 1969, soit un taux d'accroissement annuel moyen de + 10,7 %.

Les services se décomposent en quatre parties qui sont :

- les hôpitaux généraux et hôpitaux spéciaux publics et privés qui comprennent les maternités et les hôpitaux pour les malades chroniques et les convalescents,

- les établissements psychiatriques,
- les sanatoriums pour tuberculeux,
- les hôpitaux du gouvernement du Canada.

La croissance des dépenses a été la plus rapide dans les hôpitaux généraux et spécialisés (+ 14,0 %). Cette dépense représente 81,0 % de l'ensemble des dépenses hospitalières. La dépense par habitant est passée de 25,36 dollars en 1957 à 96,58 dollars en 1969, selon un taux d'accroissement annuel moyen de + 11,8 %. Ceci est peut-être dû au fait que ces dépenses peuvent être recouvrées grâce à l'assurance hospitalisation.

STRUCTURE DES DÉPENSES EN SOINS DE SANTÉ AU CANADA

1957

1969

8 %	Services de dentistes	6 %
10 %	Médicaments prescrits	7 %
26 %	Services de médecins	23 %
Sanatoriums 5,4 %	Services hospitaliers	Sanatoriums 1,2 %
Hôpitaux fédéraux 7,7 %		Hôpitaux fédéraux 3,8 %
Établissements psychiatriques 15 %		Établissements psychiatriques 14 %
Hôpitaux généraux et Hôpitaux spécialisés 72 %		Hôpitaux généraux et Hôpitaux spécialisés 81 %
		56 % ← → 64 %

— La dépense, dans les hôpitaux psychiatriques, représente 14 % des dépenses hospitalières totales. Son accroissement annuel moyen est égal à + 12,3 %. La dépense par habitant a cru selon un taux annuel moyen de + 10,1 %, passant de 5,25 dollars en 1957 à 16,64 dollars en 1969.

— La dépense dans les hôpitaux fédéraux a un taux d'accroissement annuel moyen de + 6,5 %. La dépense par habitant était de 2,72 dollars en 1957 et de 4,57 dollars en 1969, soit un accroissement annuel moyen de + 4,4 %.

— Dans les sanatoriums, on observe une baisse de — 0,7 %. La dépense, par habitant, est passée de 1,90 dollars en 1957 à 1,38 dollars en 1969, soit une baisse de — 2,7 %.

11.3. Services de médecins

Les dépenses ont plus que triplé en douze ans, passant de 272 millions de dollars en 1957 à 910 millions de dollars en 1969. Le taux d'accroissement annuel moyen a été de + 10,6 %. A partir de 1964, on observe une nette tendance à l'accélération.

Par habitant, la dépense est passée de 16,30 dollars en 1957 à 43,15 dollars en 1969, selon un taux d'accroissement annuel moyen de + 8,4 %.

Exprimée en pourcentage du Produit National Brut, la dépense pour ce service représentait 0,83 % en 1957 et 1,17 % en 1969.

II.4. Services de dentistes

L'accroissement annuel moyen, sur la période 1957-1969, est de + 8,7 %. En valeur, ces dépenses sont passées de 85 millions de dollars en 1957 à 231 millions de dollars en 1969.

Par habitant, la dépense a doublé en douze ans, passant de 5,10 dollars en 1957 à 10,97 dollars en 1969, soit un taux d'accroissement annuel moyen de + 6,6 %.

Elle représentait 0,30 % du Produit National Brut en 1969 et 0,26 % en 1957.

Ce service représentait, en 1969, 5,9 % de l'ensemble des dépenses en soins de santé.

II.5. Médicaments prescrits

Dans ce paragraphe, il n'est question que des médicaments sur ordonnance.

Sur la période 1957-1969, les dépenses consacrées à ce poste ont augmenté un peu moins vite que celles étudiées précédemment. Elles sont passées de 103 millions de dollars en 1957 à 270 millions de dollars en 1969, soit un taux d'accroissement annuel moyen de + 8,4 %.

Par habitant, la dépense était de 6,19 dollars en 1957 et de 12,81 dollars en 1969, soit un taux d'accroissement annuel moyen de + 6,2 %.

Par rapport au Produit National Brut, les médicaments prescrits représentaient, en 1957, 0,31 % et, en 1969, 0,35 %.

III. ANALYSE RÉGIONALE

Si l'on étudie les dépenses de santé dans les différentes régions, on observe de très fortes inégalités.

Deux provinces se distinguent vraiment des autres : l'Ontario et le Québec. Les dépenses réunies de ces deux provinces représentent 65,9 % de l'ensemble des dépenses en soins (respectivement 39,3 % et 26,6 %). Viennent ensuite la Colombie Britannique (9,7 %), l'Alberta (8,0 %), le Manitoba (4,5 %), le Saskatchewan (4,0 %), la Nouvelle Écosse (3,3 %), le New Brunswick (2,5 %), Terre-Neuve (1,6 %), « Prince Edward Island » (0,3 %) et le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest (0,02 %).

La dépense par personne varie de 204,50 dollars dans l'Ontario à 117,68 dollars dans « Prince Edward Island ». Sur la période 1957-1969, le plus fort taux d'accroissement annuel moyen est observé dans le Québec (+ 10,9 %) et le taux le plus bas dans le Saskatchewan (+ 6,6 %). Les autres taux se situent aux alentours de + 7 % pour la Colombie Britannique et le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest, de + 9 % pour « Prince Edward Island », le New Brunswick, l'Ontario, le Manitoba et l'Alberta. Ceux de Terre-Neuve et de la Nouvelle Écosse sont proches du taux le plus fort.

C'est dans ces deux dernières provinces et dans le New Brunswick que les dépenses médicales par habitant, comparées au revenu individuel, sont les plus importantes. Elles représentent plus de 7 % du revenu individuel en 1969. Dans les autres provinces, ce pourcentage est à peu près égal à 6 %.

Quels que soient les services considérés, les dépenses sont toujours plus fortes dans l'Ontario et le Québec. L'ordre des autres provinces est le même que pour les dépenses globales. Dans les provinces, la ventilation des dépenses entre les différents services est sensiblement la même que celle énoncée précédemment pour l'ensemble du territoire canadien.

Les différences entre les provinces peuvent s'expliquer par les différents accroissements des populations, par les conditions climatiques et par l'insuffisance de praticiens dans certaines régions.

* *

CONCLUSION

Si l'on compare poste par poste les données du Canada et celles de la France, on remarque que, pour les mêmes postes, la dépense par habitant est plus forte au Canada qu'en France. En 1962, pour l'ensemble des dépenses de santé, elle était égale à 92 dollars au Canada, soit 426 francs ⁽¹⁾ et à 295 francs en France. En 1969, elle passe à 186 dollars au Canada soit 899 francs ⁽²⁾ et à 698 francs en France. Au Canada, le taux d'accroissement annuel moyen sur la période 1962-1969 est de + 10,5 % au Canada et de + 13,1 % en France.

Dans les deux pays, la part la plus importante des dépenses revient à l'hospitalisation publique et privée, qui représente 64,0 % de l'ensemble des dépenses au Canada et 45,8 % en France. Par contre, la ventilation des autres postes varie assez considérablement. Ainsi, 23,2 % de l'ensemble des dépenses sont consacrées aux services de médecins au Canada et 18,1 % en France. La part des services de dentistes est égale à 5,9 % au Canada et à 9,6 % en France et les médicaments prescrits représentent seulement 6,9 % au Canada alors qu'en France 26,4 % des dépenses leur sont consacrées.

Exprimée en Francs, la dépense par habitant, en 1969, est très variable selon les postes. Ainsi, au Canada, 208 francs sont consacrés aux services de médecins, contre 127 francs en France. Les sommes relatives aux services de dentistes ne sont pas très différentes (53 francs au Canada et 67 francs en France). Par contre, pour les médicaments prescrits, c'est-à-dire les médicaments sur ordonnance ⁽³⁾, la dépense par habitant en France est presque trois fois plus importante que celle observée au Canada (185 francs en France contre 62 francs au Canada). Pour l'hospitalisation, la dépense par habitant est égale à 576 francs au Canada et à 320 francs en France.

Exprimée en pourcentage du Produit National Brut, la dépense pour l'ensemble des soins de santé représentait 4,1 % en 1962 et 5,0 % en 1969 au Canada, soit un taux d'accroissement annuel moyen de + 3,1 % et, en France, 3,7 % en 1962 et 4,8 % en 1969, soit un taux d'accroissement annuel moyen de + 3,7 %.

(1) Le dollar canadien est égal à 4,60 francs en 1962.

(2) Le dollar canadien est égal à 4,83 francs en 1969.

(3) On a pu faire une estimation des dépenses consacrées aux médicaments sur ordonnance.

BIBLIOGRAPHIE

ROUX (Claude), DAVID (M. G.) et PAQUEL (N.), sous la direction de **M. Jacques MÉRAUD.** — **Les disparités sectorielles de salaires en France et en Allemagne.** Revue Documents du Centre d'Étude des Revenus et des Coûts, la Documentation Française, Paris, 2^e trimestre 1972, n° 14.

Les enquêtes statistiques sur les coûts salariaux — en particulier les enquêtes harmonisées effectuées par l'Office Statistique des Communautés Européennes — montrent que ces coûts varient fortement d'une branche industrielle à l'autre : en France, par exemple, en 1966, le coût salarial horaire moyen était de 5,20 F dans l'industrie de l'habillement et de 15 F dans l'industrie du pétrole; les autres branches voyaient leurs coûts s'échelonner entre ces deux extrêmes, le coût salarial moyen « toutes branches réunies » étant de 7,90 F. En Allemagne, on observe un phénomène analogue, la « dispersion » — c'est-à-dire les écarts entre branches — étant toutefois moins forte.

Le problème posé au CERC était le suivant : Pourquoi ces disparités ? Quelles sont les raisons qui expliquent que les salaires sont ici plus élevés que là ? En utilisant une technique d'analyse économétrique des informations disponibles, le CERC a mis en évidence les facteurs explicatifs de ces écarts, en France d'une part, en Allemagne d'autre part. On peut voir ainsi comment se forment les salaires, dans une branche donnée, selon le « schéma » ou le « modèle » français d'une part, selon le « schéma » ou le « modèle » allemand d'autre part.

En France, les différences de salaires entre branches tiennent principalement à la proportion de « non-manuels » dans la population salariée de chaque branche. Ce facteur suffit à « expliquer » 80 % de la « dispersion » des coûts salariaux (on pourra lire l'étude du CERC ce qui signifie mathématiquement cette expression : « expliquer x % de la dispersion des salaires d'une branche à l'autre », mais le lecteur non « économètre » peut s'en faire une idée suffisante à travers les diverses expressions utilisées dans la note introductive). En adjoignant à ce facteur la proportion de femmes travaillant dans chaque branche, on explique 89 % de cette dispersion. En y ajoutant, comme facteur explicatif, le degré de concentration des entreprises de chaque branche, on passe à un taux d'explication de 92 %. Un quatrième facteur, l'importance des charges de capital dans chaque branche, permet d'atteindre 94 % d'explication. Enfin, l'adjonction d'un cinquième facteur, la localisation géographique, repérée par la proportion des salaires de chaque branche travaillant dans la région parisienne, permet d'expliquer au total 96 % de la dispersion des coûts salariaux français.

En Allemagne, il faut placer en tête des facteurs explicatifs la proportion de femmes parmi les salariés de chaque branche : ce facteur explique à lui seul 51 % de la dispersion des coûts salariaux allemands d'une branche à l'autre. L'adjonction du facteur explicatif « proportion des non-manuels dans chaque branche » permet de passer à un taux d'explication de 72 %. En y ajoutant le degré de concentration des entreprises, on a 80 % d'explication. Enfin un quatrième facteur, l'importance des charges de capital dans chaque branche, permet d'expliquer 86 % de la dispersion sectorielle des coûts salariaux.

On voit que le modèle français est plus complètement explicatif que le modèle allemand. Ce dernier laisse inexplicés 14 % de la dispersion des salaires d'une branche à l'autre. Néanmoins, même dans le cas allemand, la part de cette dispersion expliquée par l'ensemble des quatre variables retenues est très importante.

On voit également que, si les mêmes facteurs explicatifs interviennent en France et en Allemagne, — sauf la localisation géographique, qui ne semble pas jouer dans ce pays de rôle explicatif spécifique analogue à celui que joue en France la « dichotomie Paris-Province » — ces facteurs ne se classent pas dans le même ordre d'importance dans les deux pays : en France, c'est le statut du « col blanc » qui est à l'origine de la plus grande part des disparités salariales entre branches ; en Allemagne, ces disparités sont imputables en priorité à l'écart entre salaires masculins et féminins.

L'étude du CERC examine ensuite les utilisations que l'on peut faire de ces « modèles explicatifs de la formation des salaires » en France et en Allemagne. On peut ainsi mettre en évidence dans chaque pays les branches où les salaires sont différents de ce qu'ils devraient être si le « modèle national » s'y appliquait, et chercher les raisons de ces exceptions (cas de l'imprimerie, de la chimie, etc...). On peut aussi comparer les salaires français et allemands dans une même branche à un moment donné et repérer, à l'aide des deux modèles nationaux, pourquoi ces coûts sont différents. On peut enfin apprécier les effets qu'aurait, dans chaque pays, sur les salaires d'un secteur donné, telle ou telle modification des structures économiques de ce secteur.

Mais, au-delà de ces analyses branche par branche, cette étude devrait apporter aux responsables économiques, sociaux et politiques un éclairage d'ensemble sur les causes de l'hétérogénéité des structures industrielles françaises, ou, si l'on préfère, des inégalités qui se manifestent dans notre industrie en matière de salaires. Un tel éclairage peut contribuer à l'orientation des actions possibles.

DUVIGNAUD (Jean) et autres. — La Sociologie. Guide Alphabétique. Éd. Denoël-Gonthier, Coll. Médiations, Paris, 1972, 330 p. Bibliographie.

Si la parution d'ouvrages de sociologie est abondante, il est plus rare d'avoir entre les mains un ouvrage sur la sociologie. Grâce soit donc rendue à J. Duvignaud — qui dans ce domaine n'est pas à son coup d'essai — et à ses co-auteurs d'avoir fait paraître ce guide alphabétique de certains concepts.

Ce lexique est intéressant à double titre. Tout d'abord, il devrait, et là n'est pas son moindre mérite, permettre de dissiper la confusion très répandue dans le public entre sociologie et sondages d'opinion régulièrement publiés sans précaution méthodologique ni théorique par la presse. Il n'y a, en effet, aucune commune mesure entre un sondage d'opinion — bien qu'il soit un instrument de travail utilisé par la sociologie — et une recherche sociologique. Une science se définit et se constitue, entre autres, par l'élaboration permanente et jamais finie d'un corps de concepts opératoires. En ce sens, la sociologie se rapprochant de plus en plus du réel, est dynamique et explicative ; elle « ne se borne pas à enregistrer des faits ni à gloser sur des statistiques d'opinion » (p. 9).

Il est toutefois regrettable de constater que le langage employé par les différents auteurs rendra l'ouvrage peu accessible au grand public — le premier concerné par la sociologie, en fin de compte — et retardera d'autant la dissipation de la confusion ci-dessus dénoncée ainsi que, corrélativement, l'insertion de la sociologie dans ce même grand public. Quant à nous, nous voyons dans l'emploi d'un langage « de chapelle » un moyen de défense élaboré par les sociologues pour se protéger contre une société qui accepte et qui aime si mal leur science.

Le deuxième intérêt de cet ouvrage est plus spécifique. Il offre au chercheur (qui, lui, comprend le langage !) un moyen d'être au courant de l'avancement conceptuel de sa science et des différentes orientations pratiques d'un concept. En effet, les recherches sociologiques de rang moyen (middle range), les plus fréquentes, s'attachent à étudier un domaine particulier de la réalité sociale et, de ce fait même, utilisent un nombre assez restreint de concepts. Si l'on ajoute à cela une spécialisation croissante dans un domaine particulier et une certaine difficulté de communication entre chercheurs aussi bien pratique (temps) que théorique (écoles différentes, voire opposées), on comprendra l'utilité de l'ouvrage de J. Duvignaud.

Nous nous proposons d'analyser certains de ces concepts dans une note ultérieure ; pour l'heure, nous nous bornerons à quelques constatations issues d'une première lecture.

Trente cinq concepts sont analysés. Or, dans un ouvrage comme celui-ci, qui ne peut bien sûr prétendre à l'exhaustivité sauf à devenir une Somme, les concepts « non cités », nous étions tentés de dire oubliés, sont aussi significatifs que ceux présentés. On s'aperçoit que des concepts tels que changement social, statut, interaction, fonction, action sociale, valeurs, normes, strates, mobilité, déviance, adaptation, intégration, groupe... ne figurent pas dans ce guide. Dès lors, nous nous posons simplement la question de savoir si ces concepts qui proviennent soit de la sociologie américaine, soit de la psychosociologie, soit des deux, ont été écartés délibérément ou par hasard. Nous laisserons au lecteur le soin d'en décider en précisant toutefois qu'il ne nous paraît pas souhaitable que la recherche sociologique en France se coupe volontairement ou non de l'apport théorique et pratique de la psychosociologie et de la sociologie américaine.

Une dernière remarque. Un concept, disions-nous, doit être opératoire. C'est-à-dire qu'il doit avoir une valeur pratique permettant d'appréhender et d'expliquer une partie

déterminée de la réalité sociale (champ d'application du concept) ; mais en même temps, le concept est un produit, une traduction si l'on veut, de cette réalité sociale. Il existe donc une interaction constante ⁽¹⁾ entre réalité et concept. Or, il nous semble que les différents articles ne montrent pas assez, et quelquefois pas du tout, cette interaction : sans réalité sociale, pas de concept et sans concept, pas d'appréhension ni d'explication de cette réalité. A la limite, si cette interaction n'est pas mise en évidence, le concept est inutilisable. Un exemple : l'ambiguïté du concept d'aliénation d'ailleurs soulignée par l'auteur (H. Lefèbvre) tient en partie, pensons-nous, à la difficulté où l'on est d'établir précisément une relation réciproque entre celui-ci et son champ d'application ; cette ambiguïté est en outre fortement aggravée par la multiplicité des domaines que le concept prétend embrasser.

Pour conclure provisoirement, nous dirons que l'ouvrage publié sous la direction de J. Duvignaud présente l'énorme avantage, en regroupant ainsi des concepts dont on ne peut nier l'importance, de les préciser et d'inciter à la réflexion ce qui devrait pouvoir conduire aussi bien les « non initiés » que les initiés à une meilleure compréhension de la société où ils vivent.

Yves BARAQUIN.

(1) Il s'agit même sans doute d'un rapport dialectique et en ce sens-là l'analyse sociologique apparaît alors comme action et comme facteur de changement. C'est ainsi, par exemple, que dans un groupe, l'explicitation « ici et maintenant » du psychosociologue est une forme de conceptualisation des phénomènes qui émergent et que cette conceptualisation renvoyée au groupe agit sur son devenir. La théorie du changement, chez K. Lewin, procède du même souci de promouvoir un va-et-vient permanent entre la réalité psychosociale et la théorisation en vue de l'action de cette réalité : c'est bien là le sens et la portée de la notion de recherche active.

CONSOMMATION (ANNALES DU C. R. E. D. O. C.)

1968

- N° 1. — Étude critique de méthodes d'enquête. — Étude sur l'offre et la demande de créance.
- N° 2. — Théorie et politique de l'épargne. — Un modèle prévisionnel de la demande de logements. — L'évolution de la consommation de viande.
- N° 3. — La consommation et la demande de monnaie. — Valeur prédictive des intentions d'achats au niveau du ménage pris individuellement.
- N° 4. — Quelques éléments sur le comportement des propriétaires vis-à-vis du prix du logement acheté et de la mise de fonds versée. — Facteurs « irrationnels » de l'offre d'épargne (recherches allemandes).

1969

- N° 1. — L'offre de monnaie par les banques commerciales. — L'économie des services de soins médicaux en France. — L'évolution de la consommation de produits laitiers de 1950 à 1966.
- N° 2. — L'économie des services de soins médicaux en France. — La formation de l'épargne liquide (l'exemple du Crédit Mutuel). — Consommation individuelle et consommation collective. — Étude sur la demande en logement des ménages.
- N° 3. — Les prix de détail en France par rapport aux autres pays de la Communauté. — La consommation des ménages en France et en Hongrie. — Introduction à l'analyse des données.
- N° 4. — Durée d'observation et précision dans les enquêtes de consommation. — Un essai de classification de titres boursiers fondée sur l'analyse factorielle. — Introduction à l'analyse des données.

1970

- N° 1. — La fréquentation des équipements collectifs. — La supériorité de la gestion collective de l'épargne mobilière : analyse méthodologique et application aux SICAV. — Le comportement des exploitants agricoles en Eure-et-Loir et en Ile-et-Vilaine.
- N° 2-3. — L'Évolution de la consommation des ménages de 1959 à 1968.
- N° 4. — Les services médicaux en Suède et en France. — Proposition pour une méthodologie de l'étude de la redistribution. — La consommation des boissons dans quelques pays d'Europe.

1971

- N° 1. — Les familles devant l'éducation des enfants. — Nouvelle évaluation de la fortune des ménages (1959-1967). — Budget-temps et choix d'activité.
- N° 2. — Enquête sur les loisirs et mode de vie du personnel de la Régie Nationale des Usines Renault. — Étude des effets différentiels des impôts sur la consommation. — La morphologie sociale des communes urbaines.
- N° 3. — La consommation élargie. — Étude économique de l'activité des médecins. — Possibilités et difficultés de la régulation des problèmes d'environnement et de nuisance par entente spontanée entre les intéressés.
- N° 4. — Nature et prix des soins médicaux en ville. — Quelques résultats de l'étude des bilans de petites et moyennes entreprises.

1972

- N° 1. — Enquête sur les loisirs et mode de vie du personnel de la Régie Nationale des Usines Renault. — Les choix de consommation et les budgets des ménages. — Placement et Investissement. — Les budgets familiaux dans les régions de la C.E.E.
- N° 2. — Les sciences humaines devant la ville et le logement. — Qualité de la vie et choix collectifs. Consommation et statut social. — Tests d'hypothèses linéaires sur un modèle de régression.
- N° 3. — Le système d'indicateurs du VI^e Plan. — Recherche de projections cohérentes pour des variables interdépendantes. — L'arbitrage entre salaire et temps libre.
- N° 4. — L'évolution de la consommation des ménages de 1959 à 1970.

SOMMAIRE DES PROCHAINS NUMÉROS

Consommation des ménages et consommation publique divisible. Processus de décision de l'épargnant. Vers une description des modes de vie au moyen d'indicateurs. Le système des soins médicaux en France et aux USA. Effets redistributifs de l'éducation.

sommaire

Éditorial	3
-----------------	---

ÉTUDES

GUNNAR MYRDAL Rôle des valeurs et politique sociale	5
R. D. CORWIN et S. M. MILLER A qui profite l'impôt? Mythes et réalités	17
ROGER COSTE Les entreprises financières en mutation face au commerce de l'épargne	37
PAUL REYNAUD et BERNARD ZARCA Les leçons d'une enquête sur les petits commerçants âgés (Action sociale et transformation du milieu sociologique)	59
ALAIN MINGAT Cheminevements aléatoires et modèles systématiques d'intervention. Bourse des valeurs de Paris	77
RÉSUMÉS-ABSTRACTS	97

NOTES ET CHRONIQUES

CHRISTIANE LENOIR Les dépenses de soins médicaux au Canada de 1957 à 1969	101
--	-----

BIBLIOGRAPHIE

**CENTRE DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION
SUR LA CONSOMMATION**

45, boulevard de la Gare, PARIS-13^e
Tél. POR. 97-59

1973 n° 1
Janvier Mars