
Les services collectifs dans une économie en mutation

Marianne Berthod-Wurmser, Michel Gaspard et Patrice Lanco*

Quelles ont été les tendances les plus marquantes de l'évolution des consommations collectives, en France, depuis la seconde guerre mondiale ? Comment ces tendances se sont-elles modifiées depuis une dizaine d'années ? Telles sont les questions abordées dans la première partie de ce texte.

A titre exemplaire, les conditions du développement de deux services, santé et logement, sont examinées. Pour les dépenses de santé, outre la politique publique, on souligne les rôles, à terme, de la technicité croissante des interventions, de la progression de la demande émanant des personnes âgées, de l'offre médicale et de la diffusion du recours aux soins.

Au-delà des contraintes financières qui rendent incertain l'avenir de la construction neuve, les changements de comportement des ménages introduisent également de la confusion. La question majeure concerne le choix des pouvoirs publics : intensifier la rénovation ou accompagner la construction neuve.

Avec l'ouverture de la crise, les discours sur les dépenses publiques à destination de l'éducation, du logement, de la santé, des transports, des activités culturelles... ont perdu de leur unité. Pour les uns, c'est un prélèvement lourd qui freine les mutations en cours, pour les autres ces dépenses conditionnent l'égalité des chances, sauvegardent la qualité du cadre de vie et, finalement, contribuent à la croissance économique. Cet article ne prétend pas trancher le débat. Il voudrait seulement décrire les tendances les plus marquantes de l'évolution des consommations collectives en France depuis la seconde guerre mondiale ; en particulier comment ces tendances se sont trouvées modifiées après 1974. On s'interrogera aussi sur l'avenir possible de ces consommations à l'horizon des 15 à 20 années à venir.

La partie prospective traitera deux exemples, soit deux secteurs importants, la santé et le logement. Dans l'un et l'autre domaines, consommations individuelles et collectives, productions publi-

que et privée se mêlent étroitement. Ceci n'a pas empêché les financements publics d'y avoir joué et d'y jouer toujours un rôle de premier ordre. L'examen de ces deux cas met en évidence combien la prospective dans ce domaine est de plus en plus délicate. Outre la démographie et les facteurs propres à chacun des secteurs, il est quasiment impossible de projeter à un horizon de 10 ou 15 ans la part du budget susceptible de financer les consommations collectives. Les mouvements de privatisation comme les changements dans la structure des dépenses des ménages sont en ce sens des interrogations majeures.

* Marianne Berthod-Wurmser et Patrice Lanco sont chargés de mission au Service des affaires sociales du Commissariat général du Plan. Michel Gaspard est chargé de mission auprès du Commissaire au Plan.

Ce texte est une synthèse des contributions du Commissariat général du Plan au séminaire organisé par l'ONU à Helsinki (8-12 septembre 1986) sur le thème de l'évolution de la consommation.

Les services collectifs depuis la guerre : les transformations d'une économie mixte

Les consommations collectives auxquelles on s'intéresse ici sont strictement celles qui impliquent des activités de production et de consommation de services, dans les domaines de l'éducation, de la santé, du logement, des transports, des activités culturelles... Sont exclus les transferts financiers purs qui modulent les revenus disponibles des ménages (retraites, prestations familiales, assurance chômage, etc.), ou encore agissent sur la situation des entreprises (aides de l'État à l'économie).

On débutera par une description rapide des contributions des services collectifs à l'évolution économique d'ensemble des 40 dernières années. Suivra une tentative de caractérisation des services collectifs aujourd'hui vus sous les angles de leur production, de leur consommation et de leur financement. Pour ce faire, on utilisera les données issues des budgets et de la comptabilité nationale.

De l'après-guerre à la crise, le développement des consommations collectives

La période de reconstruction s'étend de la seconde moitié des années 40 à la fin des années 50. Elle se caractérise par une croissance globale de l'économie comprise entre 3 % et 4 % par an, et une progression beaucoup plus rapide des dépenses publiques : 9 % environ par an en moyenne à prix constants (tableau 1). L'État joue le rôle de locomotive de la croissance économique, et la part des dépenses publiques par rapport au produit intérieur brut, qui avait plafonné à 30 % avant la guerre, atteint 40 % dès les premières années de

TABLEAU 1

Evolution comparée de la production et des dépenses publiques

1947-1978

En %

	Taux de croissance annuels moyens à prix constants			
	1947-1956	1956-1974	1959-1973	1973-1978
Production intérieure brute...	3,7	5,2	—	—
Produit intérieur brut...	—	—	5,4	2,9
Dépenses publiques :				
État...	8,5	3,8	4,3	5,0
Collectivités locales...	11,5	7,0	6,7	5,3
Sécurité sociale...	8,9	7,7	7,6	8,4
Ensemble...	8,9	5,3	5,5	6,1

l'après-guerre, puis 50 % au milieu des années 50. Les dépenses de l'État, des collectivités locales et de la Sécurité sociale progressent exactement au même rythme de 9 % par an. L'effort budgétaire le plus spectaculaire, en direction des consommations collectives, porte sur le développement des transports, du logement, de l'urbanisme et de l'aménagement du territoire : l'État engage certaines années dans ces secteurs 25 à 30 % de ses dépenses. La part des dépenses budgétaires pour l'éducation reste stable, mais à un niveau inférieur à celui de l'avant-guerre (tableau 2).

De la fin des années 50 jusqu'à la première moitié des années 70, l'État joue un rôle différent : il se contente de soutenir et d'accompagner la croissance économique, laquelle s'est accélérée et atteint un taux compris entre 5 et 6 % par an. Les dépenses publiques augmentent au même rythme. Leur part dans le produit intérieur brut reste stable à long terme, au-delà des fluctuations de court terme résultant notamment des politiques budgétaires anticycliques. Mais une transformation

TABLEAU 2

Evolution de la structure des dépenses civiles et militaires de l'État

En %

	Pouv. public	Agricult.	Commerce, industrie	Transp ^{ts}	Log ^{ts} , urban., aménagement territoire	Enseign ^t , culture	Action sociale	Anciens combat ^{ts}	Défense	Dettes publique et divers ¹	Ensemble
1920	12,3	0,3	0,1	11,9	2,4	3,7	1,7	1,9	42,4	23,3	100
1930	11,4	0,5	0,2	6,9	1,5	8,1	4,3	12,0	31,7	23,4	100
1938	10,1	1,1	1,2	5,9	1,4	9,5	6,0	5,9	40,7	18,2	100
1947	15,5	1,6	10,0	11,4	7,6	8,7	4,8	3,4	32,4	4,7	100
1950	11,0	1,3	16,6	12,4	15,9	7,8	4,9	3,4	20,9	5,7	100
1960	13,5	3,6	5,7	5,5	10,0	12,9	8,3	5,3	27,9	7,1	100
1965	12,3	4,3	8,1	9,1	6,0	19,0	11,1	4,6	20,0	5,4	100
1970	11,0	4,7	8,4	7,0	4,8	21,5	10,9	4,2	19,9	7,5	100
1975	12,3	3,7	5,9	7,0	5,4	21,8	14,6	3,1	15,7	10,7	100
1980	13,2	2,8	7,1	5,3	4,8	21,2	16,5	2,6	15,4	11,0	100

1. Il est parfois impossible de déterminer le domaine auquel une dépense doit être rattachée. Il s'agit principalement des charges entraînées par la dette publique, de certains remboursements et dégrèvements. Ces dépenses sont regroupées dans la rubrique divers.

Source : R. Delorme et C. André, *L'État et l'économie*, Editions du Seuil, février 1983.

structurelle importante se produit : la croissance des dépenses de l'Etat se ralentit à un rythme annuel de l'ordre de 4 %, tandis que celles de la Sécurité sociale augmentent beaucoup plus rapidement (7 à 8 % l'an). En même temps, le rôle de l'Etat dans le secteur des consommations collectives se transforme profondément. La part des dépenses budgétaires consacrées aux transports, au logement, à l'urbanisme et à l'aménagement du territoire est réduite de moitié par rapport à la période de reconstruction (tableau 2). Les dépenses de l'éducation nationale progressent au contraire à un rythme très rapide, passant de 9 % du budget dans la seconde moitié des années 50 à 23 % au début des années 70. On note aussi un développement des dépenses de l'action sociale : celles-ci passent de 8 % du budget annuel dans les années 50 à près de 15 % autour de 1975. Après avoir lancé le développement économique en créant les infrastructures et les services nécessaires dans les années 50, l'Etat devient donc massivement éducateur et protecteur après 1960. Deux ensembles de services collectifs se développent deux fois plus vite que le produit national au cours de cette période : ceux de la santé et de l'éducation, financés l'un et l'autre par prélèvements obligatoires. La part des consommations sanitaires dans le produit intérieur brut passe de 4 % en 1960 à près de 6 % en 1970 et à près de 7 % en 1975. Quant aux services éducatifs, ils représentaient moins de 5 % du produit intérieur brut jusqu'en 1960, et atteignent à peu près 10 % en 1975.

Les années de crise commencent en 1974 et sont marquées d'abord par le freinage de la croissance globale, qui tombe à moins de 3 % par an entre les deux chocs pétroliers, puis à 1 % par an environ au début des années 80. Les dépenses publiques, en particulier celles de la Sécurité sociale, retrouvent alors le rôle de soutien, voire de moteur du développement qui avait été le leur dans la période de reconstruction. L'augmentation des dépenses de l'Etat retrouve un régime de 5 % par an, avec une structure qui se déforme peu par rapport à la période précédente. Elle se caractérise notamment par le maintien à un niveau élevé de la part des dépenses d'éducation, et une nouvelle progression de la part de l'action sociale. La poussée des dépenses de Sécurité sociale s'accélère elle aussi, et passe à un rythme compris entre 8 et 9 % par an en volume dans la seconde moitié des années 70. Elle est alimentée en partie par la montée des transferts liés à la politique de l'emploi (indemnisation du chômage, préretraites), mais son moteur principal, concernant les consommations collectives proprement dites, reste la progression des dépenses de santé. Dans la première phase de la crise, entre 1974 et 1981, la part des dépenses publiques dans le produit intérieur brut à prix courants s'élève donc rapidement : stabilisée à 40 % au cours des 15 années précédentes, elle dépasse 45 % dès 1976 et frôle les 50 % en 1981-82.

A partir de 1983, pour tenter de bloquer la montée des prélèvements obligatoires dans le contexte d'une croissance extrêmement lente, les gouvernements vont chercher à freiner l'expansion des transferts et des consommations collectives.

Cette rétrospective rapide montre que les consommations collectives financées par prélèvements obligatoires, les plus importantes étant celles des secteurs « santé » et « éducation », ont joué un rôle très important dans le développement économique des quarante dernières années. Elles ont d'abord été un moteur de la croissance. Et depuis l'ouverture de la crise, elles ont soutenu le revenu des particuliers et maintenu la demande globale.

L'analyse de l'évolution à long terme des dépenses de consommation des ménages indique que les financements privés, eux aussi, ont fortement contribué au développement considérable des consommations collectives sur cette période. Si aucun poste de dépenses n'a battu les records des fonctions « santé » et « éducation », les consommations de transports et de télécommunications se sont développées presque aussi vite depuis la seconde guerre mondiale, bien que leur rythme se soit un peu ralenti depuis la seconde moitié des années 60 (graphique 1). Les dépenses affectées par les ménages au logement, à la culture et aux loisirs ont progressé elles aussi nettement plus vite que la moyenne. Les données utilisées ici sont insuffisantes pour préciser les cadences de développement des consommations collectives (au sens strict) pour ces fonctions. Les statistiques globales mêlent en effet les consommations collectives aux consommations individuelles et les achats de prestations de services publics à ceux de prestations privées. De même, les données relatives aux dépenses publiques, utilisées plus haut, mêlent dépenses de transfert et financements de services collectifs. Néanmoins, il est clair que dans toutes ces fonctions les consommations de services collectifs se sont développées très vite dans le long terme, en étroite symbiose avec les consommations individuelles. Il est non moins clair qu'elles ont été beaucoup moins touchées que d'autres catégories de dépenses par le ralentissement en deux temps de la croissance des dépenses, à partir de 1974.

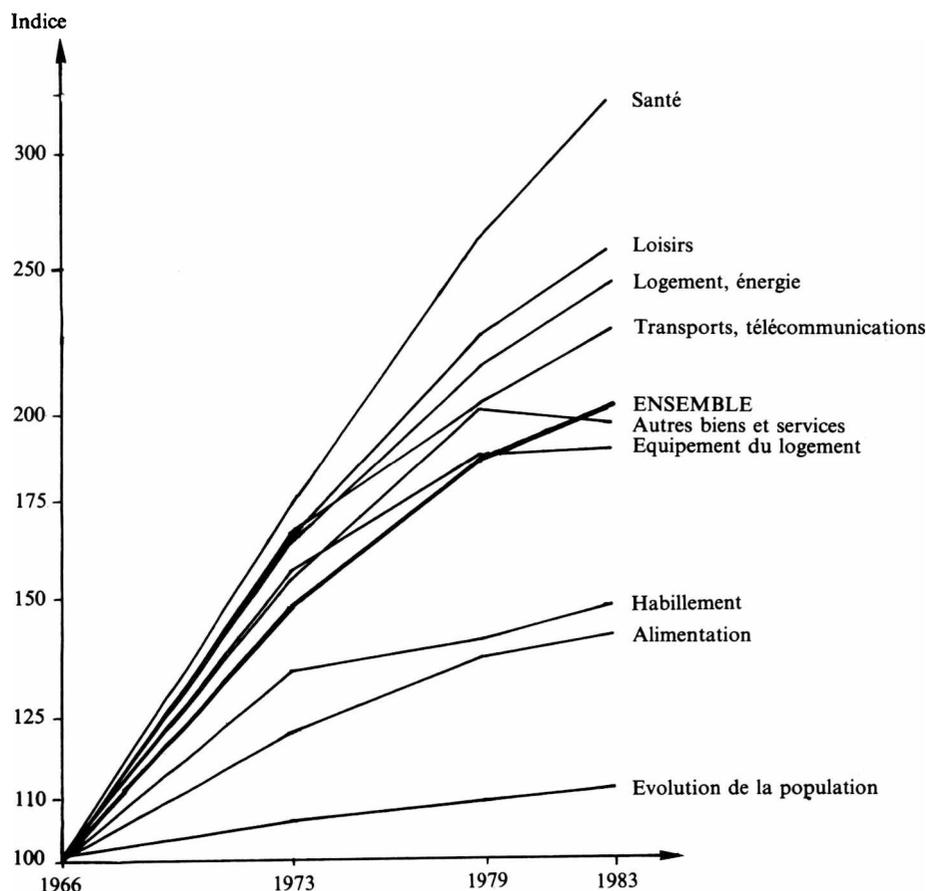
Une économie mixte

Les analyses les plus courantes reposent sur l'idée d'une partition claire et simple entre un secteur public où prédominent la propriété étatique du capital, les consommations collectives et les financements par prélèvements obligatoires ; et d'autre part un secteur privé où les capitaux sont essentiellement privés, les consommations individuelles et les prestations payées directement par leurs bénéficiaires.

GRAPHIQUE 1

Croissance de la consommation des ménages par fonction

En volume - 1966-1983



Source : INSEE

La réalité apparaît beaucoup plus complexe dès lors que l'on entre dans une analyse plus fine des diverses activités qui contribuent à la satisfaction d'une même fonction collective.

Les modes de production des services ne se réduisent pas aux types privé et public. On peut en effet distinguer deux autres modes : le mode associatif où les services sont produits par des associations d'utilisateurs propriétaires du capital (exemple des cliniques ou centres de soins mutualistes, des écoles associatives, etc.) ; l'autoproduction où les utilisateurs produisent eux-mêmes les services qu'ils consomment, en mobilisant des capitaux qu'ils possèdent en propre (exemples du transport automobile, de l'automédication, du logement des propriétaires occupant leur logement, etc.).

Vues sous l'angle *des modes de consommation*, les fonctions collectives comportent en réalité de fortes proportions de consommations individuelles. On peut considérer comme collective la

consommation d'un service dont les bénéficiaires sont réunis pour recevoir en même temps des prestations identiques ou similaires ; et individuelle toute consommation de service effectuée par chaque bénéficiaire indépendamment des autres dans le temps ou dans l'espace. Selon cette définition, chaque fonction se compose en proportions variables de consommations individuelles et collectives : l'éducation (cours particuliers, enseignements collectifs) ; la santé (médecine libérale, hôpitaux) ; le logement (immeubles collectifs, maisons individuelles) ; le transport (train, avion et car ; automobile et taxi) ; la culture et l'information (radio, télévision et presse ; cinéma et théâtre, etc.).

Enfin, *les modes de financement* sont rarement purs pour une fonction ou un service donné. Les financements publics par recettes fiscales et cotisations obligatoires prédominent en France dans les secteurs de l'éducation et de la santé, et les financements privés par paiement direct des usagers dans les secteurs du logement, du

TABEAU 3
Répartition des services collectifs selon leur mode de production, de consommation et de financement

Production	Publique		Privée		Associative		Autoproduction
Consommation	Individuelle	Collective	Individuelle	Collective	Individuelle	Collective	Individuelle
Financement							
- Public (prélèvements obligatoires)	- Consultations - Hospitalisation à domicile	- Hôpitaux - Ecoles publiques, collèges, universités... - Routes, équipements urbains... - Infrastructures, télécom.	- Médecine libérale	- Cliniques privées - Ecoles privées	- Centre de soins - Transports scolaires	- Cliniques mutualistes - Ecoles associatives	
- Usagers	- Individuel HLM - PTT - TV publique	- Collectif HLM - Transports ferroviaires, aériens...	- Logement individuel locatif secteur libre	- Maisons de retraite privées - Cours privés - Transports routiers - Cinémas, théâtre...	- Aide à domicile - Logement collectif locatif secteur libre	- Ecoles associatives - Associations d'éducation musicale, artistique, sportive... - Associations culturelles	- Assistance scolaire - Automédication - Logement des propriétaires occupants - Transport auto spectacle vidéo
- Assurances	Assurances maladie complémentaires		- Sinistres logement - Sinistres auto				
- Autres	- TV publique		- TV et radios privées		- Radios locales		

transport, des communications, de la culture et de l'information. Pourtant, les financements privés participent aussi aux deux premières fonctions (ticket modérateur pour la santé, enseignement privé ou associatif, etc.) et des financements publics aux autres fonctions citées (infrastructures urbaines, dotations budgétaires aux entreprises publiques, subventions aux associations, etc.). D'autre part, ces deux modalités principales sont complétées par d'autres systèmes de financement de développement plus ou moins récent : assurances individuelles ou collectives, volontaires ou obligatoires (mutuelles pour les prestations de santé, assurances couvrant les sinistres logement et automobile, etc.) ; recettes publicitaires, parrainage et mécénat qui semblent jouer un rôle croissant dans les secteurs de la culture et de l'information, avec le développement des nouveaux médias.

Le tableau 3 présente un certain nombre de services classés simultanément en fonction de leur mode de production (public, privé, associatif ou autonome), de leur mode de consommation (individuel ou collectif) et de leur mode de financement (prélèvements obligatoires, paiement par les usagers, assurances ou autres). Sans aucune prétention à l'exhaustivité, il cherche à montrer que la réalité des fonctions collectives est beaucoup plus complexe que ne le laissent croire la plupart des analyses. Il indique, par exemple, que les services publics donnent lieu à des consommations individuelles aussi bien qu'à des consommations collecti-

ves, et que leur mode de financement est loin de se limiter aux prélèvements obligatoires. Symétriquement, les services produits par le secteur privé sont dans beaucoup de cas consommés collectivement, et certains fonctionnent avec des financements publics, même si leur consommation est individuelle (médecine libérale). Ce tableau rappelle aussi que le secteur associatif joue un rôle important dans certaines fonctions collectives (éducation et animation culturelle, sportive, artistique, etc.) tout en fournissant parfois des prestations individuelles (aide à domicile). Enfin, l'autoproduction des services est une réalité que l'on ne peut ignorer. Si elle constitue le mode de production le plus primitif de beaucoup d'entre eux, sa contribution n'est pas pour autant devenue négligeable. Elle tient une place considérable, sous des formes modernisées, dans des fonctions telles que le logement et le transport, et continue à exister dans toutes les autres en complément et parfois en substitution des services fournis par les organisations publiques, privées et associatives.

Prévoir les dépenses de santé

Les données françaises actuelles concernant la part des dépenses de santé dans le produit intérieur

brut ou dans la consommation des ménages (tableaux 4 et 5), la répartition de ces dépenses selon les modes de soins (hôpital, médecine ambulatoire, biens médicaux) (tableau 6), et selon les diverses catégories de morbidité, les tendances concernant l'évolution à long et même à court terme de ces différents indicateurs, présentent des similitudes frappantes avec les données disponibles concernant la plupart des pays industrialisés. Ceci donne à penser que nous avons à faire à des tendances d'évolutions techniques, économiques et sociales lourdes, dont l'orientation ne se modifie pas aisément. L'augmentation rapide des dépenses constitue une préoccupation majeure des pouvoirs publics (tableau 7) : comment modérer une croissance très rapide de dépenses correspondant à des consommations individuelles mais largement couvertes par des ressources collectives ? Comment permettre, cependant, à la population, de bénéficier des soins efficaces et de qualité qu'offrent les progrès rapides des sciences et techniques médicales ?

TABLEAU 4
Part de la santé dans le produit intérieur brut et dans la consommation des ménages

En %

	1970	1975	1980	1983
Consommation médicale finale				
Produit intérieur brut	5,7	6,7	7,4	8,2
Consommation médicale finale				
Consommation finale des ménages	9,4	10,9	11,8	12,4

TABLEAU 5
Progression de la consommation médicale

En %

	1970-1975	1975-1980	1980-1982	1983
Taux d'accroissement annuel moyen en valeur...	17,0	16,1	17,3	13,1
Taux d'accroissement annuel moyen en volume...	8,4	6,2	7,0	4,7

TABLEAU 6
Structure de la consommation médicale
En % du total de la consommation médicale

	1970	1975	1980	1981	1982	1983
Hospitalisation...	38,7	43,4	49,9	50,2	50,5	50,1
Soins ambulatoires...	32,2	31,5	29,9	29,2	29,1	29,9
Biens médicaux...	29,1	25,1	20,2	20,6	20,4	20,0

Source : CNAM.

TABLEAU 7
Evolution de la structure du financement de la consommation médicale finale entre 1970 et 1981

En %

	1970	1975	1977	1978	1980	1981
Administrations de Sécurité sociale...	65,8	69,4	71,3	71,8	72,0	73,3
dont régime général	50,5	53,6	54,8	—	55,9	57,5
Etat et collectivités locales...	5,0	3,3	3,4	2,8	2,3	2,3
Mutuelles...	3,5	3,5	3,8	3,9	3,5	3,5
Ménages...	25,7	23,8	21,5	21,5	22,2	20,9
Tous secteurs de financement...	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Consommation médicale finale (en milliards de francs)	44,3	97,2	127,4	151,6	205,4	242,1

Source : Ministère des affaires sociales et de l'emploi - SESI

Pour envisager l'avenir, on dispose de quelques données prévisionnelles qui font apparaître certaines évolutions inéluctables à long terme. Mais ces données ne suffisent pas à cerner les consommations futures de services de santé. Pour répondre aux questions précédentes, les pouvoirs publics peuvent être amenés à modifier profondément certaines des structures fondamentales du système français de santé et en particulier ses modes de financement. L'évolution du volume et de la structure des consommations sanitaires sera en tout état de cause influencée, voire largement déterminée par l'évolution de politiques publiques et d'institutions relativement stables depuis plusieurs décennies mais dont l'avenir est aujourd'hui plus incertain.

Parmi les données ou les tendances susceptibles d'une extrapolation éclairante pour l'avenir, l'observation du passé récent conduit à retenir généralement des indicateurs concernant quatre phénomènes essentiels. On les présentera successivement, bien qu'ils entretiennent entre eux des relations intuitivement évidentes (mais difficilement quantifiables). Ce sont :

- l'évolution à long terme de la morbidité et des comportements de recours aux soins ;
- les perspectives démographiques concernant les personnes âgées ;
- l'évolution des techniques médicales ;
- l'offre de soins (nombre de professionnels médicaux, équipement hospitalier).

Les perspectives, dans ces quatre domaines, justifient un certain pessimisme en réponse à la question fréquemment posée : « pourra-t-on modérer à l'avenir la consommation globale de services de santé ? ». De nombreux facteurs de croissance de l'offre et de la demande se conjuguent. Faut-il cependant les considérer comme les facteurs inéluctables d'une poursuite de la progression de la consommation, à un rythme

similaire à celui que nous avons connu au cours des 20 dernières années ? Il y a place ici pour l'incertitude et pour quelques éléments de modération dans le jugement qu'on peut porter sur l'évolution de ces quatre facteurs ; place, surtout, pour de nouvelles marges de manœuvres ouvertes aux politiques des pouvoirs publics. Dans un dernier paragraphe, on explorera suivant quelles orientations les pouvoirs publics peuvent être tentés de compléter l'éventail des instruments de pilotage dont ils disposent pour mieux contrôler l'évolution de la consommation médicale et/ou de ses coûts sociaux.

Pression autonome de la demande

On sait que la mesure de la morbidité et de ses causes pose des problèmes méthodologiques importants, dans le détail desquels il importe peu d'entrer ici. Quels que soient les instruments de mesure plus ou moins appropriés ou fiables, on tiendra compte surtout de deux phénomènes dont l'importance à terme en matière de consommation médicale est certainement non négligeable : le développement des maladies dites « dégénératives » et la diffusion de modèles de recours aux soins coûteux.

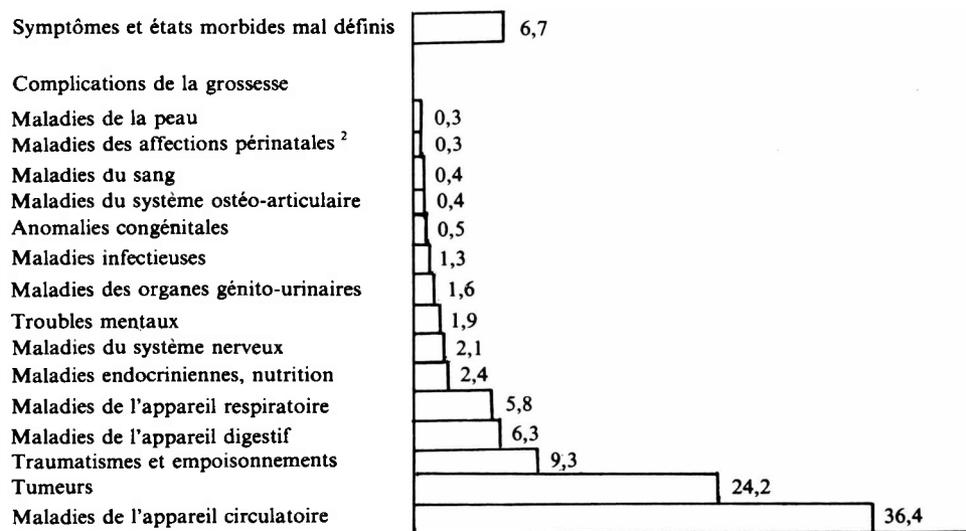
La part importante prise par les maladies dites « dégénératives » n'est pas sans liens avec le vieillissement de la population (graphique 2). La place grandissante qu'elles occupent est également la

contrepartie d'une diminution simultanée des maladies infectieuses qui occupaient un rang bien supérieur il y a un demi-siècle ou même il y a 20 ans, parce que ces malades, mieux soignés, vivent jusqu'à un âge plus avancé, parce que les soins correspondants, efficaces et limitant la contagion, absorbent une moindre part de l'activité elle-même. Le degré de gravité et le pronostic des nombreuses maladies de ce type peuvent varier : maladies cérébrovasculaires, cancers, comportant un risque vital et entraînant des soins lourds, mais aussi surdité, ostéoporose, rhumatisme, hypertension... éventuellement moins « graves » mais exigeant un suivi médical plus ou moins permanent. On est surtout en droit de penser qu'une des conséquences de cette évolution est que le nombre de « bien portants médicalement traités » s'élèvera ¹.

D'autre part, tout confirme que morbidité et recours aux soins entretiennent des relations sociales et culturelles complexes. Il est clair que les nombreuses inégalités de consommation (en volume et en structure) qui différencient les âges, les sexes, mais aussi les milieux sociaux selon

1. Voir le rapport n° 5 au colloque « prospective 2005 », organisé par le Commissariat général du plan et le C.N.R.S., sur *Santé et vieillissement de la population*, à paraître prochainement aux éditions Economica.

GRAPHIQUE 2
Causes de mortalité. Répartition des décès selon 17 chapitres de CIM ¹.
 Ensemble de la population, France, 1982.



1. Classification internationale des maladies.
 2. Affections dont l'origine se situe dans la période périnatale.
 Source : *La santé en France, La Documentation française, décembre 1984.*

de multiples critères ne dépendent pas que des phénomènes morbides propres à chacune de ces catégories². Plusieurs indices montrent que l'évolution des modes de consommation médicale est marquée par la diffusion de certains comportements propres aux catégories sociales de revenus et de niveau culturel élevés. On remarque qu'outre les motifs financiers, la prééminence des motifs culturels semble ici bien établie. Or, si on met à part le recours à l'hospitalisation dont l'interprétation peut être ambiguë (et qui est moins fréquente parmi les cadres), les « modèles » qui pourraient être voués à une diffusion ultérieure sont parmi les plus coûteux pour les intéressés et pour la collectivité : ils comportent en plus large proportion des consultations de spécialistes, de dentistes, des analyses, des examens...

Bien entendu, des évolutions de nature différente de celles du passé peuvent se produire. On ne saurait voir à coup sûr dans ces remarques, tirées d'une observation limitée du passé, la preuve certaine que ces mouvements, contribuant à accroître une demande de soins généralement coûteux, vont se prolonger. Ils viennent toutefois à l'appui d'hypothèses qu'on ne peut négliger en faveur d'une pression « autonome » de la demande pour une croissance continue des consommations médicales.

Plus de personnes âgées

La perspective d'une population vieillie en plus forte proportion que par le passé constitue également un facteur d'augmentation globale des consommations de soins (tableau 8). Les générations de jeunes adultes d'aujourd'hui ont tout lieu de s'en réjouir puisque ce vieillissement résulte essentiellement d'une diminution récente de la mortalité au-delà de 55 ans (le gain d'espérance de vie à 60 ans entre 1970 et 1981 a été de 1,5 ans pour les femmes par exemple). Toutefois, il en résulte deux conséquences distinctes en matière de consommation de soins.

TABLEAU 8
Evolution du nombre de personnes âgées

En millions

Années	Tranches d'âge			Ensemble (65 ans et +)
	65-75 ans	75-85 ans	85 ans et +	
1985	3,6	2,8	0,7	7,1
2000	5,2	2,9	1,1	9,2

D'une part, on sait que les courbes de consommation médicale individuelle par âge ont une forme en U plus ou moins accentuée ou perturbée (maternité) selon la nature des services médicaux.

Ces courbes accusent toutes une impressionnante augmentation au-delà de 60 ans, de sorte que 42 % des dépenses du régime général d'assurance-maladie sont effectuées pour des plus de 60 ans (14 % des personnes couvertes). La modification de la structure de la population par âge aurait ainsi des conséquences directes sur le volume de la consommation médicale totale. Ce phénomène, à lui seul, resterait cependant marginal. L'O.C.D.E. a estimé qu'à niveau de consommation par âge inchangé, il devrait provoquer une augmentation d'à peine 11 %, étalée sur près d'un demi-siècle, d'une dépense de santé dont le rythme de croissance est aujourd'hui de l'ordre de 3 % par an.

Il faut tenir compte, surtout, de la croissance, nettement supérieure à la moyenne, des consommations individuelles de soins des personnes les plus âgées constatée depuis 10 ans (graphiques 3 et 4). De sorte que, comme le dit un auteur canadien, « ce qui fait monter les coûts ce n'est pas tant qu'il y ait beaucoup plus de personnes âgées mais que le système de santé leur fournisse une quantité de services beaucoup plus importante »³. Ceci, de fait, renvoie essentiellement aux problèmes de technologie médicale examinés infra.

D'autre part, les personnes les plus âgées soulèvent des problèmes spécifiques : dépendance, soins de maternage, hébergement. Le nombre d'équipements et de services adaptés est d'ores et déjà insuffisant. A l'avenir, la croissance particulièrement rapide du nombre des personnes de 85 ans et plus impose un élargissement de la capacité d'accueil et de prise en charge d'une population plus ou moins dépendante qui peut être estimée de 1/4 à 1/3 des personnes de cet âge.

Dans la mesure du possible, il paraît souhaitable que ces services soient apportés au domicile des personnes concernées afin d'éviter leur regroupement dans des établissements plus ou moins spécialisés. Des politiques visant une telle adaptation sont déjà engagées, mais leur mise en œuvre est lente et les problèmes posés par la conception et le fonctionnement du secteur médico-social sont loin d'être résolus.

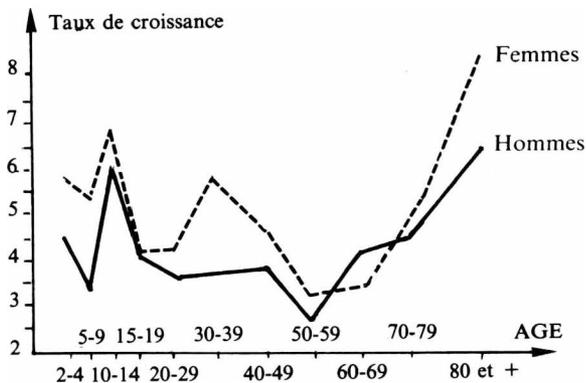
L'appréciation quantitative, en termes de dépenses de consommation médicale, de l'impact du développement nécessaire de ce type de services doit être relativisée. Il faut garder en mémoire que, compte tenu de leur modeste technicité, ces services sont relativement peu coûteux. Ainsi, la Caisse

2. Cf. Alain Charraud et Pierre Mormiche, Disparités de consommation médicale, *Collections de l'I.N.S.E.E.*, M 118, janvier 1986.

3. Cf. Robert Evans, « Garder le cap : l'expérience canadienne de budget global », in *Système de santé, pouvoirs publics et financeurs : qui contrôle qui ?*, Publication du Commissariat général du Plan, à paraître à la Documentation française.

GRAPHIQUE 3

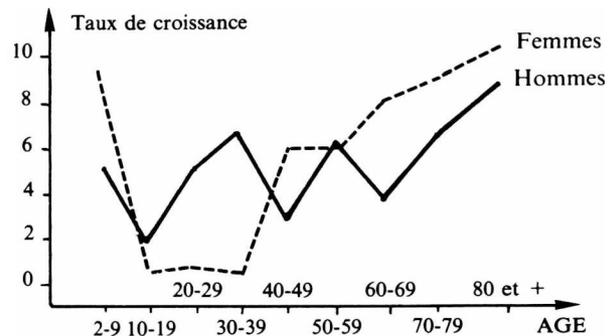
Fréquences moyennes de recours au médecin
Taux de croissance annuel moyen 1970-1980



Source : Ministère des affaires sociales et de l'emploi - SESI.

GRAPHIQUE 4

Fréquences moyennes d'hospitalisation
Taux de croissance annuel moyen 1970-1980



Source : Ministère des affaires sociales et de l'emploi - SESI.

nationale d'assurance-maladie a-t-elle calculé qu'au total les prestations sanitaires qu'elle verse pour le « long séjour » de personnes âgées (service hospitalier spécifique), la médicalisation de maisons de retraite, et les services de soins à domicile, atteignent 4 % du montant des versements effectués aux seules personnes âgées de plus de 60 ans, d'où moins de 2 % de l'ensemble des dépenses de consommation médicale. On voit que même le doublement en 15 ans des services correspondants (rythme qui serait supérieur à celui de l'augmentation de la population de 85 ans et plus entre 1985 et 2000) ne contribuerait à la progression totale de la consommation médicale que dans des proportions infimes (à peine plus de 0,1 % par an). Ceci est certes une appréciation très grossière car la plupart des composantes d'un tel développement restent incertaines : quelle part des services appropriés ainsi créés peut correspondre à la reconversion d'équipements médicaux existants et à l'emploi de personnels redéployés vers ce type de services ? Dans quelle mesure ce développement s'accompagne-t-il de réformes du financement de ces services « médico-sociaux » ? Aujourd'hui, on constate que les familles peuvent être incitées à « placer » un vieillard dans le service le moins coûteux pour elles mais souvent très cher pour la collectivité, ce qui ne garantit en rien l'« optimalité » du service rendu. En termes d'appréciation quantitative des dépenses correspondantes, l'impact des nécessaires réformes à venir n'est pas sans importance, car de fait, la part du financement des services pour personnes âgées incombant aujourd'hui à l'assurance-maladie (et donc seule comptabilisée dans la consommation médicale des ménages) représenterait sans doute 10 % de la totalité des financements publics consacrés à l'ensemble de cette fonction⁴. La question de l'avenir des services pour personnes âgées et de leurs coûts est particulièrement complexe, car aux problèmes

d'adaptation des services sont étroitement liés des transferts de charges entre caisses maladie et vieillesse, collectivités locales et Etat. L'augmentation numérique de cas et le coût croissant de ces prises en charge pour la collectivité et les familles conduiront à une remise en cause des principes sur lesquels se sont, en leur temps, fondés respectivement les institutions d'assistance et d'assurance-sociale et le partage des responsabilités financières entre l'individu et sa famille d'une part, les différents niveaux de solidarité collective d'autre part.

La technicité croissante

La technicité croissante de la pratique médicale constitue une tendance lourde conduisant au développement global de la consommation de soins accompagné d'une déformation des structures de cette consommation. Cette tendance n'est pas nouvelle. Sur le passé récent, certains effets de ce phénomène se traduisent notamment par trois observations.

— La part accrue des dépenses hospitalières représente désormais la moitié des soins consommés, la fonction hospitalière étant de plus en plus une fonction technique (tableau 6).

— La proportion de spécialistes dans le corps médical et de personnel technique dans les établissements, ainsi que la part des actes correspondants dans la consommation, ne cessent de s'élever. On

4. Cette approximation est certainement très grossière, mais mieux vaut sans doute donner au lecteur un ordre de grandeur. Cf. en particulier l'étude commandée par le Commissariat général du Plan au LEGOS : « le bilan économique et financier du secteur médico-social », de M. Bungener, M.E. Joël et P. Roussel. Cette étude a été publiée dans *Santé Solidarité*, n° 6, 1985.

remarquera la progression particulièrement rapide des analyses biologiques ou des actes de radiologie, d'exploration fonctionnelle (tableaux 9, 10, 11).

— Enfin, le taux de couverture moyen des actes médicaux par l'assurance-maladie (les actes techniques coûteux supportent, de fait, un « ticket modérateur » nul ou moins élevé que les actes plus banals) s'élève.

TABLEAU 9
Evolution des effectifs de médecins par statut et fonction

Années (au 31 décembre)	1967	1972	1976	1980
Ensemble des médecins...	59 065	70 711	86 306	108 054
dont : Généralistes...	40 027	44 985	54 008	66 024
Spécialistes...	19 038	25 726	32 298	42 030
Rapport spécialistes/généralistes...	0,47	0,57	0,60	0,63
Pour 100 médecins :				
Nombre de généralistes...	68	64	63	61
Nombre de spécialistes...	32	36	37	39
Part des médecins pratiquant en médecine libérale (en %)...	79	72	70	68

Source : Ministère des affaires sociales et de l'emploi - SESI.

TABLEAU 10
Evolution des équipements

Types d'équipement en matériel lourd	Nombre et répartition des appareils autorisés		
	1976	1980	1985
Scanographes...	34	59	205
Médecine nucléaire : caméras à scintillation...	65	124	175
Appareils de radiothérapie :			
— moins de 10 MeV...	246	250	279
— plus de 10 MeV...	44	53	63
Postes d'hémodialyse en centre...	1 620	2 224	2 395

Source : Ministère des affaires sociales et de l'emploi - SESI.

La rapidité des progrès techniques dans le domaine médical n'échappe aujourd'hui à personne. C'est aussi un des domaines de recherche auxquels la population est le plus attachée. Il n'y a aucune raison de supposer que ces progrès eux-mêmes se ralentiront au cours des prochaines années, même si on peut s'interroger sur un éventuel « rendement décroissant » des améliorations apportées au fil du temps en termes d'impact sur la santé publique.

En termes de consommations médicales, l'impact des progrès techniques est difficile à évaluer avec précision.

On attirera toutefois l'attention sur quatre éléments de réflexion, de nature d'ailleurs hétérogène, qui peuvent être utiles pour appréhender l'avenir

des consommations de services médicaux en liaison avec le progrès technique médical.

Contrairement à ce qui se passe dans d'autres domaines, il est rare que des équipements plus performants conduisent simultanément à améliorer la qualité du « produit » et à réaliser des économies importantes en « moyens de production », en particulier en personnels, qui constituent la part la plus grande des coûts en

TABLEAU 11
Evolution des recours aux divers types de soins 1970-1980

Nombre d'actes ou de produits par personne et par an	1970	1980	Taux d'accroissements annuels moyens (en %) 1970-1980
Séances de médecins (non compris radiologues)...	3,45	5,22	+ 4,2
dont : Spécialistes...	0,77	1,57	+ 7,4
Généralistes...	2,68	3,64	+ 3,1
dont : Visites de généralistes...	1,15	1,50	+ 2,7
Consultations de généralistes...	1,53	2,14	+ 3,4
Analyses-examens, radiologie...	0,73	1,93	+ 10,2
dont : Analyses-examens...	0,52	1,59	+ 11,8
Radiologie...	0,17	0,31	+ 6,2
Soins d'auxiliaires...	2,59	3,96	+ 4,3
dont : Infirmières...	1,59	2,50	+ 4,6
Kinésithérapeutes...	0,60	1,22	+ 7,4
Ensemble des actes de praticiens (en ville, dentistes exclus)...	6,80	11,10	+ 5,0
Pharmacie...	18,13	27,40	+ 4,2
Sur ordonnance...	13,99	23,70	+ 5,4
Sans ordonnance...	4,14	3,70	- 1,1
Séjours hospitaliers sur l'année précédant l'enquête (en nombre de sorties pour 100 personnes enquêtées)...	8,4	11,3	+ 13,0

Source : Enquêtes-Santé de 1970 et 1980 (INSEE et SESI).

matière de santé. Si certains équipements se miniaturisent ou se banalisent, d'autres équipements lourds nouveaux apparaissent sans cesse et se diffusent rapidement (tableau 10).

La technicité accrue de la médecine contribue à modifier les rapports qui s'établissent entre le soignant et le malade. De plus en plus, le premier contact avec un médecin ouvre, pour le consultant, la porte vers d'autres professionnels (spécialistes, paramédicaux, hospitaliers) ou d'autres interventions (explorations complémentaires...). Cette démultiplication technique de l'activité médicale est favorisée par le contexte économique et social d'aujourd'hui. En particulier, les malades, solvabilisés désormais dans leur quasi-totalité par la protection sociale, s'en remettent ainsi plus largement à des avis médicaux dont les fondements techniques leur échappent. Les phénomènes d'ex-

tension de la demande solvable, liés à l'amélioration du champ et du niveau de prise en charge socialisée des soins, sont pratiquement parvenus à leur terme puisque la quasi-totalité de la population (99,6 %) disposent désormais d'une bonne couverture — dont 10 % couverte à 100 % pour des raisons diverses par l'assurance-maladie (ce sont les plus gros consommateurs) et 35 % couverts à 100 % par une mutuelle complémentaire. En 1950, les ménages finançaient directement 37 % de leurs dépenses. En 1980, cette part était ramenée à 22 %. Un rôle central, en matière de consommation, est donc joué désormais par le prescripteur, peu motivé à adopter un comportement « modéré ». Si des conditions incitatives contraires ne sont pas réunies, on trouve là un terrain favorable au développement de consommations multiples, voire excessives.

Des techniques innovantes se sont particulièrement développées au cours des dernières années dans le domaine des activités concernant le diagnostic. Ceci ne facilite pas la prospective en matière de diffusion de l'utilisation de ces techniques : l'éventail des utilisations possibles est souvent moins facile à cerner que dans le cas de techniques à visée thérapeutique. On pourrait y voir pareillement une source possible d'incertitude sur l'opportunité de certaines attitudes médicales, voire une source possible de gaspillages. Autrement dit, on ne dialyse certes pas qui n'est pas atteint de maladie rénale, mais on peut hésiter à passer au scanner tous les « migraineux ».

Enfin, on rappellera que les dépenses de santé se caractérisent aujourd'hui par leur très grande concentration : 50 % des consommations de soins sont engagées pour 4 % des malades. Ceci provient bien sûr de phénomènes « naturels » : il est heureux que la plupart des gens jouissent, durant la plus grande partie de leur vie, d'une excellente santé. Mais le développement de techniques très coûteuses, bénéficiant à un petit nombre de malades dont elles contribuent à alourdir le coût de prise en charge, est aussi probablement à l'origine de cette concentration. Il n'est pas exclu qu'un jour, une société en expansion moins rapide s'interroge sur des problèmes relevant de l'arbitrage éthique. Il est également possible que cette concentration s'atténue : à moyen terme, on décèle en effet, outre les phénomènes de diffusion sociale des comportements, une tendance à l'intensification des soins, en particulier pour les faibles consommateurs. Si ce phénomène se confirme et se multiplie, on pourrait voir s'étendre la frange des moyens consommateurs. La confirmation de telles hypothèses ne peut cependant être aujourd'hui apportée, la connaissance longitudinale des comportements des usagers, autrement dit celle des filières de soins, étant très insuffisante.

Les quelques points soulevés posent sur l'avenir plus de questions qu'ils n'en résolvent. Ceux qui ont été mentionnés ici illustrent la multiplicité des

interrogations actuelles suscitées par le fonctionnement d'un système de soins sophistiqué. On pourrait également citer les questions posées par la substituabilité de certaines techniques, de certains modes de soins, par les effets incitatifs des procédures de tarification, de financement et de contrôle de l'activité sanitaire... Il apparaît clairement que la technicité croissante de la médecine comporte de nombreux facteurs de développement des consommations et de leur coût. Mais l'ampleur de leurs effets reste incertaine ; il est probable que, par souci d'économie, les moyens seront recherchés pour utiliser les techniques non seulement les plus efficaces mais aussi les plus efficientes. Les moyens de déceler cette efficience ne sont pas simples. Leur mise en place demande du temps et l'obtention d'un certain consensus sur des éléments aussi complexes que :

- la rapidité de diffusion souhaitable des différentes technologies nouvelles ;
- l'évaluation, en termes de santé publique, de leurs résultats ;
- les contrôles que peuvent ou doivent exercer, sur leur utilisation, les usagers, les professions concernées, les organismes de protection sociale et les pouvoirs publics.

On comprend donc aisément qu'il soit aujourd'hui difficile de préjuger du développement quantitatif de consommations « techniques » dans un système qui découvre en même temps de nouvelles capacités de soins et les risques de les utiliser trop ou à mauvais escient.

L'évolution de l'offre de soins

Le nombre de médecins est aujourd'hui à peu près fixé pour le début du siècle prochain : ce sont les professionnels en exercice aujourd'hui et qui le seront encore dans 15 ans et ceux qui poursuivent leurs études. Ils étaient 145 000 en 1985, ils seront plus de 200 000 en l'an 2010. Les restrictions imposées depuis quelques années sur le nombre d'étudiants en médecine permettront ultérieurement de stabiliser cet effectif aux alentours de 165 000.

Ces perspectives influent sur les prévisions de consommation médicale. Toutefois, cette influence est loin de se résumer à des effets mécaniques. Certes, on a pu constater qu'aujourd'hui l'installation d'un nouveau médecin (et en particulier celle d'un spécialiste) n'aboutit en partie qu'à un simple « partage du marché » entre un nombre accru d'« offreurs » ; elle encourage aussi la demande d'une nouvelle clientèle à se manifester. Si les politiques de recrutement hospitalier, en outre, sont plus restrictives que par le passé, l'effet à terme de l'augmentation des effectifs médicaux sur le marché des soins de ville pourrait être important.

Mais on a vu que certaines composantes des relations offre-demande-consommation étaient en

évolution constante : rôle et attitude du prescripteur, effets de diffusion de comportements du consommateur, intensité des prises en charge médicales des personnes très âgées, recours aux actes techniques... A coup sûr plus nombreux sur un marché étroit, quelles stratégies les médecins vont-ils adopter pour défendre leur profession et leurs revenus individuels ? Une grande partie des réponses devra sans doute composer avec ce que seront par ailleurs les politiques des pouvoirs publics dont on connaît mal les orientations futures.

De son côté, l'offre de soins institutionnels — hôpitaux publics, mais aussi établissements privés dont l'activité est également soumise à un contrôle étroit — a pratiquement atteint son maximum. Les indicateurs de gestion dont on dispose montrent qu'une proportion non négligeable d'équipements est sous-utilisée sous l'effet notamment des réductions de durées de séjour. L'évolution conduit progressivement à une redéfinition plus technique du rôle des institutions hospitalières. Si on apprécie, en termes financiers, les conséquences complètes de mouvements que les pouvoirs publics contrôlent de très près, on aura garde de ne pas oublier que des indicateurs autrefois pertinents (nombre de journées d'hospitalisation...) le sont désormais de moins en moins : le coût unitaire de soins moins prolongés mais plus intenses est loin de diminuer...

Evolution des politiques publiques

Depuis les années 1950 et jusqu'à la fin des années 1970, les politiques de santé ont visé essentiellement un double objectif : l'amélioration des services offerts et l'égalité d'accès aux soins par l'extension et l'amélioration de leur couverture sociale. Dans ce cadre, le réseau hospitalier public et privé, d'une part (tableau 12), le réseau de

professionnels médicaux et paramédicaux exerçant en pratique libérale, d'autre part, se sont considérablement densifiés. En outre, le développement du « conventionnement » des médecins avec l'assurance-maladie, l'extension des populations couvertes par les différents régimes, l'amélioration des taux de couverture ont contribué à faire des services de santé des services financés, pour l'essentiel, par des prélèvements obligatoires de nature para-publique. S'il n'en est pas résulté une parfaite égalité des consommations médicales suivant les niveaux de revenus, il ne fait pas de doute que la solvabilisation des consommateurs comme l'extension de l'offre, ont puissamment contribué au développement des consommations.

L'inquiétude des pouvoirs publics provient évidemment beaucoup moins de l'augmentation de la part de la consommation médicale dans la consommation finale des ménages (9,4 % en 1970, 12,7 % en 1984 y compris soins remboursés) que de celle des cotisations sociales nécessaires pour en financer la plus grande partie. Pour les salariés, les cotisations-maladie prélevées à la source par l'employeur atteignent aujourd'hui 18,10 % du salaire net (15 % en 1967). L'augmentation des dépenses plus rapide que celle du produit des cotisations conduit de façon générale à relever le taux de ces dernières.

Différentes mesures sont intervenues, depuis quelques années, pour modérer cette progression. La plupart d'entre elles concernent l'offre de services et la gestion des établissements sanitaires : nombreux *clausus* pour les étudiants en médecine, nombre de lits hospitaliers en légère diminution, redéploiements en faveur de services pour les personnes âgées et handicapées. Le recrutement de nouveaux personnels hospitaliers est quasiment interdit aux établissements, les budgets des hôpitaux sont fortement limités ; leur mode de gestion a été réformé. Quelques mesures ont été également prises concernant la couverture financière des soins : les médecins libéraux sont autorisés, depuis 1980 (s'ils le déclarent et en acceptent les conséquences défavorables pour leur propre régime social), à fixer librement leurs honoraires, les remboursements versés à l'assuré restant limités (15 % des médecins ont choisi cette option en faveur du « secteur 2 »). Le taux de remboursement de certains médicaments a été réduit...

Certaines de ces mesures ont été facilitées par l'observation des indices suggérant que le système français souffre aujourd'hui de certaines surcapacités de l'offre : les nouveaux médecins ont du mal à créer leur clientèle ; les taux d'occupation de certains établissements sont insuffisants...

Toutefois, à terme, des questions plus fondamentales se posent. Elles alimentent la réflexion commune des spécialistes internationaux de la santé.

TABLEAU 12
Evolution du nombre de lits d'hôpitaux publics¹
1972-1984

Années (au 31 décembre)	Médecine et spécialités médicales	Chirurgie et spécialités chirurgicales	Gynécologie, obstétrique	Ensemble
1972	127 666	65 445	18 451	211 562
1973	128 262	65 949	18 612	212 823
1974	126 493	66 582	18 796	211 871
1975	129 126	67 922	19 021	216 069
1976	129 639	69 174	18 958	217 771
1977	129 619	70 287	18 931	218 837
1978	129 369	71 328	18 720	219 417
1979	126 753	71 079	18 708	216 540
1980	124 642	71 057	18 386	214 085
1981	122 208	71 046	18 545	211 799
1982	121 331	70 221	18 553	210 105
1983	119 700	69 204	18 430	207 334
1984	117 889	68 901	18 252	205 042

1. Lits de psychiatrie — moyen et long séjours — et lits d'hospices ou de maisons de retraite exclus.

Source : Ministère des affaires sociales et de l'emploi - SESI.

— Est-il justifié que les citoyens d'un pays développé, dont certains vivent dans un appréciable confort, ne participent pas plus fortement au financement de leurs dépenses de soins ? Certains estiment qu'une participation plus élevée contribuerait à les « responsabiliser » et les inciterait à rechercher des soins à la fois efficaces et moins coûteux. Mais porter atteinte à l'égalité devant la maladie en élevant des obstacles financiers, paraîtrait une régression sociale. Des mesures d'assistance pourraient venir compléter le dispositif pour les citoyens impécunieux. Mais une deuxième objection complète la première : seuls les soins de « première ligne » peuvent raisonnablement être soumis à un taux élevé de participation de l'utilisateur. Le coût élevé de soins techniques lourds ne permet pas de les soumettre au même régime. Dès lors, l'économie réalisée pour les finances publiques est limitée, étant donné le poids des « gros consommateurs ». Une telle mesure peut aussi favoriser des comportements pervers : hésiter à consulter précocement un médecin risque de conduire à une aggravation du mal, dont le traitement lourd serait, lui, pris en charge — mais au prix d'une plus mauvaise santé de la population. Dès lors, faut-il compter sur une responsabilisation financière individuelle de la population pour limiter les dépenses ?

— Une partie non chiffrable des dépenses de santé couvre sans doute des ressources gaspillées. S'ils existent, ces gaspillages sont de nature très diverse et difficilement repérables. Certains mettent l'accent sur le fait que rien n'incite les professionnels, principaux ordonnateurs des dépenses, à prendre sérieusement en compte les conséquences financières des examens et des traitements qu'ils prescrivent. Par quelles mesures, plus sûres que la simple persuasion morale, peut-on inciter les personnels médicaux et les gestionnaires de services à éviter les redondances d'examen, les prescriptions inutiles ou disproportionnées, voire « l'acharnement thérapeutique » ?

— Au nom de quelles valeurs enfin, et par quels mécanismes, les pouvoirs publics et les assureurs peuvent-ils intervenir plus efficacement dans les nombreux processus de décision publics (concernant la politique hospitalière, les tarifications et remboursements...) mais aussi individuels et privés, dont l'ensemble modèlent les consommations et les dépenses ? On peut ici soutenir des positions favorables à la légitimité d'une intervention plus directe des organismes responsables dans l'organisation globale du système de soins, qui absorbe une proportion si considérable de ressources de nature publique. On peut aussi soutenir que la collectivité nationale (ou régionale) est aujourd'hui fondée à fixer directement et volontairement des limites au financement public de la santé : jusqu'ici celui-ci, fonctionnant pour l'ensemble comme une assurance a, de fait, ajusté les ressources aux

dépenses plutôt que l'inverse. Les représentants de la collectivité publique peuvent-ils fixer une limite aux créances du consommateur individuel sur la collectivité ?

Les mécanismes correspondant à de telles options paraissent particulièrement délicats à mettre en place et commencent à faire l'objet de débats ; indubitablement, le profil d'évolution des consommations de services de santé sera sensible à de telles options et aux politiques adoptées. Dans les toutes prochaines années, il n'est pas douteux que des politiques « classiques », « marginalement restrictives » comme celles qui sont aujourd'hui engagées tenteront de contenir une progression rapide. Compte tenu des facteurs d'augmentation de la consommation que nous avons signalés, il est peu probable cependant qu'elles aboutissent, durablement et sans désorganisation insupportable de la délivrance des soins, à limiter la progression des dépenses au niveau de celle des cotisations à taux constant. Dès lors, un pari reste à prendre, dans une 2^e étape, sur l'alternative suivante :

— augmentation des ressources publiques destinées à la santé (et des prélèvements obligatoires correspondants) ;

— arrivée à maturité des réflexions, brièvement présentées, concernant l'intervention des consommateurs, des professionnels et des organismes publics, et conduisant à une restructuration importante des consommations et des systèmes institutionnels de financement sur lesquels elles s'appuient.

Quelles évolutions pour le logement ?

Les ménages réalisent 85 % des dépenses d'investissement en logement : construction neuve, réparation et entretien des immeubles. Il s'agit d'un investissement cher : pour les accédants à la propriété, le prix d'un logement représente en moyenne plus de trois ans de revenus ; les travaux de réhabilitation eux-mêmes sont fréquemment très coûteux. Dans ces conditions, investir dépend, à des degrés divers, des politiques publiques : budgétaire (même les logements « non aidés » bénéficient d'avantages fiscaux) et monétaire (le logement représente environ un tiers des crédits à l'économie).

L'évolution de la construction depuis une dizaine d'années, au-delà du rôle de la démographie, illustre cette dépendance et les difficultés pour la politique du logement à trouver un mode de régulation stable. Les perspectives pour les prochaines années, moins sombres que ce que

l'extrapolation des tendances récentes laisserait croire, dépendront encore des politiques publiques. Mais celles-ci, fortement contraintes par l'inertie des dépenses budgétaires, devront davantage rechercher des effets multiplicateurs qui incitent à un investissement accru de la part des agents privés, et en tout premier lieu des ménages (tableaux 13, 14, 15 et 16).

1975-1985 : la fin de l'âge d'or pour la construction neuve

Pour analyser la chute considérable de la construction depuis 1974 — 550 000 logements com-

mencés en 1974, 295 000 en 1985 — il faut d'abord comprendre pourquoi on a tant construit. L'essor démographique d'après-guerre joint aux conséquences de la hausse du niveau de vie et à une tendance croissante à la décohabitation avait eu un effet d'accélération très important sur la construction autour des années 60. Les mécanismes de financement avaient permis cette accélération en autorisant un développement rapide du crédit au logement et de l'endettement des ménages à partir de 1965, l'engagement de l'Etat restant par ailleurs à un niveau très élevé. Or, la plupart de ces facteurs favorables ont été successivement remis en cause à partir de 1975.

TABLEAU 13

Evolution récente des investissements dans le logement

	1980	1984
Investissement dans la construction de logements, la réparation et l'entretien des immeubles (F.B.C.F. logement) (en milliards de francs)...	172,5	209,9 ¹
F.B.C.F. (en % du produit intérieur brut)...	6,2	4,9
Investissement dans la réparation et l'entretien (en % de la F.B.C.F. logement)...	29	39

1. 85 % de la F.B.C.F. logement sont réalisés par les ménages.
Source : Comptes de la nation - INSEE.

TABLEAU 14

Nombre de logements au recensement de 1982

En milliers de logements

Résidences principales	Logements vacants	Résidences secondaires	Total
19 590,4 ¹	1 853,8	2 264,6	23 708,8

1. Dont 54 % de maisons individuelles.
Source : Recensement de la population - INSEE.

TABLEAU 15

Répartition des résidences principales selon le statut d'occupation

STATUT D'OCCUPATION	1962		1968		1975		1982	
	Effectifs (en milliers)	% de l'ensemble						
Propriétaires...	6 018,7	41,3	6 815,7	43,2	8 278,1	46,7	9 928,8	50,7
Logés par l'employeur...	1 270,9	8,8	1 215,9	7,7	1 031,9	5,8	783,5	4,0
Logés à titre gracieux...	671,9	4,6	729,8	4,6	832,9	4,7	845,4	4,3
Locataires ou sous-locataires d'un local loué vide...	6 105,5	41,9	6 534,8	41,5	7 194,1	40,5	7 746,4	39,5
Locataires ou sous-locataires d'un local loué meublé...	498,0	3,4	466,3	3,0	407,9	2,3	236,3	1,5

Source : Recensement de la population - INSEE.

TABLEAU 16

Nombre de logements commencés par secteur de construction

En milliers de logements

	1979	1980	1981	1982	1983	1984
SECTEUR AIDÉ						
Secteur locatif aidé...	60	50	58	62	63	60
Secteur accession à la propriété aidée...	135	120	137	138	127	115
SECTEUR LIBRE						
Logements non aidés...	234	230	203	145	142	120
TOTAL...	429	400	398	345	332	295

Source : Ministère de l'urbanisme, du logement et des transports - Direction de la construction.

L'accélération de la construction qui avait accompagné le boom démographique et avait permis une détente du marché du logement, devait nécessairement engendrer un contrecoup, ce que les travaux les plus récents de l'I.N.E.D. mettent en évidence⁵.

5. Cf. D. Blanchet et C. Bonvalet, Evolution démographique et marché du logement en France depuis 1954, *Population*, I.N.E.D., n° 6, 1985 ; et Ménages, construction, logement, *Population et Société*, n° 197, décembre 1985.

A partir de 1973, la réduction des programmes budgétaires, mais aussi la mise en cause du mode dominant de construction (les grands ensembles) ont entraîné une chute considérable du nombre de logements locatifs sociaux : en 1979, on ne mettait en chantier que 60 000 logements de ce type, contre près de 130 000 en 1973. Sans compenser la diminution précédente, l'accession à la propriété avait continué de se développer après 1975 à un rythme rapide, facilitée par l'accélération de l'inflation, la sous-rémunération de l'épargne et appuyée par un recours accru au crédit bancaire. Concrétisée par la réforme du financement du logement de 1977, et permettant à l'Etat de réduire son intervention budgétaire, cette orientation devait se heurter, en 1979, à la contrainte monétaire, à partir du moment où la priorité des pays occidentaux devenait la lutte contre l'inflation. La phase spéculative qui s'était amorcée fut alors interrompue par les mesures restrictives de politique monétaire prises dès la fin de 1979. En particulier, l'encadrement du crédit devint nettement plus défavorable vis-à-vis des prêts conventionnés.

Une des conséquences de ce changement de politique, le passage à une rémunération réelle fortement positive de l'épargne financière a alors rendu plus sensible, pour les investisseurs privés, la baisse de rentabilité du placement immobilier locatif. Celle-ci était pourtant engagée depuis plus de 10 ans, en raison de la perte d'avantages fiscaux, mais aussi d'une évolution très modérée des loyers, compensant pour des locataires désolvabilisés par la crise l'explosion des charges. Mais elle était largement contrebalancée jusqu'alors par le caractère refuge du placement pierre en période d'inflation accélérée. Là se trouve la cause fondamentale du reflux de l'investissement locatif privé (qui aurait financé jusqu'à 50 000 logements neufs au début des années 70).

La hausse des taux d'intérêt nominaux et réels, conséquence des politiques monétaires plus restrictives, aurait d'ailleurs pu entraîner une diminution plus brutale de la construction (analogue à celle qu'ont connue en 1982 les Etats-Unis) sans le réengagement budgétaire de l'Etat en 1981-1982 au travers des crédits aidés, d'une part, et de l'aide personnalisée au logement, d'autre part. Celui-ci s'est cependant effectué avec un coût élevé pour les finances publiques.

Des perspectives d'amélioration très dépendantes de l'environnement économique et financier

L'amélioration prévisible de l'environnement économique et financier, envisagée dans les scénarios à moyen terme (1986-1991) du Plan (retour à une certaine croissance du pouvoir d'achat, et surtout baisse des taux d'intérêt nominaux accompagnant la désinflation) permet d'espérer une

reprise modérée de la construction vers des niveaux de l'ordre de 350 000 logements neufs en 1990⁶. On considère généralement que ce chiffre n'est pas inférieur aux besoins démographiques. Les prévisions du nombre de ménages réalisées par l'I.N.S.E.E. font état d'une baisse de l'accroissement annuel du nombre des ménages : 272 000 ménages de plus par an entre 1982 et début 1985, 241 000 entre 1985 et 1990, 219 000 entre 1990 et 1995 et 177 000 entre 1995 et 2000. Le retour à un rythme de construction annuel de 350 000 logements permettrait donc une politique plus active de renouvellement du parc : les sorties nettes du parc de logements (démolitions notamment) sont actuellement bien inférieures à 100 000 logements par an, soit un taux inférieur à 0,5 % du parc. Ceci correspond, en régime de croisière, à une durée de vie moyenne de 200 ans pour les logements.

Ce scénario est cependant soumis à deux contraintes financières.

La première contrainte est d'ordre monétaire : les charges de remboursement des crédits consentis dans le passé récent, avec des taux d'intérêt élevés et une progressivité des annuités de remboursement, ne comprennent encore qu'une faible part d'amortissement. Cette part faible ne laisse guère de marges de manœuvre pour distribuer les crédits nouveaux nécessaires à la reprise, dans la mesure où la progression d'ensemble des encours doit, peu ou prou, s'adapter à la désinflation.

La deuxième contrainte tient au niveau très élevé atteint par les aides publiques au logement. Les pouvoirs publics peuvent être tentés de réduire le nombre de logements bénéficiant d'aides directes de l'Etat. Les aides au logement atteignent environ 100 milliards de F en 1985 (aides directes et indirectes, aides personnelles et exonérations fiscales). Leur inertie est considérable en raison des mécanismes de financement étalant les dépenses sur plusieurs années (bonifications d'intérêt, aides personnelles, exonérations fiscales de longue durée). La plus grande partie de la dépense correspond ainsi à des engagements passés, pris au moment où l'inflation était élevée. La désinflation alourdit maintenant le poids en termes réels de ces engagements. Par exemple, elle oblige à verser beaucoup plus longtemps qu'il n'était prévu des aides personnelles aux anciens accédants à la propriété, endettés à taux fixe et élevé, et dont les remboursements ne sont plus gommés par la hausse des prix.

6. Des scénarios ont été réalisés dans le cadre d'un groupe de travail du Plan, présidé par M. Deleau : *Financement du logement : perspectives quantitatives à l'horizon 1990*, Commissariat général du Plan, février 1986. Ils utilisent un modèle élaboré à l'Université de Paris X Nanterre ; cf. B. Lefèbre et M. Mouillart, Logement et épargne des ménages : le modèle FANIE, *Revue Economique*, n° 3, mai 1986.

Le parc de logements existant : des enjeux multiples

Les incertitudes qui pèsent sur la reprise de la construction neuve ne tiennent pas seulement aux contraintes financières mais portent aussi sur les comportements des ménages⁷. La pression pour l'accession à la propriété qui s'est manifestée tout au long des 15 dernières années persistera-t-elle ? Ce n'est que dans ce cas que les conditions économiques plus favorables conduiraient au redémarrage prévu dans le secteur du logement non aidé. Les interrogations ne portent pas sur les perspectives démographiques. L'I.N.S.E.E. envisage encore une augmentation sensible du nombre des ménages dont le chef a entre 30 ans et 44 ans, période privilégiée pour la première accession. Souhaiteront-ils toujours autant accéder à la propriété ? Des incertitudes nouvelles tiennent à l'aspect « patrimonial » de la demande d'accession, au fait que celle-ci peut de moins en moins être envisagée comme ayant un caractère définitif. La fréquence accrue des divorces, la nécessité de mobilité géographique, obligent alors les ménages à être plus attentifs aux possibilités de revente du logement qu'ils souhaitent acquérir. Le risque de perte en capital, négligé jusqu'ici car extrêmement faible (la poursuite de l'expansion urbaine et le caractère refuge de l'immobilier en période d'inflation constituant de bonnes garanties) peut devenir un facteur d'autant plus dissuasif que la hausse des prix n'allègera plus les mensualités de remboursement. Ce qu'on pourrait appeler le « marché secondaire » du logement prendra donc de plus en plus d'importance pour le devenir du « marché primaire » de la construction neuve. La fluidité des marchés du logement devient un impératif⁸.

Un autre facteur explique l'évolution des positions, la réelle prise de conscience de l'enjeu que représente le parc existant : une des rares certitudes concernant l'an 2000 est que 80 % des logements qui seront disponibles à cette époque existent déjà, même si l'on construit d'ici là 350 000 logements par an.

Leur qualité dépendra du niveau de l'entretien et de l'amélioration. Le marché des travaux, dont la progression est largement déterminée par celle du pouvoir d'achat, devrait continuer à croître mais se transformer quelque peu. Il sera de moins en moins tiré par le besoin de mises aux normes minimales de confort. Les chiffres mesurent le chemin parcouru : en 1962, sur 12 millions de résidences principales construites avant 1948, 14 % seulement — moins de 1,7 millions — disposaient à la fois de WC intérieurs et d'une installation sanitaire (baignoire ou douche). En 1982, il restait 8,6 millions de résidences principales datant d'avant 1948 et 5,2 millions, soit 60 %, avaient ces éléments de confort. L'évolution a été régulière et correspond à 175 000 « mises aux normes » par

an. Mais en extrapolant grossièrement les chiffres, aussi bien de désaffectations que de mises aux normes, la quasi-totalité du parc devrait disposer de tous les éléments de confort au début de 1990.

En revanche, des besoins de travaux très importants se font jour pour le parc de logements construits après la guerre. Il est connu, en effet, que les coûts d'entretien et surtout de grosses réparations varient fortement pour un même groupe de logements au cours du temps. Les grosses réparations croissent en valeur avec l'âge du logement, du fait de l'usure des constituants des bâtiments dont la durée de vie est variable. Les générations de logements les plus nombreuses, construites entre 1960 et 1975 arriveront ainsi d'ici l'an 2000 à l'âge (entre 25 et 35 ans) où les besoins de travaux sont les plus importants. Cet effet « démographique » jouera fortement pour le parc de logements locatifs sociaux (les H.L.M.) et nécessiterait à lui seul une croissance en volume d'environ 3 % par an des travaux sur ce parc.

Mais ce besoin qui dépasse en réalité le cadre du logement et constitue un véritable besoin de réinvestissement urbain⁹ est-il solvable ? La contrainte budgétaire, déterminante dans le cas du logement social notamment, interdit que le financement de l'investissement nécessaire s'effectue seulement par les « prélèvements obligatoires ». Il paraît donc indispensable que les ménages acceptent d'y consacrer une part accrue de leur revenu, en tout cas des gains de pouvoir d'achat que les perspectives macroéconomiques permettent d'espérer. Leurs choix, que les pouvoirs publics peuvent influencer par une politique incitative au moins autant urbaine que financière, détermineront les conditions d'habitat à la fin de ce siècle.

*
* *

Les services collectifs, partie intégrante de la consommation des ménages

Pour conclure cette esquisse descriptive de quels devenirs possibles des consommations collectives à l'horizon de la fin du siècle, on doit souligner que l'avenir ne peut plus être pensé à partir de la caricature sommaire qui oppose, d'une part, un mode de développement libéral s'appuyant seulement sur les productions privées et les consommations individuelles en faisant baisser les prélèvements obligatoires ; et, d'autre part, un mode de développement socialisé qui favorise les services

7. Cf. « Le logement au carrefour », rapport du CREDOC, mars 1986.

8. Cf. le rapport de la Commission Treppoz sur la fluidité du logement neuf et du logement existant, Conseil National de l'Habitat, décembre 1984.

9. *Faire gagner la France*, sous la Direction de H. Guillaume, Commissaire au Plan, Collection Pluriel, Hachette, 1986.

publics et les consommations collectives, conduisant à un alourdissement tendanciel des prélèvements obligatoires. Les fonctions collectives constituent une réalité complexe où s'interpénètrent les financements publics et privés, les prélèvements volontaires et obligatoires, les consommations individuelles et collectives, les productions privées, publiques, associatives et autonomes. Cette diversité se perpétuera et aura probablement tendance à s'accroître. L'avenir de ces différents modes de production, de consommation et de financement des services doit être pensé en termes de complémentarités, davantage qu'en termes de concurrences ou de substitutions. Il ne dépendra pas seulement des choix politiques de la collectivité, mais aussi de l'évolution des préférences des diverses catégories de ménages, et de la modernisation des techniques.

Aucune fonction de consommation n'est individuelle ou collective par essence, chacune comprend les deux composantes en proportions variables dans le temps et dans l'espace. Dans beaucoup de domaines, le progrès technique et la transformation des valeurs et des aspirations semblent actuellement favoriser l'individualisation des prestations, et il est vraisemblable que cette tendance se poursuivra. Pourtant, les consommations resteront à dominante collective pour de nombreux types de services (éducation, soins hospitaliers, transport aérien,...) et de nouvelles formes de consommations collectives sont appelées à se développer. Par ailleurs, il est possible que la diffusion des nouvelles technologies (informatique, audio-visuel et télécommunications) tende à estomper, dans certains cas, la coupure entre consommations individuelles et collectives, en rendant possible la prestation à distance et en « différé » de services qui exigeaient naguère la présence simultanée des consommateurs sur les lieux de la production.

En ce qui concerne la production de nombreux services collectifs, le partage entre modes privés et publics dépendra au premier chef, comme par le

passé, de choix et de rapports de forces politiques. Mais l'initiative des producteurs et des consommateurs, jointe à l'évolution des techniques, est susceptible de développer dans l'avenir des modes de production associatifs ou autonomes dans des secteurs où ceux-ci n'existaient pratiquement pas. C'est ce qui s'est produit de longue date pour les transports terrestres avec l'équipement des ménages en automobiles, et plus récemment, dans l'audio-visuel. Cette évolution pourrait toucher dans l'avenir d'autres domaines comme la santé et l'éducation dans lesquels le développement de l'après-guerre a accordé une place prépondérante au secteur public : des domaines où les frontières entre services publics et privés pourraient par ailleurs se déplacer avec la diversification des services (formation alternante des jeunes, reconversion professionnelle en cours de vie active, etc...).

Enfin, l'évolution des modes de financement des consommations collectives dépendra avant tout, elle aussi, de choix politiques. Un même développement de consommations collectives peut en effet être financé soit par une croissance des revenus privés, des dépenses directes des ménages ou de cotisations volontaires, soit par une progression des dépenses publiques et des prélèvements obligatoires ; et le choix du dosage des uns et des autres est un choix politique. Mais en amont, se situe un autre choix, qui est un choix de politique économique et sociale : celui des rythmes de croissance des productions et des consommations des divers services collectifs. Ce choix, plus fondamental peut-être que le premier, en est largement indépendant, et cette réalité a été quelque peu occultée dans le débat des dernières années sur l'évolution des taux de prélèvements obligatoires. Pour les années qui viennent, il faudra reconnaître que les services « collectifs », dans leur ensemble, sont une composante à part entière de la croissance et du développement à long terme, beaucoup plus qu'un prélèvement « social » sur une sphère productive qui ne se réduit plus à la sphère de la production matérielle.

Qui pense quoi ?

Évolution et structure des opinions en France de 1978 à 1984

Ludovic Lebart

On se préoccupe beaucoup de savoir ce que pensent les Français de la situation économique, de l'environnement, de la famille, de la justice, de la science... On sait que tous ces jugements et opinions sont loin d'être indépendants. Les résultats de sept années d'enquêtes sur les conditions de vie et aspirations des Français permettent de mettre en évidence des « zones » aux contours incertains résumant les regroupements d'opinions les plus fréquents, eux-mêmes associés à des caractéristiques socio-démographiques précises. Le déploiement de ces caractéristiques dans l'espace des opinions devrait réhabiliter le rôle des situations, souvent relégué au second plan au profit d'interprétations plus psychologiques. Quelle est la vraie nature de cette structure des opinions que l'on voit se déformer progressivement entre 1978 et 1984 ? On s'efforce de déterminer dans quelle mesure cette structure est suscitée ou découverte, si elle a une certaine autonomie ou si elle n'est que le reflet passif d'un cadre objectif sous-jacent.

Les Français en décembre 1985

Le pessimisme régresse... les préoccupations demeurent

Pour la huitième année consécutive, le CREDOC a réalisé une enquête sur les conditions de vie et les aspirations des Français. Voici ce que révèlent les résultats en décembre 1985.

De même qu'ils sont un peu moins pessimistes sur l'évolution de leur niveau de vie passée et à venir, les Français sont moins nombreux à envisager la croissance du chômage en 1985 (70 %) qu'en 1984 (83 %). Depuis un an, l'esprit de solidarité a progressé : 41 % des Français au lieu de 33 % l'année dernière préconisent un effort financier collectif pour financer le chômage. La moitié des Français (50 % au lieu de 55 % en 1984) est encore favorable à des mesures qui pénalisent, de fait, les chômeurs (diminution des dépenses occasionnées par le chômage).

Les Français s'accordent largement sur l'idée que la société doit se transformer en profondeur, mais de façon progressive. 35 % estiment que la collectivité devrait faire plus d'efforts pour les pauvres, 18 % pour les jeunes, 15 % pour les personnes âgées, 11 % pour les chômeurs, les malades et handicapés, 7 % pour la famille.

Beaucoup de Français connaissent mal ou se refusent à juger la valeur de l'enseignement public. 52 % sont mécontents de l'enseignement secondaire, surtout ceux qui estiment que l'éducation scolaire doit en priorité développer la créativité. A coût égal, 59 % des Français choisiraient l'école publique plutôt que l'école privée.

L'opinion accepte peu à peu les réalités technologiques : la diffusion de l'informatique est jugée souhaitable par 40 % des Français en 1985 au lieu de 22 % en 1979. Le développement du nucléaire est mieux accepté : il est approuvé par 67 % des Français en 1985 au lieu de 58 % en 1984.

Même s'ils se sentent personnellement peu menacés, les Français sont de plus en plus sensibles aux problèmes de sécurité : sont jugés comme problèmes graves les agressions individuelles (42 % en 1985 au lieu de 32 % en 1984), le vandalisme (46 % contre 33 %) et le cambriolage (40 % contre 31 %).

Plutôt optimistes sur leur niveau de vie, les Français ont malgré tout des budgets serrés : comme les années précédentes, 64 % s'imposent des restrictions, notamment sur les vacances, les loisirs, l'habillement et l'équipement ménager ; 77 % des Français ont fait des économies d'énergie, notamment de chauffage.

Caractéristiques des ménages à bas revenus *Enquête CNAF-CREDOC 1979*

Georges Hatchuel

Mesurer l'ampleur de la pauvreté et apprécier les caractéristiques des populations qu'elle touche se heurte à divers obstacles, en particulier celui de la définition même de la pauvreté.

Cet article est consacré à une analyse multi-critères des caractéristiques des ménages situés au plus bas de l'échelle des revenus. L'auteur propose une approche en termes de revenu, pris comme indicateur de situations défavorisées. Le seuil de revenu choisi pour délimiter les populations en situation de pauvreté est de 60 % du SMIC, ce qui équivalait à la moitié du revenu disponible moyen par unité de consommation en 1978.

L'auteur montre que les familles à bas revenus peuvent être classées en six groupes d'importance démographique variable mais relativement stables et homogènes. Ces groupes vont des familles nombreuses où l'homme est ouvrier ou employé, non qualifié, et la femme inactive sans diplômes, aux familles monoparentales dont le chef est une femme, le plus souvent active, mais non qualifiée. Les personnes âgées sont très représentées, de même que les chômeurs, les malades ou les handicapés, voire les artisans-petits commerçants dont l'exploitation est déficitaire.

Bien que portant sur l'année 1978, cette caractérisation permet de suggérer quelques-unes des évolutions intervenues depuis, sous l'effet de la crise et notamment de l'aggravation du chômage.

Les informations proviennent de l'enquête nationale réalisée en 1979 auprès de 3 800 ménages par la Caisse nationale des allocations familiales et le CREDOC.

Les services collectifs dans une économie en mutation

Marianne Berthod-Wurmser, Michel Gaspard et Patrice Lanco

Dans le cadre du séminaire organisé par l'ONU à Helsinki (8-12 septembre 1986) sur l'évolution de la consommation, le Commissariat général du Plan a fait le point sur les services collectifs. Nous présentons ici une synthèse de ces contributions.

La première partie décrit les tendances passées des services collectifs consommés par les ménages. Ainsi, les fonctions collectives s'avèrent une réalité complexe où s'interpénètrent les financements publics et privés, les prélèvements volontaires et obligatoires, les consommations individuelles et collectives, les productions privées, publiques, associatives et autonomes.

A titre d'exemple, les conditions du développement de deux services, santé et logement sont examinées. Pour les dépenses de santé, outre la politique publique, on souligne les rôles, à terme, de la technicité croissante des interventions, de la progression de la demande émanant des personnes âgées, de l'offre médicale et de la diffusion du recours aux soins.

Au-delà des contraintes financières qui rendent incertain l'avenir de la construction neuve, les changements de comportement des ménages introduisent également de la confusion. La question majeure concerne les orientations des pouvoirs publics : intensifier la rénovation ou accompagner la construction neuve.

Who Thinks What ?

The Development and Structure of Opinions in France from 1978 to 1984

Ludovic Lebart

Researchers and specialists are eager to find out what the French think about the economic situation, the environment, the family, the state of justice and science... and they know that such opinions and judgements are far from being built independently from the surrounding situation. After 7 years of studying the French people's living conditions and future aspirations, a number of hazy « areas » have become apparent. The most frequent opinions are summarized into a number of groups, which in turn, are linked to precise socio-demographic characteristics. The distribution of these characteristics in the space of opinions should give more significance to the role of situations, which have often been left aside to be replaced by psychological interpretations. Between 1978 and 1984, the structure of opinions has slowly been distorted. So the question is : what is its real nature ? The aim is to find to what extent this structure is provoked or discovered, whether it is an autonomous reaction or the passive reflection of an objective underlying situation.

The French in December 1985

They Are Less Pessimistic... but Just as Worried

For 8 years, CREDOC has been conducting a survey on living conditions and future hopes of the French population. In december 1985, the results brought to light a number of points.

The French are less pessimistic regarding their past and future living standards ; and fewer of them expect unemployment to grow in 1985 (70 %) than in 1984 (83 %). Since last year, a spirit of solidarity has grown : indeed, 41 %, instead of 33 % the previous year, agree that the financial burden caused by unemployment should be dealt with by the entire community. The number of French people who are still in favour of taking measures which would penalize the unemployed as a consequence (such as reducing spending on unemployment benefit) has decreased from 55 % in 1984 to 50 % in 1985.

A great majority of the French agree that society needs a deep but progressive transformation. 35 % believe that the community should make greater efforts towards the poor, 18 % towards the young, 15 % towards the aged, 11 % towards the unemployed, the sick and the handicapped and 7 % towards the family.

Many French people know little about or refuse to take a stand on state education. 52 % are dissatisfied with secondary education, more so those who think that schooling should primarily seek to develop creativity. At an equal cost, 59 % of the French had rather send their children to a state school than to a private one.

Public opinion is slowly coming to terms with the technological revolution : In 1985, 40 % (22 % in 1979) agree with the dissemination of knowledge about data processing. The French also accept the development of nuclear power more than in the past : in 1985, 67 % are now in favour whereas in 1984 the figure was 58 %.

Low-Income Households : their Characteristics *A Survey Conducted by CNAF and CREDOC in 1979*

Georges Hatchuel

Our aim was to measure the extent of poverty and define the characteristics of those affected by it. But we came across several hurdles, in particular on the way poverty should be defined.

In this article, we have made a multi-criterial analysis of the characteristics of households with the lowest incomes. The author suggests the approach be based on income which is a satisfactory indicator of underprivileged situations. The minimum income below which a household can be defined as poor has been set at 60 % of the minimum income in France, which was equivalent to half the average available income per consumption unit in 1978.

The author brings to light that families can be split into 6 groups : their demographic significance is variable, but they are relatively stable and homogeneous. These groups are comprised of families with more than three children, where the head of the household is an unqualified manual or office worker with an unqualified housewife. Also included are one-parent families with the woman as head of the family at work although unqualified. Many elderly are included too, as well as the jobless, the sick or disabled, and even the craftsmen or small shopkeepers in dire financial difficulties.

This study was carried out for the year 1978, but it can bring to light some of the developments which have occurred since then as a consequence of the deepening economic crisis and especially the increase in unemployment.

This information is the result of a national survey conducted jointly by the Caisse Nationale des Allocations Familiales¹ and CREDOC.

1. CNAF - State Agency which deals with child benefit.

Collective Services in an Economy Undergoing Drastic Changes

Marianne Berthod-Wurmser, Michel Gaspard and Patrice Lanco

In Helsinki between september 8th and 12th, the United Nations Organization organized a seminar on the evolution of consumption. The Commissariat du Plan (French Planning Agency) presented the situation regarding collective services. Here is a summary of its contribution.

In the first part, past trends of public services consumed by households are described. Thus, collective services are found to be a complex reality where public and private financing, voluntary and compulsory taxes, individual and collective consumption, private, public, cooperative and independent production are intertwined.

As an example, the way health and housing services have been expanding is examined. Regarding health spending, besides public policy, it must be underlined that there is an increasing role played by technology in health care, an increasing demand from the elderly, an increase in medical possibilities, and an increase in the number of people requiring health care.

As far as housing is concerned, besides financial constraints which impede forecasts on the construction of new housing, changes in the behaviour of households make it impossible to foresee future trends. The main issue rests in the hands of public authorities, that is to say : will they encourage renovation or support the construction of new housing ?

Dunod



HARO SUR L'HISTOIRE OFFICIELLE

**Alfred
SAUVY**
**De la rumeur
à l'Histoire**

A partir de quelques mythes que l'Histoire a consacrés, Alfred Sauvy, observateur minutieux, témoin et acteur de la vie économique s'est attaché à comprendre pourquoi et comment les événements depuis plus de cinquante ans, sont déformés par l'écho pour plaire et séduire.

Un livre très documenté qui bouleverse bon nombre d'idées reçues.

Les historiens devant les faits. Du réel au fabuleux. Les lois de la rumeur. La montée de l'histoire quantitative. Suivre une économie ou la faire revivre. **Les faits et les dires.** Le mythe de Jeanne d'Arc et la domination culturelle du monde. Bienfaiteur et maudit. Mystérieuse 14-18. Folies en papier. D'une guerre à l'autre. Vendredi noir et âmes blanches. Le bienheureux Roosevelt.

L'étrange déflation de Pierre Laval en 1935. Les rayons et les ombres du Front Populaire. La victoire refusée. La tragique "drôle de guerre". Exode en folie. Occupation, libération 1940-1949. Complots et synarchie. **Pour une histoire sans rumeurs.** Utilité ou nocivité de la rumeur. Rapprocher les faits et les hommes.

Collection "L'œil économique" 320 p

Dunod

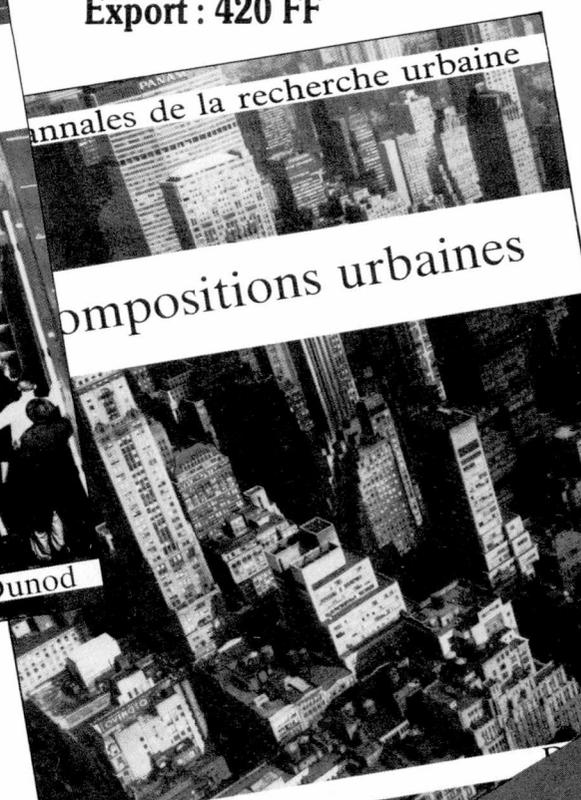
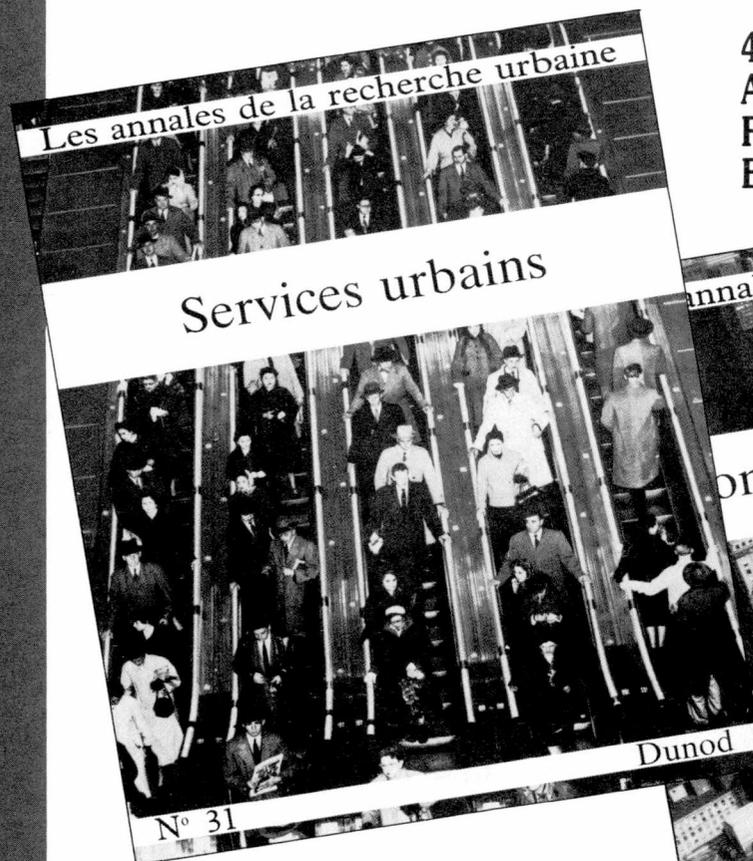
Les annales de la recherche urbaine

Revue des recherches et des innovations urbaines

Chaque numéro est consacré à un thème particulier autour duquel s'organisent plusieurs types d'articles :

- des comptes rendus de recherches menées dans le cadre du Plan urbain, du CNRS ou dans d'autres institutions françaises ou étrangères
- des présentations d'expériences associant des chercheurs à leur conception ou à leur évaluation
- des informations brèves sur la vie quotidienne de la recherche et de l'innovation urbaines
- des comptes rendus de lectures
- des indications bibliographiques

4 numéros par an
Abonnement 1987
France : 310 F
Export : 420 FF



Les Publications du CREDOC

Consommation Revue trimestrielle du CREDOC

Numéros parus :

1984

- N° 3 – Evaluation de l'impact redistributif des dépenses publiques. – Mobilité sociale, fratrie et descendance. – Durée de vie des biens durables. – L'hôpital de jour, une alternative à l'hospitalisation classique ?
- N° 4 – Travail familial et travail salarié : un modèle de formation du revenu des artisans. – Insertion professionnelle, mobilité, salaire : le cas des sortants de l'enseignement technique court. – La complexité de la force de travail dans les services marchands et non-marchands. – L'organisation de l'Université française à la lumière de ses processus de certification. – La perception du travail au noir par les jeunes.

1985

- N° 1 – Solidarité, inquiétude (les Français à l'enquête d'automne 1984). – La famille se transforme, les opinions se nuancent. – Une estimation subjective du coût de l'enfant. – Le dispositif 16-18 ans : une chance de qualification pour les filles ? – Avoir des biens durables : une affaire de goûts ou de coûts ? – Structure économique des communes, reproduction, consommation.
- N° 2 – La consommation alimentaire : perception et réalité. – Comment se forme et se déforme la perception du niveau de vie. – Une mesure de la rentabilité des diplômés entre 1969 et 1976. – L'automobiliste traverse la crise. – Artisanat et immigration : deux récits exemplaires.
- N° 3 – Famille : l'écume des changements n'ébranle pas l'édifice. – Une estimation subjective du coût de l'enfant. – Chômage, travail au noir et entraide familiale. – Le logement au carrefour. – Le nouveau produit : un concept flou.

Articles à paraître :

- L'analyse de la presse du cœur. – Ségrégation spatiale, production et reproduction des inégalités. – Le coût de l'enfant. – Femmes, des opinions sous contraintes.

Les rapports du CREDOC

Evolution 1984-1985 des rapports sur la situation comparée des hommes et des femmes dans l'entreprise (février 1986). – Le logement au carrefour (mars 1986). – Sept ans de perceptions. Evolution et structure des opinions en France de 1978 à 1984 (rapport final de la phase VII de l'enquête Aspirations) (mai 1986). – La convergence internationale des structures de consommation (juin 1986). – Les changements structurels de la consommation des ménages. Une comparaison France-Royaume Uni-Etats Unis (juin 1986). – Femmes, des opinions sous contraintes (juin 1986). – L'opinion des Français sur quelques aspects de la justice (juillet 1986). – L'éducation (vague d'automne 1985 de l'enquête Aspirations) (juillet 1986).

Consommation et modes de vie

- La pauvreté et la précarité. Diversité des recours à l'aide sociale, n° 9, mars 1986.
- Le logement au carrefour. Des spécialistes perplexes, n° 10, mai 1986.
- Baisse du prix de l'essence. La médaille et son revers, n° 11, juin 1986.
- Un printemps comme les autres, n° 12, septembre 1986.

COPYRIGHT

The appearance of the code at the bottom of the first page of an article in this journal indicates the copyright owner's consent that copies of the article may be made for personal or internal use, or for the personal or internal use of specific clients. This consent is given on the condition, however, that the copier pay the stated per-copy fee through the Copyright Clearance Center, Inc., Operations Center, 21, Congress St., SALEM, MASS. 01970, U.S.A. for copying beyond that permitted by Sections 107 or 108 of the U.S. Copyright Law. This consent does not extend to other kinds of copying, such as copying for general distribution, for advertising or promotional purpose, for creating new collective works, or for resale.

S O M M A I R E

Qui pense quoi ?

Evolution et structure des opinions en France de 1978 à 1984.

Ludovic Lebart.

Les Français en décembre 1985 :

le pessimisme régresse... les préoccupations demeurent.

Caractéristiques des ménages à bas revenus.

Enquête Cnaf-Credoc 1979.

Georges Hatchuel.

Les services collectifs dans une économie en mutation.

Marianne Berthod-Wurmser, Michel Gaspard

et Patrice Lanco.

Résumés - Summaries