

futuribles

analyse et prospective

**La maîtrise des
dépenses de santé**

**Les enjeux éthiques
du vieillissement**

**La pauvreté avec
ou sans emploi**

futuribles

analyse et prospective

REVUE MENSUELLE

55, rue de Varenne

75341 Paris Cedex 07 - France

• Tél : (33 1) 42 22 63 10

• Fax : (33 1) 42 22 65 54

• Minitel : 3615 SJ*FUTURIBLES

Comité d'orientation : Ismaïl S. Abdalla, Michel Albert, Serge Antoine, Göran Backstrand, Michel Crozier, Clare Degenhardt, Jacques Durand, François Eck, Mahdi Elmandjra, Emilio Fontela, Michel Godet, Paul-Marc Henry, Edmond Lisle, Daniel Malkin, Eléonora Masini, Henri Mendras, Amélie d'Oultremont, Pierre Piganiol, Jean Saint-Geours, Michel Salomon, Philippe de Seynes, Alvin Toffler, Georges Vedel.

Comité de rédaction : Anne de Beer, Jean-Yves Boulin, Bernard Cazes, Gilbert Cette, Michel Drancourt, Charles du Granrut, Alain Michel, Alain Parant, André-Yves Portnoff, Michel Schiray, Jacques Theys.

Directeur : Hugues de Jouvenel

Rédaction : Christine de Guébriant, Remy Oudghiri

Assistante : Annie Palmantier

Secrétaire générale : Corinne Roëls

Abonnements-diffusion : Corinne Roëls, Fabrice Colin

1 an :	France	630,00 FF
	Etranger/DOM TOM	680,00 FF
	Par avion	780,00 FF
	Etudiants : tarif spécial sur demande	

Le numéro : France 70 FF (port inclus)
Etranger/DOM TOM 75 FF (port inclus)

Les articles signés expriment l'opinion des auteurs et pas nécessairement celle de Futuribles. Tous droits de reproduction, même partielle, par quelque procédé que ce soit, réservés pour tous pays.

© *Futuribles Sarl* 1995

Publiée avec le concours du Centre national du livre
Commission paritaire n° 56798 - ISSN 0337 307 X
Imprimerie Bialec S.A. - Nancy
Dépôt légal n° 42841 - Septembre 1995

Unique revue de prospective en langue française à caractère réellement interdisciplinaire, *Futuribles* analyse chaque mois ce qui peut advenir (les futurs possibles) et ce qui peut être fait (les politiques et les stratégies) vis-à-vis des grands défis du futur.

Au sommaire des derniers numéros

n°196

- Réconcilier sécurité sociale et marché
- L'Asie : opportunité ou menace pour l'Europe

n°197

- Coût du travail et emploi : diagnostic et propositions, consensus et controverses

n°198

- La politique étrangère allemande
- La dérive des taux d'occupation
- Prospective de l'économie mondiale
- Controverse autour de la compétitivité

n°199

- L'Afrique du Sud d'hier à demain
- Scénarios de l'économie mondiale
- L'aménagement du territoire français
- L'Europe sans âme

n°200

- Numéro spécial :
L'évolution des valeurs des Européens

futuribles

analyse et prospective

NUMÉRO 201

SEPTEMBRE 1995

La société disloquée **3**
Hugues de Jouvenel

***La justice sociale dans les systèmes
de santé européens*** **5**
Claude Schneider-Bunner

Les enjeux éthiques des sociétés vieillissantes **27**
Ruud H.J. ter Meulen

L'Europe sans emploi, l'Amérique sans le sou ? **55**
Paul Krugman

ACTUALITÉS PROSPECTIVES **69**

Les immigrés et leurs enfants. Guerres de l'eau. L'horizon culturel des aînés. Economie européenne. La maladie, un antidote contre le chômage ? La réorganisation des réseaux de service public. Condition féminine. France : évolution des effectifs scolaires.

BIBLIOGRAPHIE

Analyses critiques **83**

J. Lesourne, *Vérités et mensonges sur le chômage*. W. Overholt, *China, the next economic superpower*. E. Bouteiller, « L'émergence de la puissance industrielle chinoise : conséquences pour l'industrie française ».

Comptes rendus **92**

La société disloquée

La richesse des nations occidentales n'a cessé d'augmenter mais le nombre de pauvres aussi : aux Etats-Unis en raison du développement des emplois rémunérés en-deçà du seuil de pauvreté, en Europe en raison du sous-emploi et du chômage, déclaré ou latent.

Que choisir ? Vaut-il mieux être exploité dans des fonctions qui, pour modestes qu'elles soient, assurent à leur titulaire un revenu mais aussi une insertion professionnelle et donc une reconnaissance sociale, ou être exclu du marché de l'emploi, être payé à ne rien faire et gagner en temps libre imposé ce que l'on perd en dignité ?

D'aucuns ne manqueront pas de souligner que certains salariés ne travaillent guère et qu'inversement nombre de chômeurs et d'inactifs — percevant ou non des allocations — exercent des fonctions fort utiles pour eux-mêmes, leur famille, voire la collectivité et qu'il ne serait point aberrant qu'ils reçoivent un revenu de citoyenneté en contrepartie des activités utiles, sinon immédiatement rentables, qu'ils assurent au bénéfice du bien commun.

Le raisonnement est séduisant, particulièrement pour celui qui, ne s'attachant point exclusivement à la règle de l'annuité budgétaire, ferait une analyse avantage-coût sur

longue période des services collectifs. Mais plusieurs problèmes se posent aussitôt.

Le premier réside dans le fait que la frontière est ténue entre les activités marchandes et celles qui ne le sont pas, si ténue qu'en subventionnant les secondes, celles-ci pourraient menacer les premières. Ensuite, dit-on, une telle mesure risquerait d'accentuer la société duale par le développement d'un double marché du travail.

Enfin — et sans douter un instant du gisement d'emplois que représentent les services marchands qui pourraient être développés en réponse à une demande solvable — conviendrait-il encore que ces emplois d'utilité publique puissent être financés par la collectivité, au travers de transferts que le marché spontanément n'assure pas, donc sur prélèvements obligatoires.

Le problème cependant est que l'on ne peut indéfiniment accroître nos dépenses publiques qui souffrent déjà de l'effet de ciseau résultant, d'une part du déséquilibre entre le nombre d'actifs cotisants et celui des inactifs allocataires, d'autre part, et plus encore, du déséquilibre entre les ressources et les dépenses qui ne croissent pas au même rythme : les premières parce qu'elles reposent essentiellement

sur les salaires dont la masse augmente lentement (ceci expliquant pour partie cela) ; les secondes parce que — même en l'absence d'investissements dans les fonctions d'utilité collective (politique familiale, protection de l'environnement...) — elles augmentent rapidement. Tel est le cas, par exemple, des dépenses de santé (d'autant plus importantes d'ailleurs que les personnes sont privées d'emploi).

Ces dépenses de santé (elles-mêmes, reconnaissons-le, génératrices d'emplois) augmentent très rapidement, entre autres à cause du vieillissement démographique et surtout du recul de l'âge au décès. Faut-il le repousser encore et toujours, au prix de prélèvements qui, provenant de cotisations sociales, pénalisent l'emploi et, provenant de l'impôt, risquent d'encourager toutes les formes d'évasion fiscale ? Avant cependant de parler de rationnement des soins en fonction de l'âge, sans doute y a-t-il d'autres mesures qu'il conviendrait d'adopter à commencer par celles de nature à stimuler la création d'entreprises et d'emplois. A moins qu'en définitive, on estime que le travail à temps plein à durée indéterminée et pour tous n'est plus que le vestige d'une époque révolue, qu'il est condamné à disparaître au profit d'autres formes plus précieuses de travail à temps choisi.

Encore faudrait-il en débattre et s'entendre sur une politique de

développement, ne point se contenter d'une gestion au jour le jour consistant tout à la fois à essayer de maîtriser les dépenses sociales et à accroître les ressources en augmentant le prélèvement ou en changeant son assiette. Ces mesures, utiles assurément, ne sont pas à la hauteur des enjeux. Nos gouvernants cependant semblent étrangement s'en contenter. Attendraient-ils par hasard que la « crise » se résolve comme par enchantement, qu'un nouveau cycle de « trente glorieuses » s'instaure avec en prime le plein emploi ?

Ils pourraient ainsi attendre longtemps si tous les « exclus » étaient socialement intégrés dans des fonctions fussent-elles d'utilité publique, bénéficiaient en échange d'un revenu suffisant et d'une reconnaissance sociale. Si en outre les « inclus » ne se sentaient pas eux-mêmes de plus en plus vulnérables. Si les employeurs étaient plus entreprenants et moins obsédés par le seul contrôle de gestion.

Par contre, aucune de ces conditions n'étant réunie, la société se disloque, les tensions s'exacerbent, les foyers de révolte se multiplient. Comme nous tous, les décideurs publics vieillissent. Souffriraient-ils donc de myopie au point de ne pas voir — il ne s'agit même plus d'anticiper — que la société, particulièrement en France, se désagrège ?

Hugues de Jouvenel

La justice sociale dans les systèmes de santé européens

Claude Schneider-Bunner ¹

La croissance des dépenses publiques de santé — bien que leur volume rapporté au PIB soit inégal suivant les pays — constitue une préoccupation majeure dans tous les pays industrialisés, quels que soient les dispositifs d'assurance maladie adoptés. C. Schneider-Bunner brosse ici un panorama de ces dispositifs et des conceptions de la justice qui présidèrent à leur établissement, puis des réformes adoptées pour en réduire les coûts et de leurs effets notamment au plan de l'équité.

Elle distingue d'abord trois théories de la justice : libérale (l'allocation optimale est celle qui résulte des seules lois du marché), égalitariste (à besoin égal, le système public doit assurer un accès égal aux soins) et inégalitaire (les inégalités doivent être corrigées par une répartition différentielle des prestations).

Puis elle nous livre un panorama des systèmes publics de santé européens, classés en trois catégories selon la philosophie qui les sous-tend : les systèmes bismarkiens d'assurance, financés essentiellement par cotisations, les systèmes beveridgiens de solidarité nationale, financés principalement par l'impôt et les systèmes mixtes que l'on trouve, par exemple, en Espagne, en Grèce, en Italie et au Portugal.

Enfin, l'auteur montre que tous les pays, quels que soient les dispositifs en place, ont été amenés à adopter des mesures visant à limiter la croissance des dépenses, notamment par l'instauration de tickets modérateurs, l'établissement d'enveloppes globales ou la mise en concurrence des producteurs de soins ou des assureurs. Mesures dont C. Schneider-Bunner ne discute pas le bien-fondé mais dont elle montre les conséquences inéluctables sur l'équité.

H.J.

1. LATEC (Laboratoire d'Analyse et de Techniques Economiques), Faculté de Science Economique et de Gestion, Université de Bourgogne.

L'étude des systèmes de santé européens met en évidence leur grande diversité tant dans le mode de financement que dans l'organisation de la production des soins. Mais force est de leur reconnaître des points communs, dont en particulier la préoccupation de maîtrise des dépenses de santé dans un contexte économique défavorable.

Augmentation des dépenses de santé en France

Après avoir à peu près respecté les règles de la politique conventionnelle en 1994, l'effort des Français pour maîtriser les dépenses de santé se relâche sérieusement. Selon les statistiques mensuelles publiées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM), les dépenses de santé n'ont cessé de s'accroître ces derniers mois : + 0,4 % en mars, + 0,5 % en avril, + 0,7 % en mai et + 1,2 % en juin (soit + 6 % sur les douze derniers mois).

Le poste hospitalisation augmente modérément (4,8 % au rythme annuel). Par contre, celui des honoraires privés et des prescriptions a explosé : + 8 % et + 8,3 % sur les douze derniers mois.

D'ailleurs, les experts de la Commission des Comptes de la Sécurité sociale ont lancé un véritable cri d'alarme dans le rapport sur les comptes des régimes sociaux publiés fin juillet. Selon les prévisions, le déficit de la branche assurance

maladie s'élèverait à 35,4 milliards de francs en 1995 et pourrait grimper jusqu'à 38,4 milliards en 1996.

La Commission appelle les médecins à un « comportement plus responsable » permettant d'éviter « l'adoption de dispositifs comptables brutaux ». Le candidat Jacques Chirac, qui déclarait qu'il serait stupide d'inciter les Français à limiter leur consommation médicale et que la reprise de l'emploi comblerait les déficits, risque fort de devoir revoir sa copie...

D'ailleurs, comme l'ont annoncé les deux ministres en charge du dossier, Colette Codaccioni et Elisabeth Hubert, des mesures sur l'indispensable maîtrise des dépenses devraient être adoptées à l'automne, sans que les taux de remboursement pour les assurés, affirme le gouvernement, soient diminués...

futuribles

Source : La Tribune Desfossés, 31 juillet 1995.

Si toutes les réformes sont guidées par la recherche de l'efficacité, elles ne sont pas forcément neutres du point de vue de l'équité. Se pose alors la question de la justice sociale : ces réformes remettent-elles en cause les fondements de la Sécurité sociale ou ne sont-elles qu'une simple adaptation aux contraintes économiques ? La persistance d'inégalités de morbidité et de mortalité ainsi que l'exclusion de l'accès aux soins des plus démunis sont des phénomènes actuels qui donnent corps à cette préoccupation d'équité et en précisent l'enjeu.

Aussi chercherons-nous ici à apprécier l'évolution des systèmes de santé, du point de vue de l'équité, à travers l'analyse des modes de régulation. Mais, au préalable, nous déterminerons les conceptions de la justice applicables à la santé, puis nous examinerons la diversité des systèmes européens qui servent de cadre aux réformes.

Les théories de la justice sociale appliquées à la protection sociale de la santé

Les théories de la justice sociale forment un ensemble complexe : à la diversité des modes de justification des principes de justice s'ajoute celle du contenu même des principes avec des différences radicales entre les principaux courants et des variations plus subtiles à l'intérieur d'un même courant. Par souci de clarté — mais au risque de schématiser quelque peu — nous en resterons au niveau général et distinguerons trois pôles selon les relations qu'ils entretiennent avec des concepts proches ou rivaux de la justice : l'égalité, la liberté et l'efficacité. Chacune des conceptions — libérale, égalitariste, inégalitaire en faveur des défavorisés — sera appliquée de façon critique aux systèmes de santé.

La conception libérale

Définir une conception de la justice nécessite de répondre à la question suivante : comment doivent être répartis les fruits des activités humaines ? La réponse libérale repose sur la notion de *marché*. En effet, pour les libéraux ², le marché est le seul mode de coordination des activités individuelles qui respecte les deux valeurs fondamentales du libéralisme : la liberté individuelle et la propriété privée. La distribution des richesses et des revenus issue de l'ensemble des échanges volontaires entre les individus est la meilleure des distributions possibles : elle est efficace et juste. La justice réside donc dans les échanges, et non dans une quelconque redistribution des revenus ou des dotations initiales qui violerait les principes de non contrainte et de propriété privée.

La conception libérale de la justice sociale est donc construite autour des notions de *liberté* individuelle et d'*efficacité* des mécanismes de marché. Le concept d'*égalité* est par contre indépendant : les inégalités ne sont pas injustes du moment que le couple liberté/propriété a été respecté.

Appliquée à la santé, cette conception est caractérisée par deux règles :

1) La santé est une dotation initiale. Aussi, la répartition de cette dotation ne peut pas être remise en cause : les inégalités de santé ne sont pas injustes, elles existent simplement. A chacun de s'arranger avec son « capital

2. Sont regroupés sous cette appellation les auteurs de thèses néo-libérales comme F.A. Hayek et R. Nozick, l'auteur de la théorie du contrat social libéral S.-C. Kolm et les économistes de la théorie du bien-être.

santé » : selon ses préférences, on le préservera, l'augmentera ou le laissera se dégrader. Cependant, si l'individualisme est la règle, des comportements altruistes sont possibles pour corriger les effets de l'exercice de la justice du marché. Ceux qui le souhaitent peuvent aider les personnes très défavorisées eu égard à la dotation initiale de santé, par charité ou par devoir moral. Mais, sauf dans le cas — peu probable — d'un accord unanime de tous les individus, les actions pour augmenter la dotation en santé de ces défavorisés ne peuvent faire l'objet d'une politique publique au sens strict (excepté les mesures liées aux problèmes de contagion).

2) *L'accès aux soins doit se faire selon les lois du marché*, et en l'occurrence selon les préférences individuelles, l'attitude face au risque et les possibilités financières. Devant un phénomène comportant d'aussi lourdes incertitudes que la santé, un système d'assurances privées est plus efficace que le paiement au coup par coup, notamment à cause de la forte concentration des dépenses. Ce système est privé car chacun doit rester *libre* d'utiliser ses ressources selon sa volonté. Ainsi, si un individu attache peu d'importance à sa santé, s'il aime le risque, il est libre de ne pas s'assurer ou de choisir des contrats d'assurance peu coûteux, et de consacrer ses ressources à d'autres fins dont l'utilité est, pour lui, supérieure. Par contre, un individu très sensible à son état de santé et redoutant le risque se couvrira au maximum, au détriment de postes de consommation auxquels il attache moins d'importance.

Deux types de critiques peuvent être adressées à cette conception. Une critique externe d'une part : la conception libérale de la justice légitime des inégalités si grandes qu'elle peut heurter notre sens de la justice. On peut raisonnablement exiger d'une théorie de la justice qu'elle règle par exemple la situation d'une personne nécessitant des soins si coûteux et intensifs qu'elle ne peut en supporter le coût et qu'aucune assurance privée n'accepte de couvrir son risque. Dans l'optique libérale, rien ne peut contraindre la collectivité à lui fournir des soins. Certes, la charité privée peut intervenir. Mais peut-on accepter que de tels cas reposent uniquement sur l'hypothétique altruisme des individus ? Et de quelle garantie dispose-t-on que la charité privée suffira pour soigner tous les grands malades³ ?

La critique interne, d'autre part, montre que la justice de marché ne respecte pas forcément la liberté. En effet, l'analyse des imperfections d'un marché d'assurances privées facultatives, et en particulier de l'effet de sélection adverse et ses conséquences, indique que la partie de la population la moins solvable et/ou la plus sensible au risque sera exclue de la couverture par le

3. Notamment à cause du phénomène de passager clandestin : même si tout le monde est d'accord sur le principe de participer collectivement à la charité, chacun peut individuellement se soustraire au don.

coût élevé de la prime d'assurance. Et, en fin de compte, on peut craindre sérieusement que le libre choix de chacun soit factice et que le degré de couverture et l'accès aux soins soient principalement déterminés par les capacités financières. Ainsi, la liberté — valeur clé du libéralisme — peut n'être que formelle à cause des mécanismes de marché.

La conception égalitariste

Il ne reste guère d'auteur pour défendre une position égalitariste « pure », selon laquelle tout doit être distribué également entre tous. L'objection principale — et décisive — est l'absence d'incitations. En effet, dans une telle situation égalitaire, personne ne serait incité à travailler mieux, à innover, à prendre des responsabilités ou des risques. Pour une conception égalitariste moins stricte, le critère de justice pour une situation donnée sera le respect de l'égalité dans la distribution d'une caractéristique préalablement définie, et non plus de l'ensemble des biens et dotations.

Le courant néo-égalitariste recommande, par exemple, que les dotations initiales soient partagées également avant le début des échanges, afin que chacun se retrouve sur un pied d'égalité et que seuls les goûts et préférences influencent la distribution des richesses. Pour une conception de la justice dans l'esprit de la Déclaration des Droits de l'Homme de 1948, esprit qui a prédominé, avec la théorie de l'Etat tutélaire, à la construction des Etats-providence, ce qu'il faut répartir également entre tous les citoyens ce sont les droits fondamentaux. Il s'agit des droits politiques, mais aussi des droits économiques, sociaux et culturels. Les principes d'égalité liberté et d'égalité des chances de J. Rawls relèvent du même esprit.

Ainsi, contrairement au pôle libéral qui construit sa norme de justice autour des concepts de liberté et d'efficacité, le pôle égalitariste construit la sienne en alliant à la *liberté* l'*égalité* qui est indispensable pour garantir une liberté réelle et non pas uniquement formelle. L'*efficacité* ici n'est pas prioritaire.

Pour la santé et sa protection, cette conception égalitariste est la plus courante. ***La santé est considérée comme un droit fondamental***, indispensable à la vie et à la dignité de l'homme. Bien que la question de l'égalisation des états de santé soit rarement discutée (car la distribution de la santé ne peut faire l'objet d'une politique directe, contrairement à la distribution des soins par exemple), l'idée selon laquelle tout le monde doit pouvoir bénéficier d'une bonne santé est très répandue. C'est notamment cette vision égalitariste de la santé qui légitime l'intervention de l'Etat-providence. Une distribution égale de la santé est plutôt un objectif à long terme dont on doit se rapprocher le plus possible.

A défaut de pouvoir assurer directement l'égalité dans le résultat (la santé), le système de soins se doit d'assurer l'égalité dans les moyens (les soins médicaux). Mais si la notion d'égalité d'accès ne fait référence qu'à l'offre de soins (l'équité au sens d'égalité d'accès ne se soucie que de la possibilité offerte, non de l'exercice de cette possibilité), on sous-entend généralement que le système de soins doit permettre plutôt une « égalité de traitement à besoin égal ». Cette notion est plus exigeante et plus complète car elle fait appel à la fois à l'offre *et* à la demande de soins (il ne suffit pas que l'accès soit égal : l'utilisation doit l'être aussi). La conception égalitariste de l'accès aux soins sous sa forme élargie se présente de la façon suivante : **à besoin égal, traitement égal, sans considération des capacités financières.**

La critique principale que l'on peut adresser à la conception égalitariste est qu'elle reste trop vague, notamment dans un contexte caractérisé par un progrès médical considérable et des difficultés financières sérieuses. En effet, les connaissances médicales sont telles qu'il est impossible de financer tout ce qu'elles permettraient de réaliser, d'autant plus que le progrès technique dans le domaine de la santé n'implique pas une baisse des coûts : il n'apporte ni économie d'échelle, ni substitution de capital au travail (au contraire, il nécessite souvent du personnel plus nombreux et/ou plus qualifié) et les générations de capital ne se remplacent pas mais coexistent (radiographie et scanner, par exemple).

Les considérations économiques rajoutent une dimension au débat éthique sur les applications du progrès médical, débat devant lequel la conception égalitariste se trouve désemparée car elle est dans l'impossibilité d'établir des priorités dans l'allocation des ressources.

La conception inégalitaire en faveur des défavorisés

La troisième conception, adaptée du principe de différence de J. Rawls, s'éloigne des deux positions précédentes, certainement davantage de la conception libérale que de la conception égalitariste.

Partant du fait que « personne ne mérite ses capacités naturelles supérieures ou un point de départ plus favorable dans la société »⁴, le principe de différence indique que les inégalités doivent être à l'avantage des membres les plus défavorisés de la société. Plus précisément, à partir d'une situation où tous ont les mêmes libertés et les mêmes chances, tout doit être fait pour que les moins avantagés soient dans la meilleure situation possible.

4. Rawls, J. — *Théorie de la justice*. — Paris : Ed. du Seuil, 1987, 667 p., trad. de *A Theory of Justice*, 1971.

Ainsi, tout en acceptant certaines inégalités — celles qui favorisent les plus défavorisés — ce principe prend en compte des revendications *égalitaires* qu'il tente de réconcilier avec la liberté et l'efficacité. En effet, en amont c'est la *liberté* qui est valorisée à travers la priorité donnée au premier principe de la théorie, le principe d'égalité ; et en aval, c'est l'*efficacité* qui intervient dans l'application du principe de différence, puisque les perspectives à long terme sont primordiales (la volonté d'améliorer la situation des plus défavorisés ne doit pas hypothéquer l'avenir en empêchant les investissements en capital — productif, éducatif, etc. —).

L'application du principe de différence aux systèmes de santé reste une interprétation puisque Rawls ne traite pas de ce sujet. Cette application est pourtant légitime car le principe entend s'attaquer aux inégalités d'ordre individuel et d'ordre social, et les inégalités de santé relèvent précisément d'inégalités biologiques et sociales.

Pour appliquer le principe de différence, il faut déterminer qui sont les plus désavantagés : ce sont les individus qui disposent, selon la terminologie de Rawls, d'une faible quantité de *biens sociaux premiers* (les revenus notamment) et de peu de *biens premiers naturels* (dont la santé). On considérera que les personnes à la santé la plus menacée et les plus pauvres sont, dans le contexte d'application présent, les plus désavantagées.

La conception inégalitaire en faveur des défavorisés préconise donc que le système de santé soit organisé à l'avantage des grands malades et des plus pauvres. C'est en quelque sorte une **inégalité d'accès aux soins au profit des plus désavantagés** qui est recommandée.

Malgré l'intérêt qu'elle suscite, cette conception est délicate car elle nécessite un solide consensus pour pouvoir être appliquée. En effet, étant donné la forte concentration des dépenses de santé, et vu que les axes de priorité sont tournés vers des personnes non solvables (par absence de ressources pour les plus pauvres, par excès de besoins pour les grands malades), il est clair que la redistribution est importante et que ceux qui participent le plus au financement peuvent avoir l'impression de « payer pour les autres ».

Par ailleurs, il est difficile de déterminer si ces priorités en faveur des défavorisés sont le fruit d'une volonté d'instaurer de nouvelles solidarités, dans l'esprit d'un contrat social comme le propose Rawls, ou bien s'il ne s'agit que d'un retour à une logique assistantielle censée traiter l'exclusion sociale à court terme et éviter le développement de la précarité tout en acceptant — voire en légitimant — un système générateur d'importantes inégalités.

Les trois conceptions que nous venons d'exposer sont résumées dans le tableau 1. Elles constituent la grille d'analyse que nous utiliserons pour étudier les conceptions en vigueur dans les systèmes européens de protection sociale de la santé.

Tableau 1. — **Les conceptions de la justice pour la santé et l'accès aux soins**

	Libéralisme	Egalitarisme	Principe de différence
Santé	Santé comme dotation initiale <i>Pas d'intervention publique</i>	Santé comme bien fondamental <i>Objectif d'égalité d'état de santé</i>	Organisation de l'accès aux soins en faveur des défavorisés
Accès aux soins	Accès selon les lois du marché <i>Païement selon la consommation</i>	Egalité d'accès <i>Contribution selon les ressources et utilisation selon les besoins</i>	<i>Les plus pauvres et les plus malades</i>

Des systèmes de santé européens hétérogènes

Un système de santé est la réunion de trois ensembles d'acteurs : les individus qui, en tant que contribuables, financent le système, et qui, en tant que patients, reçoivent des soins selon leur état de santé ; les professionnels de santé qui produisent des soins ; et enfin, les différents organismes et institutions qui font office d'intermédiaires entre l'offre et la demande, que ce soit pour le paiement ou le remboursement des soins ou pour l'organisation de l'offre. Autant dire que c'est un système complexe en constante évolution, de par la multitude d'acteurs qu'il rassemble et de par son étroite imbrication dans la vie sociale et la vie économique. Aussi ne peut-on être étonné de la diversité des systèmes de santé européens, chacun d'entre eux étant le résultat du développement de politiques sociales propres, dont les étapes ont été réalisées dans un contexte historique, socio-politique et économique particulier.

Pour étudier cette complexité, on distingue habituellement deux types de modèles : celui de Bismarck et celui de Beveridge. Nous classerons les systèmes européens en trois catégories : ceux d'influence bismarckienne, ceux suivant la logique beveridgienne et les systèmes mixtes, et nous verrons pour chacun la logique du modèle, les applications nationales et les traits caractéristiques liés à l'équité (population couverte, rôle de l'Etat et place respective des secteurs privé et public).

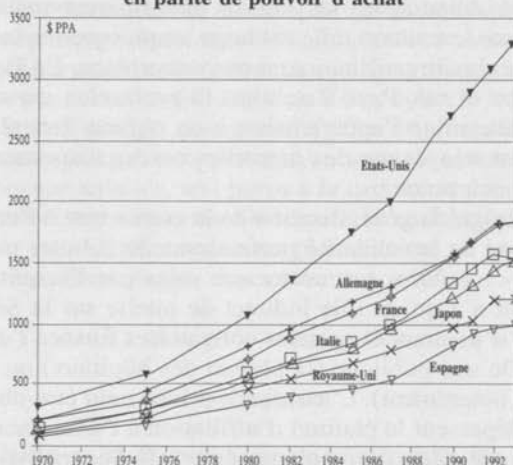
Les systèmes bismarckiens

Lorsqu'en 1883 Bismarck obtient le vote de la première loi sur l'assurance maladie, les grands principes encore en vigueur aujourd'hui sont déjà énoncés : assurance obligatoire, financement et gestion par les assurés et les

Les dépenses de santé dans les pays de l'OCDE

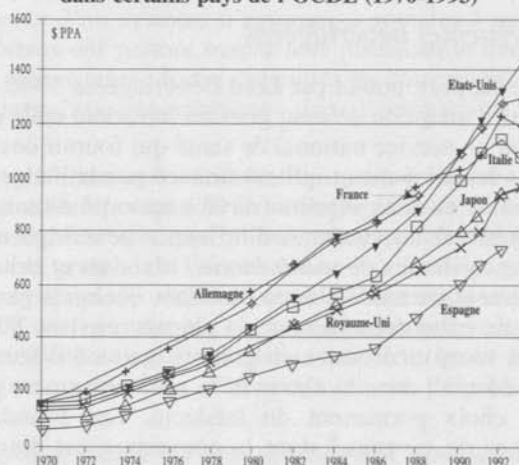
Les dépenses de santé ont considérablement augmenté dans tous les pays industrialisés depuis vingt ans, beaucoup plus aux Etats-Unis que dans les pays européens. Certains d'entre eux ayant, au début des années 90, réussi à endiguer la croissance rapide de la décennie 80.

Evolution des dépenses de santé par personne dans certains pays de l'OCDE (1979-1993)
en parité de pouvoir d'achat



Evolution de la part du financement public de la dépense de santé par personne dans certains pays de l'OCDE (1970-1993)

La part du financement public dans le financement total des dépenses de santé, qui variait en 1993 de 43,4 % aux Etats-Unis (contre 35,9 % en 1970) à 88,3 % en Norvège (contre 82,9 % en 1970) se situe entre 70 et 80 % dans les pays de la Communauté à douze. Comme le montre le graphique ci-contre, cette part s'est sensiblement réduite dans quelques pays depuis le début des années 1990.



Source : ECO-SANTE OCDE, CREDES/OCDE.

ECO-SANTE OCDE a été conçu conjointement par le CREDES et l'OCDE pour aider à l'étude macro-économique de l'évolution des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE en relation avec le contexte démographique, sanitaire, économique et social.

futuribles

employeurs, droits acquis par le travail (les cotisations sont liées aux revenus professionnels). C'est une logique de solidarité professionnelle qui est appliquée, même si le cadre dans lequel elle s'organise n'est pas obligatoirement celui d'une catégorie socio-professionnelle.

En Allemagne, les caisses d'assurance maladie sont très nombreuses. Comme leur autonomie est large, et puisque les individus peuvent choisir leur caisse, ces organismes sont en concurrence. En Belgique, au Luxembourg, en France et aux Pays-Bas, c'est la profession exercée ou le niveau de revenu qui détermine l'appartenance à un régime. Les régimes de base sont généralement relayés par des mutuelles ou des assurances commerciales, elles aussi en concurrence.

Malgré la généralisation de la couverture à l'ensemble de la population, la logique de la solidarité professionnelle subsiste toujours à travers l'idée qu'il faut « mériter » son accès aux soins par l'acquiescement d'un droit d'entrée. L'Etat n'a qu'un rôle indirect de tutelle sur la Sécurité sociale, mais le système d'assurances sociales obligatoires finance l'ensemble de l'offre de soins, qu'elle soit publique (la plupart des hôpitaux) ou libérale (médecine ambulatoire notamment). L'assurance privée peut être obligatoire pour les personnes qui dépassent le plafond d'affiliation à l'assurance « traditionnelle », et généralement elle est complémentaire à la Sécurité sociale et couvre tout ou partie des dépenses restant à la charge des ménages.

Les systèmes beveridgés

Le rapport, publié par Lord Beveridge en 1946 au Royaume-Uni, a débouché sur l'adoption de cinq grandes lois, dont celle sur le système de santé instaurant un service national de santé qui fournit des services médicaux gratuits à tous les citoyens et qui est financé par le budget de l'Etat, c'est-à-dire par l'impôt. Ces deux aspects (service national de santé et financement fiscalisé) caractérisent les systèmes d'influence beveridgienne.

Les systèmes de santé danois, irlandais et britannique reproduisent assez fidèlement ce modèle avec toutefois quelques particularités. Les Danois ont le choix entre deux classes : la plupart (environ 80 %) a opté pour la classe 1 où les soins médicaux sont gratuits mais où il faut s'inscrire pour un an chez un médecin ; dans la classe 2, le remboursement partiel est compensé par le libre choix permanent du médecin. Les Irlandais sont répartis en deux groupes de revenus⁵ dont la couverture est d'autant plus complète que le

5. Jusqu'en 1991, il y avait trois catégories. La catégorie I (37 % de la population) bénéficiait de la gratuité totale, contrairement aux catégories II (48 %) et III (15 %). Ce sont ces deux dernières catégories qui ont fusionné.

revenu est faible. Le National Health Service (NHS) britannique est, quant à lui, en profonde mutation depuis la mise en place de la dernière réforme dont nous reparlerons.

La logique pour la couverture de la population est ici une logique de solidarité nationale : le droit à la couverture est lié simplement à la résidence. Pour l'application de ce concept de solidarité nationale, les systèmes issus des principes de Beveridge accordent un rôle plus important à l'Etat : le plus souvent sous la responsabilité de ses antennes délocalisées, l'Etat collecte les ressources, est responsable de leur allocation et organise l'offre de soins. Celle-ci est en effet principalement publique et appartient au service national de santé, les médecins étant alors soit salariés, soit payés à la capitation. La place du secteur privé est assez restreinte, surtout au Danemark et en Irlande. Les soins privés sont payants car considérés comme supplémentaires au service national de santé et doivent être financés par des assurances privées.

Les systèmes mixtes

L'Espagne, la Grèce, l'Italie et le Portugal ont un système mixte dans lequel le service national de santé est financé par l'Etat et par des caisses socio-professionnelles. Cette situation, intermédiaire entre les deux modèles précédents est le résultat — temporaire, en théorie — des réformes entreprises par ces pays pour passer d'un système d'assurances sociales à un système beveridgéen. Ces réformes ont partout trouvé leur justification dans les insuffisances des systèmes préexistants : fortes inégalités de couverture selon les caisses et importantes inégalités géographiques dans l'équipement sanitaire.

L'état d'avancement des réformes est variable d'un pays à l'autre. Si la part de financement fiscalisé atteint presque 70 % au Portugal, tous les objectifs d'un service national de santé ne sont pas réalisés (en particulier la généralisation de la couverture et la gratuité de l'accès aux soins). En Espagne, la volonté de développer un système de santé décentralisé contraste avec le développement du secteur de soins privés que les autorités, faute de moyens, ne peuvent qu'accepter. Les systèmes grecs et italiens doivent quant à eux faire face à une désorganisation dont les effets négatifs sur l'équité sont considérables.

Tous les systèmes européens, même les plus proches des modèles originaux, ont beaucoup évolué. Aussi est-il impossible d'affirmer au vu de ce classement que tel système est plus équitable que tel autre. On peut simplement noter que dans les discours politiques, la conception dont se réclament les systèmes européens est sans conteste une conception égalitariste.

Les conceptions de la justice sous-jacentes aux modes de régulation

Parallèlement à cette volonté égalitariste, le décalage entre la croissance de la richesse nationale et celle des dépenses de santé a conduit tous les pays à prendre des mesures pour maîtriser ces dernières. Force est de reconnaître que la priorité est donnée aux contraintes financières et que des entorses aux principes égalitaristes annoncés ont eu lieu. Qu'en est-il exactement ? Nous le verrons pour trois des principales mesures : les tickets modérateurs, les enveloppes globales et la mise en concurrence.

Les tickets modérateurs

La pratique des tickets modérateurs (ou participation financière des malades) s'est largement répandue en Europe, surtout depuis 1980 (voir l'encadré). L'idée générale de cet instrument de « modulation » des dépenses de santé est de responsabiliser les demandeurs de soins en leur faisant supporter directement une partie du coût de la santé. Ils seraient alors incités à limiter leur demande à ce qui est strictement nécessaire, et donc dissuadés d'abuser du système collectif.

En introduisant un lien direct entre la consommation de soins et le paiement, ces mesures relèvent d'une approche libérale : elles rétablissent en partie des mécanismes de marché (le ticket modérateur joue le rôle de prix-signal) et considèrent que les malades sont avant tout des consommateurs qui doivent prendre conscience des coûts pour modifier leur comportement (éviter de prendre des risques et de sur-consommer des soins).

Mais le ticket modérateur est, à cause de son effet dissuasif, une arme à double tranchant : si son but est d'éviter des consommations de soins inutiles, il peut aussi inciter des patients à ne pas se soigner alors que leur état le nécessite. Les effets de l'application uniforme de cette mesure de régulation sont à la fois concentrés sur les grands consommateurs de soins (les personnes les plus malades), et différenciés selon le revenu (le ticket modérateur accentue la sous-consommation des plus pauvres et est indolore pour ceux qui peuvent payer une assurance complémentaire).

L'Enquête Santé et Protection Sociale, menée en France entre 1988 et 1991, donne une mesure de ce phénomène ⁶. A la question « vous est-il déjà

6. Mizrahi, An. ; Mizrahi, Ar. — *Opinions sur l'avenir de l'assurance maladie et accès aux soins*. — Paris : CREDES, 1993, 115 p.

Les tickets modérateurs : modalités et aménagements

Les **modalités** d'application des tickets modérateurs sont variables selon le type de soins et l'organisation du système.

Hospitalisation et soins ambulatoires

Dans les pays à service national de santé (SNS), les soins hospitaliers sont généralement gratuits dans le secteur public (un ticket modérateur hospitalier avait été introduit en 1982 au Portugal, puis supprimé sur le motif que les malades ne sont pas responsables de leur hospitalisation). Une faible participation est quelquefois demandée pour les soins ambulatoires. Par contre, les soins privés sont entièrement à la charge des patients ou de leur éventuelle assurance privée.

Dans les systèmes bismarckiens, les tickets modérateurs hospitaliers sont forfaitaires et représentent les frais d'hébergement, plus quelquefois un forfait pour certains médicaments (Belgique). Pour les soins ambulatoires, les tickets modérateurs sont plutôt proportionnels et varient de 25 à 40 % selon le type de soins (consultations, soins infirmiers,...).

Produits pharmaceutiques

Tous les pays disposent de tickets modérateurs pour les médicaments. Partout, certains médicaments, inscrits sur des listes négatives, ne sont pas remboursables. Pour

les autres, le ticket modérateur peut être : — une franchise par ordonnance (Italie, Portugal) ou une franchise annuelle (Danemark); au Royaume-Uni, le patient peut choisir entre une somme fixe par ordonnance ou un « abonnement » pour l'année ; — un ticket modérateur proportionnel appliqué uniformément à tous les médicaments remboursables (40 % en Espagne, 15 % en Allemagne) ou de façon différenciée (de 25 à 60 %) selon le caractère « indispensable » du médicament (France, Belgique).

En général, divers **aménagements** accompagnent ces mesures.

Les montants des tickets modérateurs sont réduits pour certains patients dans la plupart des pays, selon des critères socio-économiques ou des critères de pathologie. Par exemple, les retraités espagnols sont exonérés, les Irlandais de la catégorie I (faibles revenus) bénéficient d'une totale gratuité, les Belges bénéficiaires de réductions sont les « VIPO » (veuves, invalides, titulaires d'une pension de vieillesse, orphelins, dont le revenu est inférieur à un plafond). Indépendamment de critères sociaux ou de pathologie, les femmes enceintes (Italie) ou les enfants et les personnes âgées (Royaume-Uni) peuvent être exonérés. Le modérateur peut aussi être plafonné (Allemagne).

arrivé de renoncer à des soins parce que le remboursement en était trop limité ? », 21,7 % des personnes interrogées ont répondu « oui », ce qui est d'autant plus important que les personnes les plus défavorisées sont sous-représentées dans ce type d'enquêtes. Le revenu influence significativement le taux de renoncement : il est supérieur à 25 % pour les ménages dont le revenu est inférieur à 6 500 francs, alors qu'il est inférieur de moitié (12,5 %) pour ceux de la catégorie 20 000-30 000 francs. De plus, le taux de renoncement est au-dessus de la moyenne pour les personnes des catégories à degré de morbidité les plus élevés. Ces résultats confirment donc que les effets des tickets modérateurs sont à l'opposé d'une conception égalitariste : le traitement n'est pas égal pour un même besoin et le revenu est discriminant.

Ces risques étant bien connus, les politiques de tickets modérateurs font la plupart du temps l'objet d'aménagements. Ainsi, en Allemagne par

exemple, la réforme Blüm, entrée en vigueur en 1989, a généralisé la pratique du ticket modérateur, tout en exonérant de toute participation financière les personnes économiquement faibles et en instaurant pour toute personne une « clause de limitation des charges » à 2 ou 4 % du revenu en fonction de la taille de la famille⁷. La morbidité justifie, elle aussi, des exonérations du ticket modérateur, comme en France où une maladie longue ou coûteuse ainsi qu'un acte chirurgical lourd justifient une prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

Les bénéficiaires de ces exonérations étant les plus pauvres et les plus malades (les plus défavorisés au sens où nous les avons définis), on peut considérer que les politiques de tickets modérateurs assorties de l'ensemble de ces aménagements instaurent une inégalité en faveur des défavorisés.

Les enveloppes globales

Les politiques d'enveloppes globales, elles aussi largement utilisées en Europe, concernent en priorité l'offre de soins et reposent sur l'hypothèse d'induction médicale selon laquelle les professions médicales et les gestionnaires d'hôpitaux disposent d'informations et de connaissances leur permettant de jouer un rôle moteur sur la fréquence des actes qu'ils réalisent et

Les enveloppes globales

Le financement par enveloppe globale est devenu le mode de financement prépondérant pour tous les hôpitaux publics européens (en Belgique, ce financement est aussi appliqué aux hôpitaux privés). Adopté « naturellement » dans les pays à service national de santé (SNS) où l'Etat et ses représentants décentralisés ont un pouvoir de contrôle direct sur les producteurs de soins, le financement par enveloppes globales a aussi été mis en place dans les pays à assurance sociale afin d'éviter les dérapages du paiement au prix de journée. Pour les soins ambulatoires, on peut considérer que le paiement à la capitation¹ des généralistes des systèmes à SNS est un

mode de financement analogue aux enveloppes globales. Par contre, lorsque la tradition d'exercice de la médecine libérale est forte (France, Belgique), les enveloppes globales sont plutôt considérées comme une atteinte à la liberté du médecin. En Allemagne au contraire, le paiement des médecins combine de façon originale paiement à l'acte et budget global : le tarif des actes est déterminé a posteriori, à partir du nombre d'actes réalisés et du budget négocié a priori, au niveau régional, entre les associations de caisse et celles de médecins, puis l'enveloppe est répartie entre les médecins selon ce tarif et au prorata de leur activité.

1. « Par tête », ou rémunération forfaitaire pour chaque patient inscrit sur la liste du médecin.

7. Befort, A.-F. — *Le système de soins et la maîtrise des dépenses de santé en R.F.A.* — Paris : Institut La Boétie, 1990, 96 p.

d'augmenter ainsi leur revenu ou le budget de leur hôpital. La méthode des limites budgétaires fixées a priori a pour but d'éviter ces comportements où l'offre influence la demande et s'octroie une rente de surproduction.

En évitant les abus, ces mesures permettraient de sauvegarder les principes égalitaristes. Mais, de par son manque de souplesse, ce type de régulation s'accompagne le plus souvent de restrictions, dont les listes d'attente sont l'expression la plus courante. Cette dégradation de la qualité et de la quantité des services publics favorise le développement des soins marchands auxquels on accède selon les lois du marché.

Ce problème se pose surtout dans les pays à service national de santé (SNS) et plus encore dans les pays d'Europe du sud à système mixte. En effet, la logique du SNS veut que ce dernier propose tous les soins nécessaires aux patients. Le secteur privé est donc supplémentaire au secteur public (et non complémentaire comme en France, par exemple), c'est-à-dire que le recours au privé est motivé par le souhait d'obtenir des soins qui ne sont pas offerts par le secteur public, ou qui sont de meilleure qualité (qualité de l'hébergement, temps d'attente réduit, ...). Conformément à la logique du SNS, ces soins privés sont payés intégralement par le patient ou par l'assurance privée supplémentaire qu'il a éventuellement contractée.

Le rationnement du secteur public — lorsque les enveloppes attribuées sont trop faibles — se traduit par de longues listes d'attente, voire par l'inexistence de certaines prestations (en 1990, les listes d'attente pour la chirurgie non vitale comptaient plus de 900 000 personnes en Angleterre, et les délais pour consulter certains spécialistes hospitaliers étaient très longs⁸ ; en Espagne, le SNS ne fournit pas de soins dentaires⁹). Il y a donc deux réseaux de soins parallèles : un réseau public, et accessible à tous mais souvent défaillant, et un réseau marchand qui pallie les carences du secteur public mais qui n'est accessible qu'à la partie de la population la mieux lotie.

La mesure de ce phénomène est difficile. On peut pourtant en donner une illustration pour le Portugal, grâce à une étude sur les effets des incitations fiscales visant « à dévier une partie significative des patients du SNS vers le secteur privé »¹⁰. Les quatre premiers groupes aux revenus les plus faibles (sur les vingt classes distinguées) possèdent 15 % des revenus et représentent

8. OCDE. — « La réforme des systèmes de santé, analyse comparée de sept pays de l'OCDE ». — Etudes et politiques de santé n° 2, 1992, Paris.

9. Bourgois, P. ; Lebrun, T. ; Saily, J.-C. — « Le système de santé et l'assurance maladie en Espagne : problèmes actuels et perspectives d'avenir ». — *Solidarité Santé*, n° 2, 1991, pp 57-64.

10. Gouveia Pinto, C. ; Gomes Santos, J.-C. — « Incitations fiscales et équité dans le financement de la santé au Portugal », pp 55-64, in « De l'analyse économique aux politiques de santé », Actes du Colloque Européen, atelier 3 « La dimension sociale », Paris, CREDES - CES, 1992. Les dépenses privées de soins ou d'assurance sont déductibles du revenu imposable depuis 1989. L'étude montre en l'occurrence que ces incitations atténuent la progressivité de l'impôt sur le revenu et qu'elles sont plus régressives que les dépenses privées elles-mêmes.

6 % des dépenses de soins privés déclarées, alors que les neuf groupes aux revenus les plus élevés possèdent 28 % des revenus et déclarent 30 % des dépenses. Le recours au réseau marchand est nettement plus important pour les plus hauts revenus.

La logique égalitariste souhaitée au départ peut donc se transformer et, la régulation par l'offre sous la forme d'enveloppes globales peut paradoxalement relever, dans la pratique, d'une conception de la justice libérale où la capacité individuelle à payer est déterminante.

La mise en concurrence

Les difficultés rencontrées par les modes de régulation traditionnels pour maîtriser durablement les dépenses de santé ont poussé à la mise en place de mesures plus incitatives que coercitives. Des réformes récentes tentent d'introduire la concurrence dans les systèmes de santé, entre les producteurs de soins et parfois entre les assureurs. On attend de l'introduction de mécanismes de marché qu'elle fournisse des incitations à produire des soins de qualité au moindre coût, sans modifier la logique égalitariste des systèmes.

Les réformes entreprises par les Pays-Bas et le Royaume-Uni, respectivement en 1988 et 1989, illustrent bien cette nouvelle stratégie de recherche d'efficacité. Le modèle de « solidarité nationale et régulation locale » proposé pour la France par le Commissariat général du Plan ¹¹ s'en inspire également.

On peut schématiser ces modèles de quasi-marché de la façon suivante : — *les patients* qui bénéficient des soins sont aussi des contribuables qui, par leurs impôts, apportent les ressources à un fonds central (fonds national ou NHS) ;

— *les acheteurs de soins* (les grands cabinets de médecins et les autorités locales au Royaume-Uni, les assureurs agréés ¹² aux Pays-Bas, les agences régionales dans le projet français) reçoivent, en fonction des caractéristiques de risque de la population qu'ils couvrent, leur budget du fonds central ;

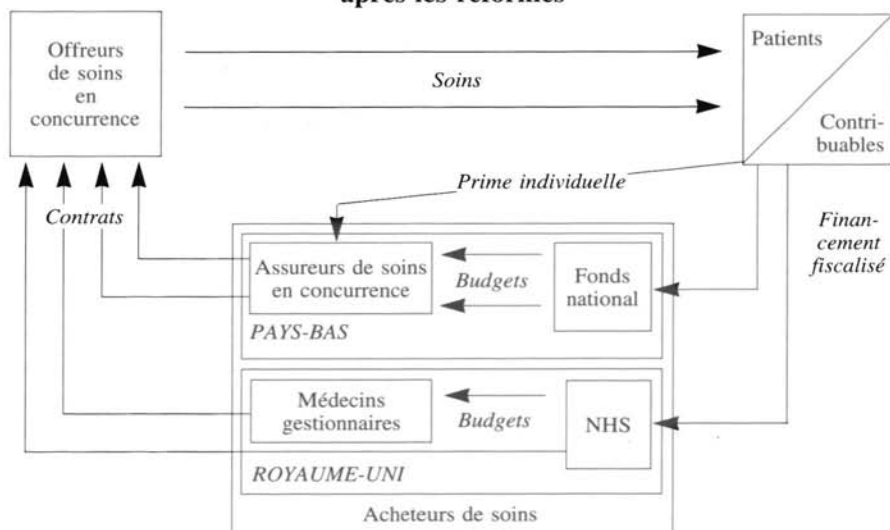
— chaque acheteur passe des contrats avec des *offreurs de soins* pour qu'ils dispensent des soins médicaux aux patients dont il a la charge ; les offreurs sont en concurrence par les tarifs, la gamme et la qualité des soins qu'ils proposent ;

— de plus, *l'Etat* contrôle l'ensemble du dispositif : depuis le financement, jusqu'à la qualité des soins produits, en passant par la détermination des risques couverts par l'assurance de base obligatoire.

11. Commissariat général du Plan. — *Santé 2010*. — La Documentation française, 1993, 151 p.

12. Dans le système néerlandais, la concurrence entre les offreurs (à travers les contrats) est complétée par celle entre les acheteurs, à travers la prime individuelle acquittée par chaque assuré à l'assureur de son choix.

Les systèmes de santé néerlandais et britanniques après les réformes



La volonté affichée de préserver l'accès aux soins selon les besoins et de maintenir un financement socialisé ne suffit pas à garantir la dimension égalitariste de ces réformes dont, par ailleurs, l'efficacité n'est pas assurée¹³. On peut distinguer trois catégories de risques pour l'équité-égalitariste.

En théorie, un premier risque est d'ordre géographique. Les malades étant généralement difficilement transportables, la discrimination spatiale est de deux types. D'une part, les prix — qui sont négociés localement — peuvent être différents selon le lieu, ce qui peut se répercuter sur le patient (financement ou participation aux frais plus élevés, restrictions, etc.) et menacer l'égalité d'accès. D'autre part, sous l'effet de la concurrence, certains médecins et établissements ont intérêt à se spécialiser dans tel ou tel type de soins, et, suite à cette concentration, des difficultés d'accès aux soins peuvent apparaître lorsque certains soins ne sont pas disponibles localement. Mais en pratique, les premières analyses des effets de la réforme britannique montrent

13. Les premières analyses de la réforme britannique montrent que rares sont les districts où le nombre de producteurs est suffisant pour que la concurrence puisse s'instaurer entre eux : seules Londres et quelques grandes métropoles sont dans un cas favorable (Shackley and Healey, *op. cit.*). Par ailleurs, il n'est pas impossible que, sous la pression de la concurrence, certains producteurs de soins aient tendance à sacrifier un peu de qualité des soins pour pouvoir rester dans les fourchettes de prix en vigueur, d'autant que la qualité des soins est un élément difficile à mesurer et à contrôler.

La mise en concurrence

Royaume-Uni : la réforme du NHS

Le Livre blanc « Working for Patients » (1989) présentait des propositions pour améliorer le National Health Service (NHS) qui mécontentait les Britanniques par sa lourdeur administrative et la longueur de ses listes d'attente. Les réformes mises en place à partir de 1989 reposent sur deux principes : maintien d'un financement fiscalisé et mise en concurrence des offreurs de soins hospitaliers (publics et privés).

En effet, achat et prestation des soins sont désormais séparés : les autorités sanitaires locales deviennent des acheteurs de soins, et les hôpitaux ont la possibilité d'obtenir leur autonomie financière (tout en restant dans le cadre du NHS) et ils négocient alors des contrats avec les acheteurs. Les grands cabinets de médecins (au moins 11 000 patients inscrits sur leur liste) ont la possibilité de devenir des gestionnaires de budgets (*fundholders*) : avec le budget perçu du NHS, ils achètent pour les patients de leur liste les soins nécessaires (sauf les soins d'urgence et les soins très spécialisés) auprès des hôpitaux publics autonomes et des prestataires privés.

En mars 1993, 158 hôpitaux avaient opté pour l'autonomie et, suite à l'abaissement en 1993 de la taille minimale requise à 7000 patients, le nombre de *fundholders* prévu pour avril 1993 était d'environ 2600¹.

Pays-Bas : la réforme Dekker-Simons

Le rapport de la commission présidée par M. Dekker (président de Philipps), *La volonté de changer* (1987), a proposé une importante réforme devant aboutir à un nouveau système d'assurance-maladie combinant concurrence entre les assureurs-acheteurs de soins et concurrence entre les prestataires de soins.

Le financement est double : une partie est fiscalisée, et reversée par le Fonds national

à chaque assureur agréé en fonction du risque présenté par ses clients ; l'autre partie est versée par chaque individu à l'assureur de son choix et comprend une part obligatoire forfaitaire pour l'assurance de base obligatoire et une part facultative correspondant à la couverture complémentaire choisie. La part forfaitaire est la même pour tous les assurés du même assureur (quel que soit le risque de l'assuré), mais elle est variable d'un assureur à l'autre.

Le plan Simons, qui mit en œuvre ce projet, modifia les répartitions prévues par le comité Dekker dans le sens d'une plus grande solidarité : l'assurance de base a été étendue aux soins dentaires et aux médicaments, couvrant alors 97 % des services de santé au lieu de 85 %, et la part du financement fiscalisé est passée de 75 à 85 % (la part forfaitaire étant ramenée de 25 à 15 %).

France : un modèle pour 2010

Le modèle proposé par le Commissariat général du Plan² combine des éléments de chacune de ces réformes.

Comme aux Pays-Bas, il prévoit qu'une assurance maladie universelle (dont l'assiette de prélèvement inclurait l'ensemble des revenus) couvre un « panier » de base défini au niveau national et composé de soins de santé reconnus comme nécessaires. Les soins exclus du panier de base relèveraient d'une éventuelle couverture privée.

Comme au Royaume-Uni, seule une concurrence entre offreurs est envisagée. Une instance locale — une Agence régionale pouvant, éventuellement, déléguer la gestion d'une partie de son budget à des agences départementales — jouerait le rôle d'acheteur de soins en passant des contrats pluriannuels avec les producteurs de soins.

1. Shackley, P. and Healey, A. — « Creating a market : an economic analysis of the purchaser-provider model ». — *Health Policy*, n°1-2, 1993, vol. 25, pp 153-168.

2. Commissariat général du Plan. — *Santé 2010*. — Paris : La Documentation française, 1993, 151 p.

plutôt que le facteur géographique est un frein à la concurrence. Ce risque devrait donc rester marginal.

En second lieu, un lien est introduit entre financement et accès aux soins, ce qui relève d'une conception libérale de l'équité qui remet en cause la conception égalitariste apparemment défendue. Au Royaume-Uni, le glissement s'opère à travers une mesure de réduction d'impôts pour les primes d'assurance privée des personnes âgées payées par elles-mêmes ou par des membres de leur famille. Cette mesure ne devrait avoir que des effets limités, mais elle témoigne d'une orientation différente de celle qui prévalait jusque-là. Aux Pays-Bas, la prime complémentaire que chaque assuré verse à l'organisme assureur de son choix dépend de ce dernier et du taux de couverture. Si chacun a la possibilité de décider de sa couverture complémentaire, encore faut-il que ses capacités financières lui permettent de choisir la couverture adéquate. Plus la part socialisée de l'assurance sera faible, plus il sera difficile d'éviter que les personnes à bas revenus ne soient obligées de « choisir » les couvertures les plus restreintes des assureurs travaillant avec des prestataires de soins dont l'éventail des soins et la qualité (en terme de réputation des médecins, de qualité de l'accueil, de l'équipement technique...) est moindre. C'est pour éviter ce risque que le gouvernement néerlandais a augmenté la part de l'assurance de base à 97 % des services de santé, au lieu de 85 % comme le préconisait le comité Dekker.

Enfin, le troisième risque pour l'équité, la sélection des risques, était au centre du débat sur le rapport Dekker aux Pays-Bas et pose toujours problème. Même si la solidarité dans le financement passe par le NHS ou le Fonds national, et malgré les règles imposées aux organismes financeurs néerlandais¹⁴, une réticence à certains profils reste possible si les modalités d'attribution des budgets ne sont pas assez fines. Les gestionnaires de budget et les assureurs agréés sont financièrement incités à préférer les risques pour lesquels le budget perçu est supérieur aux coûts attendus et à éviter les patients nécessitant des traitements coûteux qui ne sont pas correctement pris en charge par le budget. Il est évident, pour des raisons de réputation et de déontologie, que les formes les plus directes de sélection des risques ne seront pas utilisées. Il existe par contre des formes plus subtiles qu'il ne faut pas négliger. Les gestionnaires de budgets pourraient, par exemple, s'abstenir de passer des contrats pour des soins particulièrement coûteux, rétrécissant implicitement la palette des risques qu'ils couvrent.

Le danger de sélection des risques est amplifié aux Pays-Bas pour deux raisons. D'une part parce qu'on peut s'attendre à ce que la barrière éthique

14. Pour pouvoir être habilités à gérer le risque maladie, les organismes assureurs doivent respecter deux règles : il est interdit (1) de refuser d'assurer un individu et (2) de différencier la prime complémentaire selon le risque présenté par l'assuré, parce que le budget versé à l'assureur par le Fonds national tient déjà compte du risque.

des assureurs privés soit une moins bonne garantie que celle des médecins. Et d'autre part parce que les assureurs disposent de davantage de possibilités d'exercer une sélection des risques plus ou moins subtile. Par exemple, ils peuvent attirer les bons risques par le ciblage de leur publicité ou par l'intermédiaire des contrats complémentaires sur des loisirs particuliers (comme les sports d'hiver ou les sports nautiques, ce qui leur fournirait une clientèle jeune et sportive, a priori en bonne santé) ¹⁵.

Ainsi, que ce soit par le biais d'une discrimination spatiale, d'un lien entre le prix et le degré et la qualité de la couverture, ou d'une exclusion des mauvais risques ¹⁶, les politiques de mise en concurrence par les prix risquent, elles aussi, d'entraîner des effets négatifs sur l'équité-égalitariste qui est pourtant officiellement défendue.

Le tableau 2 résume l'analyse des mesures de régulation en terme de justice :

— la logique du ticket modérateur relève d'une conception libérale de l'équité, mais assortie d'aménagements elle correspond au principe de différence ;

— les enveloppes globales veulent défendre une conception égalitariste en théorie, mais, en situation de restrictions budgétaires, elles débouchent sur une conception de type libéral ;

— et s'il y a sélection des risques, discrimination spatiale, ou un lien entre la couverture et le revenu, les mesures d'introduction de concurrence relèvent également d'une logique libérale alors qu'elles se réclament d'une conception égalitariste.

Même s'il existe un écart manifeste entre la volonté de promouvoir un système de santé égalitariste et les conséquences des réformes, il semble excessif d'y voir une volonté délibérée d'ignorer l'équité ou de remettre en cause les principes égalitaristes qui fondent la protection sociale en Europe. Mais on ne peut pas davantage considérer ces mesures de régulation comme une adaptation au contexte économique sans conséquence sur l'équité.

Tableau 2. — Mesures de régulation et conceptions de la justice

	Libéralisme	Egalitarisme	Principe de différence
Tickets modérateurs	Oui	Non	Oui si aménagements
Enveloppes globales	Oui si enveloppes trop faibles	Oui (en théorie)	Non
Mise en concurrence	Oui si sélection des risques, discrimination spatiale ou lien couverture-revenu	Oui (en théorie)	Non

15. Van de Ven, W. and Van Vliet, R. — « How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market ? The great challenge for the 90's ». — Second World Congress of Health Economics, Zürich, 1990, 31 p.

16. La sélection des risques est aussi négative du point de vue de l'efficacité puisque les assureurs efficaces peuvent être chassés du marché par les assureurs inefficaces qui sont performants dans la sélection des bons risques, passant outre les règles de ce quasi-marché.

Cet écart traduit plutôt la difficulté de définir clairement la conception de la justice que l'on souhaite voir appliquer dans les systèmes de santé. L'évolution actuelle de l'équité résulte donc plus d'une attitude passive. Ce que l'on entend couramment par « égalité d'accès aux soins » semble recouvrir des réalités différentes. Aussi est-il indispensable, pour mener une politique active de justice sociale, de déterminer clairement quelle conception de la justice la collectivité souhaite mettre en œuvre et de rechercher, a posteriori mais aussi a priori, dans les projets, quels sont les impacts en terme d'équité des différentes mesures de régulation.

Bibliographie complémentaire

- Beresniak, A. ; Duru, G. — *Economie de la santé*. — Paris : Masson 1992, 157 p.
- Berthod-Wurmser M. (coordonné par). — *La santé en Europe*. — Paris : La Documentation française, 1994, 367 p., coll. Vivre en Europe.
- Brazier, J. ; Hutton, J. ; Jeavons, R. — « Evaluating the reform of the NHS », pp 216-236, in *Competition in Health Care : Reforming the NHS*. — Ed by Cuyler, A.J. ; Maynard, A. ; Posnett, J. ; MacMillan Press, 1990.
- Kessler, D. — « Sur les fondements économiques de la Sécurité sociale ». — *Revue Française des Affaires Sociales*, n°1, 1986, pp 97-113.
- Lachaud, C. — « Équité dans le financement et la prestation de soins de santé en France : une approche par les courbes de concentration ». — Thèse, Université Lyon I, 1992.
- Launois, R. — « Réforme du système de santé : serpent de mer ou choix raisonné ? ». — *Cahiers de chirurgie*, n° 81, 1992, pp 165-170.
- Levy, E. ; Le Pen, C. ; Rochaix, L. — « Responsabiliser... Autrement. De la participation individuelle au financement des soins médicaux ». — LEGOS, Le Club des Quinze, 1993, 80 p.
- Majnoni d'Intignano, B. — « Incitations financières et concurrence dans les systèmes de santé ». — *Journal d'Economie Médicale*, n° 3, 1991, pp 153-174.
- Maynard, A. et al. — *La réforme du système de santé britannique*. — Paris : Institut La Boétie, 1990, 50 p.
- Mougeot, M. — « Concurrence et incitations dans le système hospitalier ». — *Revue Française d'Economie*, vol 8, n° 2, 1993, pp 109-131.
- Organisation Mondiale de la Santé. — « Organization and financing of health care reform in countries of central and eastern Europe ». — Report of a meeting, Genève, 1991, 40 p.
- Pomey, M.-P. ; Poullier J.-P. — « Pays-Bas ou la transfiguration d'un système de santé ». — *Journal d'Economie Médicale*, n° 1, 1994.
- Rawls, J. — « La théorie de la justice comme équité : une théorie politique et non pas métaphysique », pp 279-317, in Audard, C. et al. — *Individu et justice sociale*. — Paris : Ed. du Seuil, 1988, coll. Points Politique.
- Rochefort, R. — « L'évaluation du plan Séguin ou la mesure des effets d'une politique du ticket modérateur », pp 211-222, in Launois, R. (sous la direction de). — *Des remèdes pour la santé*, Paris : Institut La Boétie, Ed. Masson, 1989.
- Van Doorslaer, E. ; Wagstaff, A. and Rutten, F. (eds). — *Equity in the Finance and Delivery of Health Care, An International Perspective*. — Oxford Medical Publications, 1993, 416 p.
- Van Parijs, P. — Qu'est-ce qu'une société juste ? Introduction à la pratique de la philosophie politique. — Paris : Ed. du Seuil, 1991, 315 p. (coll. La couleur des idées).
- Van Parijs, P. — in « Au-delà de la solidarité. Des fondements éthiques de l'Etat-providence et de son dépassement ». — in *Futuribles*, février 1994, pp 5-29.

L'ÉVOLUTION DES VALEURS EN EUROPE OCCIDENTALE

Journée d'étude organisée par **Futuribles International**
en collaboration avec l'**Association pour la Recherche**
sur les **Systèmes de Valeurs (ARVAL)** et **Research International**

Paris, Hôtel Lutétia, 12 octobre 1995

Objectif

L'objectif de cette journée d'étude est d'analyser l'évolution à moyen et à long terme des valeurs, des attitudes et des comportements des Européens.

Seront exposées les principales sources d'information, en particulier les résultats des enquêtes valeurs réalisées en Europe en 1981 et 1990, et les principaux enseignements qui s'en dégagent notamment sur le plan des comportements vis-à-vis de la consommation et du travail.

On analysera, grâce à une analyse diachronique, quelles sont les grandes tendances d'évolutions sociales sur longue période, la part des effets de mode et celle des tendances lourdes.

Enfin, on examinera quelles sont les similitudes et les différences, les convergences et les divergences, observées et prévisibles entre Européens. Bref quelle est la pertinence des concepts d'Euro-consommateurs et d'Euro-travailleurs.

Programme

L'évolution des valeurs, des aspirations et des comportements : le sens des mots, les méthodes d'analyse et de prévision, leurs vertus et leurs limites

- Jan Kerkhofs, Professeur émérite à l'Université de Leuven, co-Président de la Fondation European Values Surveys, membre d'honneur de l'Association pour la Recherche sur les Systèmes de Valeurs (ARVAL)
- Jean-Pierre Pages, chargé de mission à la Direction de la Communication du CEA, membre fondateur d'Agoramétrie
- Jean-François Tchernia, Directeur associé à Research International

Les valeurs et l'évolution des comportements de consommation

- Robert Rochefort, Directeur du CREDOC (Centre de Recherches pour l'Etude et l'Observation sur les Conditions de Vie)
- Martin Sorell, Group Chief Executive de WPP
- Denis Stoclet, Directeur de DSA, Conseil en marketing et stratégie spécialiste de la consommation, sociologue

La valeur travail et la gestion des ressources humaines dans les organisations

- Hélène Riffault, Président de l'Association pour la Recherche sur les Systèmes de Valeurs (ARVAL)
- Bernard Bruhnes, Président Directeur Général de Bernard Bruhnes Consultants
- Philippe d'Iribarne, Directeur de Recherches au CNRS

Y a-t-il un modèle européen de société ? Entre libéralisme et économie sociale de marché

- Jan Kerkhofs, Professeur émérite à l'Université de Leuven, co-Président de la Fondation European Values Surveys, membre d'honneur de l'Association pour la Recherche sur les Systèmes de Valeurs (ARVAL)
- Jérôme Vignon, Conseiller principal de la Cellule de prospective, Commission Européenne
- Jean Boissonnat, membre du Conseil Monétaire à la Banque de France

Pour plus d'information : L. Faupin - Futuribles International

55 rue de Varenne - F 75341 Paris 7 - Tél. (331) 42 22 63 10 - Fax (331) 42 22 65 54

Les enjeux éthiques des sociétés vieillissantes

Ruud H.J. ter Meulen¹

La croissance des dépenses sociales (publiques) — et plus particulièrement des dépenses de santé — constitue un problème majeur dans tous les pays industrialisés d'autant que, leur économie se trouvant exposée à une compétition mondiale sans merci, il est pratiquement impossible d'accroître le rendement des prélèvements obligatoires (en jouant ou sur leur taux ou sur leur assiette).

La crise financière de nos systèmes de protection sociale ne fait cependant que commencer ; elle deviendra — souligne-t-on volontiers — de plus en plus aiguë à mesure que le nombre de personnes âgées augmentera (en même temps d'ailleurs que leur part dans la population totale) induisant un surcroît de dépenses liées aux pensions de retraites et aux soins requis par les plus vieux.

Ruud H.J. ter Meulen, limitant son propos à ce dernier aspect, montre tout d'abord comment, par le jeu de l'offre et de la demande, s'accroissent les besoins en matière de santé. Puis il expose quels pourraient être l'incidence du vieillissement démographique sur cette demande de soins et les coûts qui en résulteraient pour la collectivité. Enfin il met en évidence les choix douloureux qu'il nous faudra (qu'il faut déjà) opérer quant aux allocations de ressources entre générations.

Son texte soulève un certain nombre de questions qui relèvent presque du tabou, telle que celle qui concerne le rationnement des soins en fonction de critères d'âge. Ces questions, qu'on le veuille ou non, renvoient à des considérations éthiques, philosophiques, économiques, sociales, politiques, que nous ne saurions ignorer.

H.J.

1. Professeur de Philosophie, Département Santé, Ethique et Philosophie, Université du Limburg, Chercheur à l'Institut de Bioéthique (Maastricht).

Texte traduit par Elvire Letourneur et révisé par Alain Parant.

Tous les systèmes de santé des pays développés sont confrontés au même problème d'une croissance plus ou moins forte des dépenses, très partiellement due, jusqu'ici, au vieillissement de la population. Mais l'allongement de la durée de la vie, et l'augmentation de la population des 80 ans et plus qui en résultera, vont provoquer, dans les décennies à venir, une hausse importante de la demande. Dans les âges élevés, en effet, le risque de handicap provoqué par les maladies chroniques et débilitantes — et la nécessité liée de soins durables et importants — augmente significativement.

L'Etat ayant de moins en moins les moyens de financer cette demande croissante de soins, les services de santé ne pourront bientôt plus satisfaire tous les besoins, notamment ceux des personnes les plus âgées. Ce problème soulève des questions éthiques fondamentales, entre autres, relativement aux engagements et aux devoirs à l'égard des seniors, que l'on ne peut exclusivement aborder d'un point de vue économique ou structurel.

Cet article offre un regard d'ensemble sur les principaux enjeux éthiques et les défis des sociétés vieillissantes confrontées à l'épineux problème du financement de leur protection sociale. Ces enjeux sont définis à partir de l'analyse de projections démographiques et d'analyses sociologiques portant sur l'évolution des besoins médicaux des personnes âgées dans les décennies à venir.

Une vie plus longue, mais une santé qui se dégrade

Depuis le début du siècle, la durée de vie moyenne a très nettement progressé dans les sociétés industrielles. Vers 1900, elle égalait quelque 50 ans. Aujourd'hui, aux Etats-Unis comme dans les pays membres de la Communauté européenne, elle avoisine 76 ans, avec un avantage marqué pour les femmes : 79 ans contre 73 ans pour les hommes, dans l'Union européenne. Et le recul de la mort devrait se poursuivre. En 2025, la durée de vie moyenne pourrait égaler 80 ans : 77 ans pour les hommes et 82 pour les femmes ².

L'allongement de l'espérance de vie ne doit pourtant pas être perçu comme une véritable victoire ³, car si les individus bénéficient d'une vie plus longue, dans la dernière partie de celle-ci, ils sont de plus en plus exposés à des maladies chroniques et débilitantes. Plus l'on est âgé, plus l'on risque d'être malade et atteint d'affections d'ordre neurologique, cardiovasculaire ou

2. Keyfiz, N. ; Flieger, W. — *World Population Growth and Aging. Demographic Trends in the Late Twentieth Century*. — Chicago & London : University of Chicago Press, 1990.

3. Gruenberg, E.M. — « The Failure of Success ». — in *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society*, 1977, pp. 3-24.

sensoriel. En réalité, si l'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité (c'est-à-dire le nombre moyen d'années vécues sans maladie grave ou sans handicap majeur) est demeurée la même, la durée de vie moyenne a augmenté⁴. Nous devons en conséquence déterminer l'objectif prioritaire des politiques publiques de santé à l'égard des personnes âgées : privilégier la durée de la vie ou la qualité de nos (longues) vies⁵ ?

Certains auteurs refusent pourtant l'idée que l'écart existant entre durée de vie moyenne et durée de vie sans incapacité puisse continuer de croître. Les changements de comportement et de modes d'alimentation peuvent, selon eux, contribuer à un allongement sensible de la période de notre vie que nous passons sans connaître de problèmes trop graves de santé⁶. Mais, à l'heure qu'il est, cet écart est déjà trop important pour qu'on puisse le combler par un changement de comportement. L'Institut néerlandais de médecine préventive a calculé qu'aux Pays-Bas, les hommes ont une espérance de vie à la naissance de 73 ans, dont 60 en bonne santé ; pour les femmes, ces deux valeurs seraient respectivement de 80 ans et de 58 ans⁷. Il est certes possible d'améliorer notre condition physique (particulièrement les capacités de nos organes) par une bonne hygiène de vie, mais cela prendrait plusieurs décennies avant que, pour les Néerlandaises, l'écart de 22 ans soit comblé.

L'ampleur de cet écart nous prévient, d'une certaine façon, de l'accroissement de la demande future de soins. Notamment pour le groupe des 80 ans et plus qui, dans le monde industrialisé, connaît la croissance la plus rapide : dans l'Union européenne, il devrait passer de 16 millions en 1980 à 29 millions en 2010. Cette catégorie de la population est particulièrement touchée, physiquement et psychologiquement, par la démence, la dépression, l'ostéoporose (incluant les fractures de la hanche et du bras) et les accidents cérébro-vasculaires⁸. Elle est, en outre, davantage atteinte par une dégradation de la vue et de l'ouïe, les maladies génito-urinaires et les troubles psychiatriques ; autant de dégradations de l'état de santé qui peuvent sembler moins graves que les précédentes mais n'en sont pas moins éprouvantes. Enfin, cette population connaît un plus grand isolement, et elle est socialement très marginalisée⁹.

4. Haan, M. ; Rice, D. ; Satariano, W. ; Selby, J. (eds). — « Living Longer and Doing Worse ? Present and Future Trends in the Health of the Elderly ». — in *Journal of Aging and Health*, n° 3, Special Issue, 1991.

5. Légaré, J. — « Une meilleure santé ou une vie prolongée ? Quelle politique de santé pour les personnes âgées ? ». — in *Futuribles*, n° 155, juin 1991, pp. 53-66.

6. Robine, J.M. ; Colvez, A. — « Quelle espérance pour quelle vie ? ». — in *Futuribles*, n° 155, juin 1991, pp. 72-76.

7. Hofman, A. — « Ontwikkelingen in gezondheid en ziekte ». — in Santvoort, M.A. van. — *Ouderen, wetenschap en beleid*. — Nijmegen : Nederlands Instituut voor Gerontologie, 1991.

8. Taket, A.R. — « Resource Allocation Problems and Health Services for the Elderly ». — in *World Health Statistics Quarterly*, n° 45, 1992, pp. 89-94.

9. Hamerman, D. ; Fox, A. — « Responses of the Health Professions to the Demographic Revolution : a Multidisciplinary Perspective ». — in *Perspective in Biology and Medicine*, n° 35, 1992, pp. 583-593.

Une meilleure santé ou une vie prolongée

Ruud H.J. ter Meulen est bien affirmatif sur une question qui demeure controversée lorsqu'il affirme que « l'espérance de vie en bonne santé est demeurée la même », qu'en d'autres termes l'accroissement de la durée de vie moyenne s'est intégralement traduit par un accroissement des années d'invalidité.

Les lecteurs de *Futuribles* se souviendront peut-être que nous avons, en juin 1991 consacré un « forum » à cette question.

Jacques Légaré y soutenait une thèse proche de celle de M. ter Meulen et s'interrogeait sur la question de savoir s'il ne vaudrait pas mieux dépenser moins pour allonger la vie et investir davantage pour lutter contre l'invalidité.

Mais Andrée et Arié Mizrahi, au contraire, affirmaient qu'il n'était pas du tout évident que l'allongement de la durée de vie s'accompagne d'une morbidité plus grande et d'une période d'invalidité plus longue. Enfin, toujours dans ce même « forum », Jean-Marie Robine et Alain Colvez abondaient dans ce sens, tout en montrant com-

bien était fragile et sujet à discussion le concept même d'espérance de vie sans incapacité et a fortiori les théories sur le lien entre morbidité, invalidité et mortalité. En France, en dix ans (1981-1991), l'espérance de vie sans incapacité a augmenté de près de trois ans alors que la durée moyenne de vie avec incapacité (au sens large) paraît avoir diminué¹. Sur la période considérée, même au-delà de 65 ans, la part du temps vécu en incapacité a régressé.

Jean-Marie Robine (INSERM) et Pierre Mormiche (INSEE) soulignent par ailleurs que « les comparaisons internationales avec les Etats-Unis et le Japon suggèrent que l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité sévère suit celle de l'espérance de vie dans les pays développés ». Mais ils s'empressent de nuancer le propos en écrivant que « pour l'espérance de vie sans incapacité au sens large, les résultats sont beaucoup moins convergents et (qu'il) est difficile de tirer des conclusions générales ».

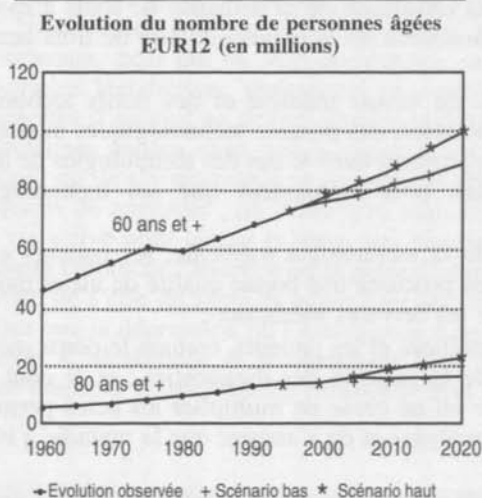
1. Robine, Jean-Marie et Mormiche, Pierre — « L'espérance de vie sans incapacité augmente », — in *INSEE-Prémière*, n° 281, octobre 1993.

Variation de l'espérance de vie à 65 ans entre 1981 et 1991 (France, en années)

	1981	1991	Evolution
Hommes			
Espérance de vie	14,1	15,7	+ 1,6
dont : avec incapacité sévère	1,0	0,9	- 0,1
Espérance de vie sans incapacité sévère	13,1	14,8	+ 1,7
dont : avec incapacité modérée	4,3	4,7	+ 0,4
Espérance de vie sans incapacité	8,8	10,1	+ 1,3
Femmes			
Espérance de vie	18,3	20,1	+ 1,8
dont : avec incapacité sévère	1,8	2,0	+ 0,2
Espérance de vie sans incapacité sévère	16,5	18,1	+ 1,6
dont : avec incapacité modérée	6,7	6,0	- 0,7
Espérance de vie sans incapacité	9,8	12,1	+ 2,3

Sources : Situations démographiques, recensements de la population et enquêtes sur la santé, INSEE.
Calculs : INSERM, Laboratoire d'épidémiologie et d'économie de la santé de Montpellier.

Le nombre de personnes âgées en Europe



Depuis trois décennies, le nombre de personnes âgées (60 ans et plus) est passé, dans la Communauté européenne (Europe des 12), de 46,5 à 68,6 millions, ce qui représente une augmentation de près de 50%. D'après les projections, cette évolution se poursuivra, de sorte que l'on peut escompter qu'en 2020 il y aura deux fois plus de personnes âgées dans la Communauté européenne qu'en 1960. Ainsi, en 2020 — selon les hypothèses retenues pour les scénarios concernant l'évolution de l'espérance de vie — entre 88 et 100 millions de personnes âgées vivront sur le territoire de l'ex Europe des douze ; 17 à 22 millions d'entre elles seront âgées de 80 ans ou plus.

futuribles

Source : *Annuaire statistique démographique & Eurostat.*

Plus fréquemment que les autres, les personnes les plus âgées ont besoin d'une assistance et de soins à domicile, voire hospitaliers.

Les infrastructures sociales et les demandes de soins

Quel accroissement du volume de soins les projections démographiques et les évolutions épidémiologiques nous permettent-elles d'anticiper ?

La question est complexe car la demande de soins est également déterminée par bien d'autres facteurs ¹⁰, dont la médicalisation, l'ébranlement de la solidarité et des valeurs qui nous relient aux personnes âgées.

10. Hollander, C.F. ; Becker, H.A. (eds). — *Growing Old in the Future. Scenarios on Health and Aging 1984-2000.* — Dordrecht : Nijhoff, 1987.

On entend par médicalisation le processus par lequel l'existence humaine est de plus en plus perçue du point de vue de la santé et de la maladie et induit une sollicitation croissante des services médicaux ¹¹.

Selon P.J. Van der Maas ¹², la croissance de la demande de soins a moins résulté, jusqu'à présent, du vieillissement de la population que de trois autres facteurs :

- l'amélioration, tout d'abord, du savoir médical et des outils technologiques. Loin de générer des économies, ces progrès technologiques augmentent souvent le coût des soins, notamment dans le cas des technologies de diagnostic qui se développent bien plus rapidement que les technologies thérapeutiques ;

- conscients des possibilités de la technologie médicale, les patients exigent, de plus en plus, que leur soit procurée une bonne qualité de vie et mobilisent en conséquence davantage les services médicaux ;

- la qualité de ces derniers s'améliore et les patients, comme le corps médical, veulent enfin être assurés de la justesse des diagnostics ; et le coût de cette exigence est très élevé, car on ne cesse de multiplier les actes permettant de confirmer les premières analyses et de s'assurer que la maladie a bien été évitée ou maîtrisée.

Aux Pays-Bas, l'analyse de la croissance des dépenses médicales entre 1970 et 1981 confirme cette interprétation, 12 % seulement de la hausse ayant tenu à l'évolution démographique ¹³.

L'accroissement de la demande de soins est par ailleurs accentué par la diminution du volume des soins informels, administrés par un parent ou un voisin. L'individualisme croissant et la rupture des formes traditionnelles de solidarité rendent ce type de soins de plus en plus rare. Les structures de la famille traditionnelle tendent en effet à disparaître : les enfants quittent leurs parents pour s'installer dans d'autres villes, ont leur propre famille, divorcent... Leur mode de vie est plus individualiste et leurs valeurs ne sont plus celles de leurs parents ¹⁴.

On observe une baisse de l'intensité des soins informels avec le déclin de la natalité et l'émancipation de la femme, mais on constate aussi qu'alors que les parents ont de plus en plus besoin de soins, leurs enfants sont souvent,

11. Zola, I.K. — *De medische macht*. — Meppel : Boom, 1975. Crawford, R. — « Healthism and Medicalization of Everyday Life ». — in *International Journal of Health Services*, n° 10, 1980, pp. 365-388.

12. Maas, P.J. van der. — « Aging and Public Health ». — in Schroots, J.F. ; Birren, J.E. et Svanborg, A. — *Health and Aging*. — New York & Lisse : Swets, 1988, pp. 95-115.

13. Goudriaan, R. — *Collectieve uitgaven en demografische ontwikkeling 1970-2030*. — Rijswijk : Sociaal en Cultureel Planbureau, 1984.

14. Hagestad, O. — « The Aging Society as a Context of Family Life ». — in Jecker, N. — *Aging and Ethics*. — Clifton, N.J. : The Humana Press, 1991, pp. 123-146.

eux-mêmes, en âge de connaître des problèmes de santé. Au lieu d'accabler les enfants ou les voisins, les personnes âgées préfèrent alors faire appel à des services professionnels.

Les valeurs qui nous lient aux personnes âgées influent sur la demande de soins.

Nombreuses sont les personnes âgées qui souhaiteraient travailler plus longtemps, mais qui en sont empêchées, souvent bien avant 65 ans, par les multiples législations, règlements et pratiques aujourd'hui en vigueur. Les capacités d'emploi ne devant vraisemblablement guère progresser durant les prochaines années alors que la volonté des femmes d'intégrer le marché du travail ou de s'y maintenir ne devrait pas fléchir, l'âge de la retraite a peu de chances de remonter ; on souhaitera toujours que les plus âgés se retirent de la vie active pour laisser la place aux plus jeunes. Hollander et Becker¹⁵ ont montré comment l'absence ou la perte d'emploi pouvait provoquer une dégradation de l'état de santé et augmenter les risques de maladies psychiatriques telles que la dépression ou l'émergence d'un sentiment de fatalisme et d'aliénation. L'alcoolisme et le tabagisme sont de même très fréquents chez les sans-emplois. Si les sociétés refusaient trop longtemps de prendre en compte

La distribution du travail sur le cycle de vie

Anne-Marie Guillemard a décrit et analysé les bouleversements induits par le fait que l'activité professionnelle se concentre sur les personnes âgées de 30 à 49 ans au détriment et des plus jeunes et des plus vieux. Elle écrit notamment :

« La distribution du travail sur le cycle de vie a connu, dans les vingt dernières années, des bouleversements majeurs. Les jeunes font une entrée plus tardive sur le marché du travail, en raison de l'allongement de la scolarité et des difficultés qu'ils ont à trouver un emploi. L'activité après 55 ans s'est considérablement réduite en Europe et Outre-Atlantique. La vie professionnelle tend donc à se raccourcir aux deux extrémités et concerne désormais les groupes d'âges médians ». « Cette évolution est particulièrement préoccupante dans la perspective du vieillissement démographique accentué que vont connaître toutes les sociétés développées

dès le début du troisième millénaire. Elle met en péril l'équilibre financier des systèmes de retraite, dont le rapport entre actifs et inactifs se dégrade. Elle pose également la question des forces de travail dont dépendra demain l'effort productif des pays : le vieillissement démographique devrait entraîner en effet, inexorablement, un vieillissement interne de la force de travail. Dès l'an 2000, dans nombre de pays européens, la moyenne d'âge des actifs s'élèvera et dépassera 40 ans, en raison du rétrécissement des cohortes de jeunes entrant sur le marché du travail. A l'autre extrémité de la vie professionnelle, les plus de 45 ans connaissent aujourd'hui déjà, dans nombre d'entreprises, des difficultés de carrière et sont jugés trop vieux pour être promus ou bénéficier d'un investissement en formation. Les salariés de plus de 55 ans apparaissent, quant à eux, comme des travailleurs

15. Hollander, C.F. ; Becker, H. (eds). — *Growing Old in the Future*. — *op. cit.*

superflus, pour lesquels la sortie anticipée semble la seule voie possible ». (...)

« Notre investigation, poursuit-elle, a mis en évidence que les caractéristiques principales du cycle de vie ternaire sont remises en cause. Nous assisterions à une désinstitutionnalisation de son organisation tripartite. Cette transformation fondamentale, ouvre une crise identitaire, visible au niveau des représentations de leur situation qu'ont les inactifs âgés. Seule une minorité de ces nouveaux inactifs, âgés de 55 à 65 ans, s'identifie aujourd'hui à des retraités. Ce phénomène est clairement attesté pour la France. Il l'est également pour la Grande-Bretagne, à partir des résultats de la « Labour Force Survey ». Ainsi, selon cette étude, seulement le quart des inactifs âgés de 60 à 64 ans se considéraient comme retraités. Les autres se définissaient principalement comme des chômeurs ou des travailleurs « découragés » ayant abandonné toute recherche d'emploi ».

« Ainsi, la retraite n'est plus le principe unificateur qui donnait un sens homogène et une identité à ce troisième temps de la vie, inauguré avec la sortie d'activité. Il se produit une montée de l'indétermination sociale du groupe âgé. Inactivité définitive, vieillesse et retraite ne se superposent plus. La vieillesse professionnelle commence avec l'inactivité définitive, bien avant la retraite. Toute l'organisation de la fin du parcours des âges se brouille. Dans le même mouvement, l'institution ternaire du cycle de vie se décompose ». « Le mouvement de désinstitutionnalisation de la fin du parcours des âges, que nous venons de constater, ne remet pas seulement en cause la possibilité d'une

représentation continue et prévisible du déroulement de la vie. Il bouleverse également le système de réciprocité des engagements entre générations, qui lui était étroitement associé. En conséquence, une certaine conception de la retraite, mais aussi du contrat intergénérationnel sur lequel elle repose, se trouve soumise à réexamen. Ce contrat intergénérationnel est un contrat sur le très long terme, mettant en jeu plusieurs générations successives. Quelles sont les perspectives de ce contrat ? Dans une société saisie par l'accélération du temps et dans laquelle le parcours des âges ne s'inscrit plus dans une temporalité longue, avec des repères chronologiques fixes et standards, la fiabilité de la réciprocité des engagements entre générations ne s'impose plus avec la même force. Les actifs commencent à douter que les générations montantes paieront pour leur retraite avec la même résolution que celle qu'ils manifestent eux-mêmes en cotisant pour les retraités d'aujourd'hui. Car la stratégie temporelle de vie, sur laquelle est fondé le transfert de la retraite, suppose de différer la compensation de l'aliénation au travail, en échange de l'ouverture d'un droit au repos en fin de vie. Or, les ressources de sens qui motivent cette stratégie se raréfient, dès lors que le parcours des âges n'inscrit plus les individus dans une continuité et une prévisibilité du déroulement de la vie. Ce sont donc les fondements culturels de la retraite, et pas seulement les équilibres financiers de ses institutions, qui se trouvent ébranlés ».

futuribles

Source : Extraits de Guillemard, Anne-Marie. — « Emploi, protection sociale et cycle de vie ». — in Guillemard, A.M., Légaré, J., Ansart, P. — *Entre travail, retraite et vieillesse. Le grand écart*. — Paris : ed L'harmattan, 1995, pp. 43 et 63-64.

les aspirations des personnes âgées, l'état de santé « subjectif » de celles-ci pourrait décliner en relation directe avec la baisse du sentiment de responsabilité de ces personnes à l'égard de leur propre corps. Et il pourrait en résulter une hausse plus ou moins forte de certains postes de dépenses de santé (médecine générale, par exemple).

Un manque croissant de capacités de soins

Quelle sera, en fin de compte, l'ampleur de la hausse de la demande de soins dans les décennies à venir ?

Pour les Pays-Bas, la seule croissance des effectifs de personnes âgées et très âgées, compte tenu de leur mortalité et de leur état de santé objectif et subjectif, pourrait induire un accroissement de 1 % par an des besoins de soins médicaux ¹⁶.

La poursuite des tendances à la médicalisation, à l'individualisme ou à la dégradation du statut des personnes âgées dans la société entraînerait, bien évidemment, une augmentation de la demande de soins supérieure à 1 %. Si, au contraire, la médicalisation diminuait et si la solidarité entre générations se renforçait, la demande de soins pourrait croître beaucoup moins rapidement. Mais ce second scénario paraît peu probable tant la médicalisation et l'individualisme sont des évolutions sociales difficiles à stopper ou à inverser ¹⁷.

Le gouvernement n'a pourtant pas l'intention d'accroître la part du produit national brut consacrée aux soins médicaux. L'augmentation de ces dépenses ne pourrait donc intervenir qu'au prix d'une réduction des dépenses collectives destinées à d'autres activités ou services sociaux : éducation, protection de l'environnement, police, infrastructures routières... Or, certains de ces services contribuent autant au maintien ou à l'amélioration de l'état de santé de la population que les soins de santé eux-mêmes. Par ailleurs, une contribution financière accrue ne permettrait pas de satisfaire l'intégralité de la demande de santé. Les dernières technologies, qu'elles permettent de meilleurs diagnostics ou qu'elles accélèrent la guérison des malades, sont toujours, dès leur apparition, aussitôt réclamées par les patients et le corps médical comme de nouveaux droits, et sont autant de nouvelles sources de débours.

La question de l'insuffisance des capacités de soins médicaux est étroitement liée à notre culture et à nos modes de vie. La bonne santé est un objectif central et constitue un réel problème structurel ¹⁸. Dès lors, le principal argument en faveur d'un contrôle des coûts relève de la question de l'accès aux soins.

16. Naaborg, J. — *Benodigde en beschikbare middelen, een groeiend probleem voor de zorgverlening*. — Rapport in opdracht voor de Commissie Keuzen in de Zorg, Hoek van Holland, 1991.

17. Maas, P.J. — « Aging in Public Health ». — *op. cit.*

Choices in Health Care. — Report by the Government Committee on Choices in Health Care, The Netherlands 1992. — Rijswijk : Ministry of Welfare, Health and Cultural Affairs, 1992.

18. Callahan, D. — *What Kind of Life ? The Limits of Medical Progress*. — New York : Simon and Schuster, 1990.

Callahan, D. — « Setting Limits : A Response ». — in *The Gerontologist*, n° 34, 1990, pp. 393-398.

Les conséquences économiques du vieillissement ¹

« Depuis 1980, pour l'essentiel sous la triple influence d'une cessation d'activité plus précoce, d'une aggravation du chômage et du sous-emploi (notamment des jeunes) ² et d'une évolution défavorable du rapport des 60 ans et plus aux 20-59 ans ³ la situation des régimes de retraite, appréhendée par le ratio allocataires/cotisants s'est sensiblement détériorée ⁴. Or, dans un système fondé sur le principe de la solidarité intergénérationnelle, la dégradation d'un tel ratio contraint très rapidement, du moins quand on ne peut (ou ne veut) envisager une augmentation du nombre de cotisants — par une réduction du chômage et/ou un allongement de la durée de cotisation — soit à accroître le prélèvement moyen opéré sur le revenu des actifs, soit à baisser le niveau relatif

moyen des pensions servies. C'est désormais sur ces deux leviers, et non plus sur le seul premier comme ils en avaient jusqu'à pris l'habitude, que pour assurer, pratiquement au jour le jour, l'équilibre financier du système, pouvoirs publics et partenaires sociaux ont décidé de peser ⁵. S'ils entendent garantir un avenir, non seulement au système des retraites mais encore à la protection sociale dans son ensemble, il leur faudra, à long terme, aller beaucoup plus loin. Telle est, en effet la conclusion qui s'impose après lecture de deux études publiées, l'une, en 1987, par le Département des Affaires financières du Fonds Monétaire International (FMI) ⁶, l'autre, en 1988, par l'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE) ⁷.

1. Extrait de Parant, Alain. « Vieillesse et vieillissement démographiques en France. Réalités et traductions politiques » in « Politiques de population. Etudes et documentation », Vol V, n° 1, novembre 1992.

2. Une aggravation dont on peut aisément mesurer l'ampleur par exemple à l'aide des enquêtes « emploi » réalisées annuellement par l'INSEE. Nous ne manquerons pas, ici, de recommander la lecture du double numéro consacré, en novembre-décembre 1986, par la Revue *Economie et Statistiques* au thème : « Emploi et chômage : l'éclatement ».

3. Ce rapport, purement démographique, avait constamment augmenté jusqu'en 1965, date à laquelle il égalait 0,37 (soit 37 individus âgés de 60 ans et plus pour 100 personnes âgées de 20 à 59 ans révolus) contre seulement 0,25 en 1931. Il s'était ensuite stabilisé jusqu'en 1975 en raison de l'arrivée progressive, dans le groupe des 20-59 ans, des premières générations nombreuses d'après la seconde guerre mondiale. De 1975 à 1980, il avait même progressivement décliné jusqu'au niveau 0,32 du fait de l'apparition des générations creuses, nées de 1915 à 1929, dans le groupe des 60 ans et plus.

Depuis 1980, le rapport augmente à nouveau sous l'effet d'un renouvellement :

— nettement moindre de la population adulte jeune,

— beaucoup plus important de la population des « jeunes vieux ».

Il a aujourd'hui pratiquement retrouvé son niveau de 1975.

4. Au Régime général de Sécurité sociale, alors qu'en 1980 on comptait 37 bénéficiaires d'un avantage (contributif ou non-contributif, direct ou dérivé) vieillesse pour 100 cotisants, en 1987, on en dénombrait 50 (source : Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés). Pour les régimes complémentaires de retraite, le rapport allocataires/cotisants est, par exemple, passé, du 31 décembre 1979 au 31 décembre 1986, de 0,32 à 0,36 à l'AGIRC (Association Générale des Institutions de Retraites des Cadres), de 0,29 à 0,42 à l'ARRCO (Association des Régimes de Retraites Complémentaires), et, de 0,22 à 0,45 à l'IRCANTEC (Institution de Retraites Complémentaires des Agents Non Titulaires de l'Etat et des Collectivités locales). Sources : ARRCO, rapports d'activité ; INSEE ; Annuaire statistique de la France.

5. Entre autres gracieusetés, les salariés ont dû composer avec une augmentation de leurs cotisations vieillesse. Ainsi, au Régime général de la Sécurité sociale, le prélèvement qui atteignait 4,7 % des salaires au 1^{er} janvier 1980, égalait, au 1^{er} janvier 1988, 6,4 %. Pour les fonctionnaires civils titulaires de l'Etat, le taux de cotisation vieillesse est passé, entre ces deux mêmes dates, de 6 % à 7,9 %...

Mais les titulaires d'un avantage vieillesse ont eux aussi été mis à contribution. Ainsi, les pensionnés du régime général de Sécurité sociale et ceux du régime agricole, jusqu'en 1982 (excepté en 1980), voyaient leurs pensions revalorisées à un taux supérieur, voire très nettement supérieur, à l'inflation : en 1977, la revalorisation a atteint 16,3 % quand la hausse des prix égalait 9 % ; en 1982, ces deux taux ont respectivement été de 14,6 % et 11,9 %. Depuis, hormis en 1985, le contraire prévaut : en 1987, par exemple, l'inflation a atteint 3,1 % et la revalorisation des pensions n'a égalé que 2,8 %. Les allocataires des régimes complémentaires de retraite ont connu une évolution analogue de leur pouvoir d'achat. Ainsi, la valeur du point de retraite qui, de 1980 à 1981, avait, par exemple, augmenté de 13,2 % à l'AGIRC, de 12,7 % à l'IRCANTEC et de 15,8 % à l'UNIRS (Union Nationale des Institutions de Retraites des Salariés) n'a progressé respectivement, en moyenne annuelle, que de 2,9 %, 1,3 % et 2,4 % de 1987 à 1988...

6. Heller, Jean-Luc ; Peter, S. ; Hemming, Richard ; Kohnert, Peter, W. and a staff Team from the Fiscal Affairs Department of FMI. — « Aging and Social Expenditure in the Major Industrial Countries 1980-2025 » — Washington D.C. : International Monetary Fund, 1987.

7. « Le vieillissement démographique — Conséquences pour la politique sociale ». — Paris : OCDE. — 1988, p. 98.

Bien que par des voies différentes, ces deux études mettent en évidence comment pourraient, à terme, être affectés le montant et la composition des dépenses sociales, du seul fait du vieillissement démographique à venir, dans les pays les plus développés de la planète, dont la France. Privilégiant la variable démographique et son rôle dans la croissance des dépenses sociales, elles ne prétendent pas être des prévisions, tout au plus des perspectives destinées à éclairer des décideurs et à enrichir la réflexion de tous ceux (ils devraient être beaucoup plus nombreux) que l'avenir intéresse ou préoccupe.

Envisageant diverses combinaisons de scénarios économiques et démographiques, les auteurs du FMI ont projeté, sur la période 1980-2025, à partir d'une estimation établie pour l'année 1980, la part des dépenses sociales dans le Produit Intérieur Brut, en faisant l'hypothèse d'une constance des taux de couverture des différents programmes sociaux (santé, vieillesse, éducation, chômage, famille) à leurs niveaux de 1980. Pour la France, la combinaison la plus défavorable de scénarios démographique et économique⁸ entraîne une augmentation de la part des dépenses publiques totales de sécurité sociale dans le PIB de quelque 33 % sur la période considérée. Les évolutions sont néanmoins fortement contrastées selon le type de dépenses. Si celles consacrées à la famille ou à l'éducation voient leur part dans le PIB diminuer (la baisse égalant respectivement 16 % et 20 %), celles allouées à la santé ou à la vieillesse, fonctions qui sont, toutes choses égales par ailleurs, les plus affectées par les modifications de la structure par âge, progressent, toujours rapportées au PIB, de façon spectaculaire : + 59,7 % et + 63 % respectivement. Indubitablement, le vieillissement démographique est générateur de transferts des actifs vers les inactifs âgés, et ce au détriment de la jeunesse.

Le travail réalisé, à l'OCDE, par la Direction des Affaires Sociales, de la Main d'œuvre et de l'Éducation aboutit au même constat.

Les auteurs ont d'abord calculé, pour l'année 1980, les dépenses consenties par habitant, en fonction de l'âge, au titre des principaux programmes sociaux (enseignement, santé, pensions vieillesse et invalidité, indemnisation du chômage et prestations familiales). Puis, ils ont fait l'hypothèse que la couverture desdits programmes et les prestations réelles par habitant demeureraient inchangées dans le temps. À l'aide de perspectives démographiques, ils ont alors pu apprécier comment la seule évolution de la structure par âge allait modifier non seulement le montant de l'ensemble des dépenses sociales d'une douzaine de pays de l'OCDE, mais encore la répartition de ces dépenses entre les différents programmes.

Pour la France, sur la période 1980-2040, le vieillissement démographique induirait une augmentation de 28 % des dépenses sociales publiques totales soit, en première analyse du moins, une hausse relativement modérée, à défaut d'être négligeable. C'est là, cependant, un résultat qui mérite une plus ample attention.

— Observons, tout d'abord, qu'il s'agit d'une augmentation moyenne, tirée vers le bas par le déclin sur la même période des dépenses consacrées à l'éducation (- 20 %), à la famille (- 17 %) et au chômage (- 3 %), les dépenses de santé progressant de 19 % et celles relatives aux pensions grossissant, pour leur part, de 72 %.

En 2040, cette dernière catégorie de dépenses devrait représenter 55,7 % du total des dépenses sociales publiques consi-

8. Une combinaison qui n'est pas la plus sombre qui se puisse imaginer. Elle associe, en effet :

— un scénario économique, dit « pessimiste », mais qui anticipe tout de même une croissance de la productivité de 2 % l'an de 1980 à 2025 (quand elle a été de 2,2 % chaque année de 1974 à 1984) et, un taux de chômage de 7 % en 2025 (alors qu'il était de 6,3 % en 1980, de 9,7 % en 1984 et qu'il a largement excédé 10 % en 1988) ;

— un scénario, dénommé de « plus fort vieillissement démographique », fondé sur le maintien de la fécondité à son niveau de 1980, et sur une évolution si peu hardie du calendrier de la mortalité que les proportions résultantes de personnes âgées de 65 ans et plus et de 75 ans et plus sont inférieures à celles calculées, pour la même date, par les démographes de l'INSEE dans leur scénario « fécondité 2,1 enfants par femme — mortalité tendancielle » (respectivement 19,6 % et 8,8 %).

dérées dans l'étude, contre 41,6 % en 1980.

— De plus, parce qu'elles s'articulent sur une remontée progressive de la fécondité, jusqu'au niveau permettant d'assurer le remplacement des générations féminines en âge de procréer, et sur un allongement très modeste du calendrier de la mortalité, se traduisant par une augmentation d'à peine deux ans pour les deux sexes de l'espérance de vie à la naissance jusqu'en 2030 (et plus rien au-delà)⁹, les perspectives démographiques sur lesquelles reposent les calculs limitent à l'évidence l'ampleur du vieillissement futur de la population de la France : 22,7 % de personnes âgées de 65 ans et plus en 2040 (pour un effectif total de 56 millions) et, 6,9 % âgées de 80 ans et plus.

Pour deux pays : le Japon et le Royaume-Uni, les auteurs de l'OCDE ont testé la sensibilité des perspectives de dépenses sociales à diverses combinaisons d'hypothèses démographiques. Pour ce faire, ils ont notamment imaginé un second scénario d'évolution de la mortalité, beaucoup plus optimiste que le scénario de référence précédemment décrit. Jusqu'à 60 ans, les risques de décéder à chaque âge sont identiques, mais au-delà ils sont beaucoup plus faibles et induisent un gain de l'espérance de vie à 60 ans de 10 ans de 2000 à 2030) (et plus rien après).

Les résultats ne se font pas attendre. Alors que la combinaison « fécondité moyenne (2,1 enfants par femme) — mortalité de référence » entraînait une croissance des dépenses sociales totales de 40 % au Japon et de 10 % au Royaume-Uni, l'alliance « fécondité moyenne — mortalité faible » débouche sur une augmentation respectivement égale à 69 % et à 31 %.

— Tenter d'estimer des augmentations de dépenses sociales imputables à tel ou tel facteur, démographique en l'occurrence, est un exercice qui ne revêt sa pleine signification qu'à la condition que soit

aussi abordée la question corollaire de l'aptitude des sociétés et des économies concernées à digérer ces surcroûts de dépenses.

Dans le cas français, un PIB augmentant au taux annuel composé moyen de 0,41 %, soit un taux somme toute modeste comparativement aux observations du passé, permettrait de faire face à une hausse de 28 % des dépenses sociales. C'est du moins le résultat auquel on aboutit si l'on prête aux pouvoirs publics l'intention de maintenir au niveau de 1980 le rapport de l'ensemble des dépenses sociales publiques au PIB. On ne peut toutefois s'en tenir à un calcul aussi grossier. Dans la mesure en effet où les programmes sociaux sont, pour l'essentiel, financés par les impôts et par les cotisations prélevées sur les salaires et les revenus des actifs, c'est donc, pour une très large part, de l'évolution future de la population active et de l'évolution des rémunérations nettes de cette dernière que va dépendre la possibilité de faire face, ou non, à l'augmentation prévue des dépenses. A supposer que la population d'âge actif évolue dans l'avenir comme la population âgée de 15 à 64 ans, et, à supposer encore que le taux d'activité global et le taux de chômage global de la population active demeurent tous les deux constants aux niveaux de 1980, il faudrait alors que la rémunération réelle moyenne de chaque travailleur progresse, de 1980 à 2040, de 0,5 % chaque année, pour que l'augmentation des dépenses inhérentes au seul vieillissement puisse être financée sans majoration d'impôt ou des taux de cotisation de sécurité sociale.

Encore s'agit-il là d'un taux moyen qui ne reflète donc que très imparfaitement l'ampleur des surplus financiers que le vieillissement futur de la population française va imposer d'affecter aux programmes sociaux. On ne saurait, en effet, oublier que ce phénomène ne se manifestera pas avec une égale intensité durant

9. Les soldes migratoires pour les 12 pays étudiés ont été, soit maintenus à leurs niveaux récents (sauf exceptions, relativement faibles), soit supposés nuls (cas de la France).

60 ans. Ses conséquences non plus, bine évidemment. Beaucoup plus significatif, et aussi très sensiblement plus élevé, est le taux de 0,8 % calculé pour la période 2010-2040, soit une période de très forte croissance des dépenses sociales et de baisse concomitante (- 13 %) de l'effectif des personnes d'âge actif.

— Souhaitant isoler un effet « pur », les prospectivistes de l'OCDE ont en conséquence largement utilisé, dans le modèle qu'ils ont élaboré, du raisonnement « toutes choses égales par ailleurs ». Ils n'ont cependant manqué aucune occasion de tester la sensibilité des perspectives mises à jour aux diverses hypothèses démographiques, nous en avons précédemment discuté, mais aussi économiques. De leurs diverses investigations, il est un résultat que nous ne saurions ici passer sous silence, tant il montre combien demain sera nécessairement différent d'hier

et d'aujourd'hui, du point de vue qui nous préoccupe ici du moins.

Parallèlement à une hypothèse de stabilité, aux taux de 1980, des prestations réelles par habitant au titre des soins médicaux, les auteurs ont imaginé que ces mêmes prestations pourraient augmenter, de 1980 à 2040, au même rythme que pendant la période 1975-1984, soit + 4,8 % par an pour la France. Ils ont ensuite calculé, compte tenu de l'évolution démographique future, de combien devrait annuellement croître la rémunération réelle de chaque actif pour que le financement futur des dépenses supplémentaires induites soit juste assuré. Si le premier scénario conduisait à un taux annuel moyen de + 0,34 %, le second débouchait, quant à lui, sur un taux plus de 15 fois plus élevé : + 5,4 % l'an. Pour le seul programme social : soins médicaux ! »

futuribles

Le Gouvernement néerlandais, par exemple, soutient qu'un accès équitable aux soins ne peut être maintenu que moyennant une stabilisation des dépenses. Des primes d'assurances maladies élevées ou l'instauration de cotisations (déductibles et donc cofinancées par la collectivité) risqueraient, selon

L'encadrement des dépenses

Aux Pays-Bas, les dépenses de santé ont été maintenues à un niveau constant par le biais d'un système de mesures de contrôle strictes adopté en 1975 par les pouvoirs publics. Ces mesures sont regroupées en trois catégories :

— élaboration de budgets pour presque chaque type de soins. Ces budgets fonctionnels sont déterminés, chaque année, par le ministère de la Santé, à partir des précédents rapports financiers sur les soins médicaux, et ils sont imposés par l'intermédiaire de la Health Services Law. Ces calculs budgétaires sont effectués en partant du principe que l'augmentation des dépenses de santé s'explique, en grande partie, par une offre trop élevée.

Contrôler cette dernière est encore le meilleur moyen de limiter la hausse des dépenses, et, indirectement, de maintenir un égal accès aux soins pour tous ;

— contrôle des dépenses engagées par les divers services de soins et prescripteurs. L'Etat opère ce contrôle par l'intermédiaire de la Health Services Charges Law, et en s'appuyant sur les recommandations du Central Board for Charges in Health Care ;

— détermination par les pouvoirs publics du niveau des rémunérations des professionnels de la santé. Cette intervention de l'Etat est, en ce domaine aussi, fondamentale puisque les salaires représentent quelque 70 % des dépenses de santé.

lui, de distendre les liens de solidarité tissés entre les personnes titulaires de hauts salaires et les autres. Or, cette solidarité verticale constitue un des fondements essentiels du système de santé des Pays-Bas. Ces dernières années, le gouvernement est parvenu — jusqu'à un certain point du moins — à contenir les dépenses de santé : durant les deux dernières décennies, celles-ci ont approximativement représenté 9 % du PNB et montrent même une légère décroissance depuis 1987.

Pour contenir le coût des dépenses de santé au plus faible niveau, l'Etat néerlandais a décidé que l'accroissement annuel ne dépasserait pas 1 % : ce qui devrait permettre de couvrir tout juste l'augmentation des besoins résultant du vieillissement démographique¹⁹. Mais, on l'a déjà dit, l'augmentation

Les choix de politique de santé

En novembre 1991, une commission d'Etat néerlandaise, dirigée par le cardiologue Dunning, a publié un rapport, *Choices in Health Care*, largement diffusé par le ministère de la Santé, dans lequel elle a prôné l'urgence d'une politique à même de relever les défis posés par l'inéluctable vieillissement de la population et les exigences de financement induites par la rapide évolution scientifique et technologique dans un contexte de tarissement des sources financières.

L'élaboration d'une politique de santé implique, en premier lieu, de définir le « soin nécessaire », celui destiné à rétablir la santé des individus, c'est-à-dire à lui permettre de retrouver toutes ses capacités.

Le « fonctionnement normal » peut être défini de trois façons :

— selon l'approche individuelle, la santé varie en fonction de la constitution de l'individu, de son autonomie et de ses besoins ;

— selon l'approche professionnelle, celle du médecin, la santé c'est l'absence de maladie. Cette approche réduit la santé au fonctionnement biologique et néglige le fonctionnement psychologique des individus aussi bien que leur environnement social.

— selon l'approche collective, la santé est la possibilité donnée à tous les citoyens d'avoir une vie normale.

Pour les auteurs du rapport, l'approche collective devrait inspirer les prises de décision au niveau macro, l'approche professionnelle au niveau méso et l'approche individuelle au niveau micro, le choix individuel se faisant à l'intérieur des limites définies par les approches macro et méso. Les membres du Comité se sont opposés à la restriction de la solidarité sur la base de critères d'âge, de mode de vie, de choix personnels ou de réciprocité, mais ils n'ont vu aucune objection à une restriction de l'accès aux soins sur la base d'une évaluation des coûts et des bénéfices attendus.

Les services de base ne peuvent être abandonnés à la responsabilité individuelle et doivent satisfaire différents critères : la nécessité (fondée sur l'approche collective) et le rendement (fondé sur des analyses de rentabilité). Ces critères permettraient d'identifier les types de soins fondamentaux, et, à ce titre, automatiquement dispensés à tous sans rationnement, les autres types de soins pouvant être rationnés par des listes d'attente. Le rapport recommande, par ailleurs, l'introduction de nouvelles technologies et l'usage approprié des soins médicaux.

19. *Choices in Health Care*. — *op. cit.*

de la demande sera vraisemblablement plus forte que ce scénario de 1 % par an. De plus en plus de services fonctionneront par conséquent avec des listes d'attente. Aux Pays-Bas, les listes d'attente sont déjà particulièrement longues pour les soins à domicile, les maisons de retraite et les institutions spécialisées pour personnes handicapées.

Le statut social des personnes âgées

Pour les personnes âgées, le manque de ressources n'implique pas seulement un accès limité aux services de soins, mais une attitude de plus en plus négative à leur l'égard.

Les seniors sont de plus en plus perçus comme un fardeau pour la société. Ils occupent dans les hôpitaux un nombre croissant de lits, qui ne peuvent donc l'être par de plus jeunes patients ; l'augmentation du coût des soins qui leur sont destinés accroît le coût de l'assurance maladie ; leur demande croissante de soins informels constitue une charge importante pour leurs familles et/ou leurs voisins.

Ces évolutions risquent, incontestablement, de provoquer un affaiblissement du lien de solidarité entre les générations ; à tout le moins, d'ouvrir un débat sur les limites de cette solidarité.

Dans un contexte de ressources limitées, on cherche les responsables. Et l'attention publique se focalise sur ceux qui mettent leur santé en danger par une vie malsaine et des activités dangereuses, notamment en fumant, en buvant, en consommant des drogues, en ne se protégeant pas contre les maladies sexuellement transmissibles, voire même en se blessant lorsqu'ils pratiquent un sport. On estime alors que le comportement irresponsable de ces personnes ne devrait leur donner qu'un accès limité aux services de soins. Cependant, les raisons invoquées sont le plus souvent arbitraires et le nombre d'activités qui pourraient être qualifiées de dangereuses, parce que constituant une menace pour la santé de l'individu, est très étendu²⁰. La recherche de boucs-émissaires, celle qui finit par plonger une population dans le préjudice et le moralisme s'étend, de la même façon, aux personnes âgées. Elles ont peu les moyens de se défendre.

En Europe centrale, leur sort est souvent peu enviable et le risque est grand qu'il le soit de moins en moins²¹. La situation et les perspectives sont

20. Wikler, D. — « Personal Responsibility for Illness ». — Vanderveer, D. ; Regan, T. (eds). — *Health Care Ethics*. — Philadelphia : Temple University press, 1987, pp. 326-358.

21. Blasszauer, B. — « Ethical Issues in Institutional Care ». — Paper for the May Conference of the Project Care for the Elderly : Goals and Priorities. — Maastricht, May 7-8 1993 : Pecs, 1993.

très voisines en Europe occidentale. Au Royaume-Uni, le statut social des personnes âgées s'effrite à vive allure, en majeure partie à cause de l'accroissement de leurs besoins médicaux. On entend déjà fréquemment dire, dans la plupart des Etats européens, que les personnes âgées « abusent »²². Elles ont pourtant le sentiment d'être, elles-mêmes, implicitement et explicitement discriminées (c'est le cas dans le British National Health System). Aux Pays-Bas, les services qui ont des listes d'attente, tels que l'assistance et les soins à domicile, les opérations de la cataracte et les prothèses de la hanche, sont ceux-là mêmes qui sont essentiels aux personnes âgées.

Ce type d'incrimination est pourtant largement infondé, dans la mesure où l'évolution démographique n'est que partiellement responsable — on l'a déjà dit — de l'accroissement des besoins. La médicalisation, l'individualisme et l'affaiblissement de la solidarité entre les générations jouent, en fin de compte, un rôle bien plus fondamental. C'est la façon dont les personnes âgées sont traitées par notre société, et en particulier par le système médical, qui en est la cause la plus profonde²³. L'incidence du facteur démographique sur la demande de soins est considérablement exagéré : en nous focalisant sur la question démographique, nous créons un mythe qui occulte les véritables raisons du manque de ressources.

Au lieu de les culpabiliser, nous devrions permettre aux personnes âgées, par des activités bénévoles ou un travail à mi-temps, d'avoir un nouveau statut dans la société : leur état de santé pourrait s'en trouver amélioré et induire une baisse de leur demande de soins. La considération sociale est au cœur du problème de cette demande.

Soins destinés aux personnes âgées et enjeux de la médecine

Les durées de vie se sont considérablement accrues tout au long du XX^e siècle ; pour partie, grâce aux progrès de la médecine préventive et de pointe. Aujourd'hui, alors que la fréquence des maladies débilitantes chroniques augmente, il nous faut juger si un allongement permanent de la durée de vie est véritablement souhaitable.

La médecine se fixant pour objectif prioritaire de faire reculer toujours plus loin la mort, il est dans la logique des choses que la recherche scienti-

22. Everaerts, N. ; Peeraer, J. ; Ponjaert-Kristoffersen, I. — *Zorg om zorg. Misbehandelen van ouderen*. — Leuven : Garant, 1993.

23. Clark, Ph.G. — « Canadian Health-Care Policy and the Elderly : Will Rationing Rhetoric Become Reality in an Aging Society ? ». — in *Canadian Journal of Community Mental Health*, n° 8, 1989, pp. 123-140. Et Callahan, D. — *What Kind of Life*. — *op. cit.*

fique s'efforce de déterminer les causes du vieillissement. Bien qu'à court terme aucun progrès fondamental ne soit attendu, les chercheurs évoquent pourtant ouvertement des durées de vie limites de 130, voire 140 ans (au lieu des quelque 115 ans actuels). Le vieillissement est désormais considéré comme une maladie, et non plus comme une fatalité inhérente à la condition humaine.

Il y a quelques années, Léon Kass déclarait que les soins médicaux sont davantage tournés vers la lutte contre les maladies les plus mortelles que vers le traitement des causes de santé précaire²⁴. Comme si l'on préférerait survivre, fut-ce en très mauvais état de santé. Le but essentiel de la médecine étant, selon lui, de parvenir à l'immortalité de l'homme, les progrès ne se mesurent qu'en gains d'années de vie, la variabilité des états de santé entre divers pays ne s'appréciant, pour sa part, qu'à la seule aune des différences d'espérances de vie.

L'éradication des principales maladies mortelles des personnes âgées, comme le cancer ou les problèmes cardiaques, n'aurait pourtant qu'un effet limité sur les espérances de vie : plus 6 à 7 ans à la naissance, plus 1 an à 1,5 an à 65 ans. Plutôt que de s'obnubiler sur des seuils utopiques, les scientifiques feraient, peut-être, mieux d'admettre la finitude de la condition humaine.

Cette tendance de la médecine à vouloir privilégier la durée de la vie plutôt que sa qualité vaut aussi lorsque les patients sont âgés. Même pour ceux qui ont atteint ou dépassé 80 ans et qui souffrent, par exemple, de sérieux troubles cardiovasculaires, les actes aussi lourds qu'un pontage sont presque devenus banals. Un cardiologue néerlandais, parmi les plus réputés, affirmait récemment que dans la mesure où ces traitements sont effectués chez des personnes en bonne forme physique, l'âge n'est pas un indicateur susceptible de restreindre leur usage²⁵.

Nous ne devrions pourtant pas accuser la médecine, et les corps médicaux dans leur ensemble, de privilégier cette approche. Nous voulons nous-mêmes récolter les fruits des avancées technologiques²⁶. Le désir de prolonger la vie est inscrit depuis des siècles au cœur de notre culture. Les débuts de l'époque moderne ont ainsi été marqués par l'idée qu'il nous fallait lutter contre la mort et faire s'accroître le plus possible la durée de la vie humaine. La vie apparaît comme un bien précieux qui doit être protégé à n'importe quel prix : là réside la mission culturelle de la médecine²⁷. Le déficit de ressources est ainsi largement déterminé par le contexte sociétal qui élève l'allongement de la vie au rang d'idéal absolu.

24. Kass, L. — « The Ends of Medicine ». — in Caplan, A.L. ; Engehardt, H.T. — *Concepts of health and Disease : Interdisciplinary Perspectives*. — Reading, MA. : Addison-Wiley, 1981.

25. Koster, R.W. — « Cardiologie bij ouderen ». — *Ouder Worden nu '90*, Almere, 1990.

26. Callahan, D. — *op. cit.*

27. Achterhuis, H. — *Het rijk van de schaarste. Van Thomas Hobbes tot Michel Foucault*. — Baar : Ambo, 1988.

Malgré tous ses efforts, l'homme demeure cependant toujours mortel. Sa vie ne peut s'étirer à l'infini²⁸. Ce n'est ni possible, ni souhaitable au demeurant : une vie plus longue signifiant une santé qui se dégrade. Le sens de la vie est en outre étroitement lié à la finitude. Pour Van Tongeren, philosophe néerlandais, la valeur de notre vie est essentiellement déterminée par notre attitude face à la mort²⁹.

En cédant à cette utopie d'une vie illimitée, nous cultivons, par la même occasion, certains préjugés contre la vieillesse. Celle-ci ne peut, en effet, être perçue que comme une forme de déviance, une maladie contre laquelle il faut lutter pour, dans le meilleur des cas, la supprimer³⁰. La vieillesse n'est que le prolongement de la vie adulte et n'a pas de signification propre. Si l'on tient compte, d'une part, de l'accélération de la maturité des jeunes et, d'autre part, de l'allongement de la période d'activité, nous ne pouvons qu'admettre, avec Bernice Neugarten, que nous allons vers une société « sans âge », dans laquelle la « jeunesse éternelle » sera la norme universelle³¹.

La médicalisation de la population âgée réside, en grande partie, dans cette méconnaissance évidente du sens de la vieillesse³². Cette médicalisation des seniors, et la sur-utilisation des services de soins qui en résulte, ne pourront être stoppés que lorsque nous admettrons enfin que nous sommes des êtres fragiles et mortels. Et nous n'accepterons notre fragilité et notre fatale mortalité que lorsque nous saurons donner un sens à la dernière étape de notre vie.

Les devoirs des différentes générations

La question de la solidarité intergénérationnelle et des obligations réciproques des jeunes et des personnes âgées se pose de manière cruciale à toute société vieillissante. Naguère, les devoirs des uns et des autres étaient clairement établis : les jeunes étaient dans l'obligation de subvenir aux besoins financiers et matériels de leurs parents devenus vieux, tandis que ces derniers prenaient soins de leurs petits-enfants et veillaient à leur éducation pendant que leurs parents travaillaient. Ces devoirs étaient fondées sur un principe de

28. Callahan, D. — *op. cit.*

29. Tongeren, P. van. — *Life Extension and the meaning of Life..* — à paraître.

30. Cole, T.R. — « Aging, History and Health : Progress and Paradox ». — In Schroots J.F. ; Birren J.E. ; Svanborg A. — *Health and Aging*. — New York & Lisse : Swets, 1988. pp. 45-63.
Cole, T.R. — *The Journey of Life. A cultural History of Aging in America*. — New York, Cambridge University Press, 1992.

31. Moody, H. — « The Meaning of Life in Old Age ». — in Jecker, N. — *Aging and Ethics*. — Clifton, N.J., 1991 a, pp. 51-92.

32. Callahan, D. — *Setting Limits. Medical Goal in an Aging Society*. — New York : Simon and Schuster, 1987.

réciprocité : les jeunes prenaient en charge les plus vieux et ceux-ci aidaient de leur mieux les plus jeunes ³³.

Par delà ce soutien familial mutuel, depuis le début du siècle, un fort lien de solidarité intergénérationnelle s'était maintenu dans toute la société. Les personnes âgées étaient financièrement de plus en plus aidées pour leur permettre d'accéder, autant que de besoin, aux services médicaux et sociaux. Cette solidarité à leur égard se traduisait par le paiement de cotisations d'assurances maladie et retraite et d'impôts destinés à financer divers services spécifiques.

Ces deux expressions de la solidarité entre les générations tendent à s'étioler. Tout d'abord, le degré de dépendance entre jeunes et vieux change, les premiers devant subvenir aux besoins d'un nombre de plus en plus élevé de personnes âgées. Pour les sociétés vieillissantes, c'est un vaste problème qui concerne non seulement les soins médicaux, mais encore tous les programmes sociaux bénéficiant aux personnes âgées, à commencer par les systèmes de retraite. Une solution consisterait à autoriser (ou à contraindre) les personnes âgées à travailler au delà des âges actuels de départ en retraite. Cette stratégie est actuellement entravée par les problèmes de chômage qui, à court terme, avec l'entrée de plus en plus massive des femmes dans la vie active n'ont guère de chances de se résorber. L'augmentation des cotisations maladie et du coût de la retraite grève de plus en plus le budget des jeunes adultes, les contraint à moins dépenser pour eux-mêmes et pour leurs enfants, et avive les tensions entre les générations ³⁴.

La solidarité intergénérationnelle est affaiblie pour une autre raison : les cadres traditionnels, la famille et le voisinage, se sont profondément modifiés durant les dernières décennies. De nouvelles formes de vie commune et d'éducation se sont substituées au modèle ancien. Les enfants habitent moins systématiquement à proximité de leurs parents. Ils partent dans d'autres villes. Ils n'ont plus les mêmes modes de vie ni la même façon d'élever leurs enfants.

Les générations résident ainsi à distance les unes des autres, au sens géographique comme au sens social ou idéologique du terme. Cet éloignement croissant est renforcé par l'individualisme et la libéralisation progressive des mœurs. Les valeurs traditionnelles telles que l'altruisme et la solidarité sont aujourd'hui jugées démodées. La nature des devoirs des jeunes à l'égard des aînés est, dès lors, de plus en plus floue.

Il ne faut pas, pour autant, perdre de vue qu'il ne s'agit là que de tendances générales. Des analyses sociologiques montrent qu'au niveau

33. *ibid.*

34. Jovenel, H. de. — « Le grand tournant démographique ». — in *Europe blanche, les conséquences médicales et socio-économiques du vieillissement des populations*. — Paris, 1990, pp. 23-32.

micro, la famille joue toujours un rôle déterminant en procurant aux personnes âgées les soins qui leur sont nécessaires³⁵. La solidarité intergénérationnelle est un concept multidimensionnel : les membres d'une même famille qui seront, géographiquement, très éloignés les uns des autres, pourront être véritablement solidaires quand d'autres, qui habiteront pourtant à proximité les uns des autres, n'auront entre eux que des liens très distendus³⁶.

Les liens et devoirs entre les diverses générations sont fondamentaux pour toute société. Et il conviendrait de prêter davantage attention aux valeurs de réciprocité et de solidarité, en cherchant tout d'abord à les adapter aux mutations de la société.

Des allocations de ressources pour les soins médicaux

La demande croissante de soins, de longue durée tout particulièrement, pose un réel problème de financement. Le budget de la santé ne peut indéfiniment augmenter dans le PNB.

Une solution consisterait dans une réaffectation des ressources, par exemple, de celles affectées aux soins ponctuels vers les soins prolongés. Pour des auteurs tels que Callahan³⁷, on pourrait restreindre l'accès de ce type de soins, financés sur fonds publics, par l'instauration d'une limite d'âge : au-delà d'une certaine « durée de vie naturelle » (qui n'est pas biologique mais « biographique »), certains traitements destinés à prolonger la vie ne devraient plus pouvoir être administrés. En contrepartie, l'accès aux soins prolongés serait facilité.

La proposition de Callahan a été fortement critiquée car elle tendait à discriminer les personnes âgées³⁸. En particulier, les gérontologues et les spécialistes des questions d'éthique soutiennent que chaque âge a son importance et qu'il n'est personne qui puisse s'arroger le droit de décider pour autrui que sa vie est achevée ou qu'il a atteint la limite de la « durée de vie naturelle ». Rien ne justifie, affirment-ils, qu'une personne âgée attache moins de valeur à sa vie qu'une personne plus jeune. En ne considérant que l'âge et non la

35. Johnson, M. — « Generational Relations Under review ». — in Hobman, D. — *Uniting Generations : Studies in Conflict and Cooperation*. — London : Ace Books, 1993.

36. *ibid.*

37. Callahan, D. — *Setting Limits*. — *op. cit.*

38. Barry, R.L. ; Bradley, G.V. — *Set No Limits. A Rebuttal to Daniel Callahan's Proposal to Limit Health Care for the Elderly*. — Urbana and Chicago : University of Illinois Press, 1991.

La guerre des âges aura-t-elle lieu ?

Tel était le titre du texte introductif au dossier spécial consacré à ce sujet par la revue *Futuribles* en octobre 1988 (*Futuribles*, n° 125). Y figuraient notamment un texte de Thomas M.D. Mahoney sur « Le vieillissement démographique aux Etats-Unis. Un enjeu politique et social majeur » et un article de James R. Jones « Conflit entre générations aux Etats-Unis ». Thomas M.D. Mahoney écrit notamment : « La liste des arguments avancés par les défenseurs du rationnement est longue et intéressante. Pour des raisons de concision, on n'en donnera ici que quelques exemples. Ce n'est certes pas le Gouverneur du Colorado, Richard Lamm, qui a lancé le débat sur ce sujet, mais c'est lui qui l'a ramené de façon spectaculaire sur le devant de la scène au printemps 1984 en déclarant froidement que les personnes âgées atteintes de maladies mortelles « ont le devoir de disparaître et de laisser la place » à « l'autre société, celle de nos enfants ». Il a comparé les personnes âgées aux « feuilles qui tombent et forment l'humus où croîtront d'autres plantes ». « M. Lamm refuse que l'on s'efforce de prolonger artificiellement la vie des personnes âgées en raison des coûts que cela implique. A la même époque, l'administration Reagan encourageait la réduction des soins de santé et appliquait de nouvelles restrictions financières aux hôpitaux et à la profession médicale, pratique qui recueillait d'ailleurs l'accord d'un éminent expert du Congrès en matière de soins de santé, lequel déclarait au cours d'une réunion à des médecins que c'était à eux de se charger du rationnement des soins car le Congrès avait déjà assez d'autres problèmes ».

Si le Gouverneur Lamm a été très critiqué, il s'est aussi attiré quelques sympathies. L'ancien Sénateur de New-York, Jacob Lavits, par exemple, déclarait que la profession médicale devait contribuer à l'établissement de règles permettant de « déterminer qui doit vivre et qui doit mourir ». Il disait aussi du Gouverneur Lamm qu'il avait « soulevé une question de la plus haute gravité » (...).

Comme l'a souligné le Dr John W. Rowe, alors Directeur de la division sur le vieillissement à la Harvard Medical School, à un congrès sur l'éthique médicale en date du 22 octobre 1987, le rationnement des soins aux personnes âgées n'est pas une idée neuve. Le fait est que, tous les jours dans les hôpitaux, médecins et infirmières doivent répartir les ressources limitées dont ils disposent et décider qui recevra quel traitement. Le Dr Rowe a, en outre, fait observer que les besoins des personnes âgées dépassent, et de loin, ce que le pays est en mesure de fournir et de financer. A la base, a ajouté le Dr Rowe, la question fondamentale est de savoir « si nous nous orientons vers des politiques prévoyant que les personnes âgées, en raison de leur âge ou de tout autre critère, ont automatiquement moins le droit que les autres de bénéficier de soins et, dans l'affirmative, comment ces politiques seront élaborées » (...).

Quant à l'ouvrage publié fin 1987 par Daniel Callahan sous le titre *Setting Limits : Medical Care in an Aging Society*, il a largement retenu l'attention, à une époque où l'escalade des coûts faisait peser des contraintes sur les ressources fédérales. Callahan, spécialiste de l'éthique biologique et Directeur du Hastings Center (Hastings, New-York), préconise un programme en trois volets pour résoudre le problème du coût des soins aux personnes âgées :

- mettre un terme aux travaux de recherche et développement sur les découvertes médicales et les innovations technologiques touchant aux pratiques de survie ;

- n'accorder aucun traitement de survie aux personnes de plus de 75 ans ;

- faire bénéficier, en compensation, les personnes âgées de soins à domicile, de traitements des maladies chroniques (réorientation des ressources des soins intensifs vers les soins chroniques) et d'autres services financés sur le budget national.

Selon lui, et il a confirmé cette opinion lors de nombreuses interventions dans des

congrès et dans les médias, le vieillissement ne doit plus être regardé comme un déclin inutile, mais comme « un au-revoir salutaire au profit des jeunes ». Il défend une nouvelle idée de la mort et cherche à déterminer dans quelle mesure celle-ci permettra de limiter les coûts et les services de santé. Le point central de sa thèse est qu'il faut changer l'idée que se font les Américains du vieillissement et de la mort, ce qui ne peut que déboucher sur une bonne chose, la maîtrise des coûts médicaux.

En rationnant les soins aux personnes âgées, l'Amérique sera en mesure de faire face à ses autres engagements. Comme Callahan l'a dit lors d'un récent débat patronné par le National Council on Aging, « le troisième âge américain n'a pas le droit de s'offrir une immortalité progressive aux frais de la société ». Le principal sujet de préoccupation de la nation doit être les générations à venir et non le bien-être égoïste des personnes âgées. « L'obsession de repousser toujours les frontières de la mort et du déclin a fait perdre son sens à la vieillesse », a-t-il souligné en ajoutant « longue vie n'est pas synonyme de vie meilleure »¹.

Dans le même dossier de *Futuribles*, Hugues de Jouvenel écrivait :

« Si nous ne faisons rien pour remédier aux déséquilibres croissants qui existent entre le nombre d'actifs cotisants et celui

des inactifs allocataires, si en outre nous ne faisons rien pour rationaliser notre système de santé afin d'assurer une meilleure adéquation entre l'offre et les besoins, nous serons condamnés à procéder à des arbitrages de plus en plus délicats dans l'affectation des ressources publiques et à rationner les soins ».

« Ayant lâché le mot de rationnement, alors que j'étais invité par J.P. Elkabbach sur Europe n° 1, la réplique ne se fit pas attendre : cris d'indignation des auditeurs et violente tribune de Georges Marchais dans *l'Humanité* me qualifiant tout simplement d'assassin, alors somme toute que je ne faisais que lancer un avertissement ». « Salutaire est sans nul doute l'indignation qu'inspire la menace d'un rationnement des soins. Reste donc à l'éviter et, pour ce faire, à examiner franchement le problème majeur de société que posent, d'une part le déséquilibre croissant entre les actifs cotisants et les inactifs allocataires et d'autre part les dysfonctionnements de notre système de santé ».

« Notre société aura-t-elle le courage d'aborder ces questions de front, ou bien continuerons-nous à jouer à l'autruche et à manier l'invective ? ».

Depuis octobre 1988 — soit depuis sept ans — qu'avons-nous fait qui soit réellement de nature à éviter l'explosion des conflits d'intérêts ainsi mis en évidence ?

futuribles

1. American Association of Retired persons News Bulletin, juin 1988.

Source : Revue *Futuribles*, n° 125, octobre 1988.

vie elle-même, on méprise l'irremplaçable valeur de la personne humaine qui constitue le fondement moral de notre société.

D'un autre côté, on ne peut nier que les personnes âgées qui ont passé le cap des 75 ans ont déjà eu une « part équitable de vie » et ont eu tout loisir de profiter de l'existence³⁹. Nous recevons tous la nouvelle de la mort d'un jeune avec énormément de peine et nous la considérons comme une tragédie. Si le décès d'une personne âgée éveille une grande douleur, il est rarement perçu comme tragique. Les possibilités de traitements étant limitées, s'il faut

39. Harris, J. — *The Value of Life*. — London : Routledge and Kegan Paul, 1985.

arbitrer entre, d'une part, une personne qui a déjà eu une « durée de vie équitable » et, d'autre part, une personne qui n'y pas encore eu droit, il semble plus rationnel de le faire en faveur de la seconde.

On peut toutefois douter des économies budgétaires que la solution de Callahan permettrait de réaliser. L'accroissement des dépenses de santé induit par le vieillissement tient moins au coût des traitements qui permettent d'allonger la durée de vie, qu'à la multiplication des consultations effectuées auprès de médecins généralistes et à la plus forte fréquence des hospitalisations⁴⁰. Les admissions de personnes âgées dans les services hospitaliers répondent, dans une très large mesure, au souci d'améliorer leur vie, c'est à dire d'améliorer l'état des fonctions physiques nécessaires à la vie de tous les jours. Dans les hôpitaux néerlandais, les opérations effectuées sur les personnes âgées concernent, le plus souvent, des problèmes de cataracte, de prostate, de fémur fracturé ou de hernies inguinales. Le premier traitement permettant d'allonger la durée de vie (pontage des artères coronaires) n'arrive qu'en 14^e position. Borst-Eilers a ainsi calculé, à partir de cette classification, que limiter l'accès des soins permettant d'allonger la durée de vie pour les personnes âgées de plus de 75 ans ne permettrait d'économiser que 100 ou 200 millions de florins, ce qui ne représenterait donc, au plus, que 0,5 % du budget néerlandais de la santé⁴¹.

A la fin de la vie, les dépenses engagées pour raison médicale proviennent des soins administrés à domicile et des autres soins de longue durée. Le coût des soins intensifs destinés à allonger la durée de vie est beaucoup plus faible⁴² ; une minorité des pensionnaires des maisons de retraite recevant des traitements intensifs faisant appel à la haute technologie (réanimation, ventilation et alimentation artificielles). La majorité des dépenses médicales s'accumule ainsi sur les douze derniers mois de la vie⁴³.

A l'heure actuelle, en limitant l'accès des personnes âgées aux soins intensifs, on ne résout pas la question des allocations. On pourrait certes justifier cette solution par l'argument éthique évoqué précédemment, mais il n'en résulterait aucune économie budgétaire et l'introduction d'un critère d'âge

40. Jouvenel, H. de. — *Europe's Ageing Population. Trends and Challenges to 2025*. — Guilford : Edition Futures and Futuribles, Butterworths, 1989.

41. Borst-Eilers, E. — « Leefstijd als criterium » in J.K.M. Gevers et H.J. Hubben. — *Grenzen aan de zorg. Zorgen aan de grens*. — Alphen aan de Rijn : Tjeenk Willink, 1990.

42. Jahnigen, D. ; Binstock, R.H. — « Economics and Clinical Realities : Health Care for Elderly People ». — in Binstock, R.H. ; Post, S.G. — *Too Old for Health care ? Controversies in Medicine, Law, Economics and Ethics*. — Baltimore : John Hopkins University Press, 1991, pp. 13-43.

43. Scitovsky, A.A. — « The High Cost of Dying : What Do the Data Show ? ». — in *Milbank Memorial Fund Quarterly*, n° 62, 1984, pp. 591-608.

Scitovsky, A.A. — « Medical Care in the Last Twelve Months of Life : The Relation between Age, Functional Status and Medical Expenditures ». — in *The Milbank Quarterly*, n° 66, 1988, pp. 640-660.

Scitovsky, A.A. ; Capron, A.M. — « Medical Care at the End of Life : the Interaction of Economics and Ethics ». — in *Annual Review of Public Health*, n° 7, 1986, pp. 59-78.

renforcerait le phénomène de discrimination affectant les personnes âgées. Par ailleurs, le corps médical s'opposera à l'imposition d'une limite d'âge ; chaque médecin veut pouvoir donner à ses patients le meilleur traitement possible et n'entend limiter l'administration de soins intensifs aux patients âgés que pour raisons médicales.

On a tendance, notamment aux Etats-Unis, à vouloir allonger le plus possible la vie des personnes très âgées. Le nombre de personnes âgées de plus de 80 ans qui doivent subir des transplantations d'organes, des opérations à cœur ouvert ou des dialyses rénales, ne cesse d'augmenter. Une étude de Hosking et alii⁴⁴ révèle qu'au cours des deux dernières décennies, le nombre de personnes qui, âgées de 90 ans ou plus, ont survécu à ce type d'opération a fortement augmenté. Pour leur part, Denney et Denson⁴⁵ avaient calculé qu'en 1972, 29 % de cette catégorie d'opérés étaient décédés dans un délai de trente jours ; Hosking avait trouvé une proportion de 8,4 %. On peut difficilement comparer ces études, mais les résultats de l'analyse de Hosking laisseraient entendre que les personnes très âgées tolèrent de mieux en mieux le stress des opérations chirurgicales. Probablement, grâce aux progrès de la chirurgie et de l'anesthésie et à la meilleure qualité des soins⁴⁶. Cette étude rétrospective ne montrait toutefois aucune amélioration des capacités de « survie ».

La solution préconisée par Callahan d'imposer des limites ne serait en réalité adaptée qu'à la situation (dans laquelle nous pourrions prochainement nous trouver) où l'administration des traitements intensifs aux personnes âgées de 80, voire 90 ans serait affaire très courante⁴⁷. Nous devrions alors moins privilégier l'extension de la durée de vie moyenne, à l'aide de technologies coûteuses, que l'amélioration des soins prolongés. Ces ré-orientations et ré-allocations ne devraient toutefois pas s'opérer par limitation directe ou déguisée en fonction de l'âge de l'accès aux soins cliniques. D'un point de vue politique, il est plus facile de trouver de nouvelles ressources pour financer les soins aux personnes âgées par des voies indirectes, telles que l'instauration d'un ordre de priorité dans les programmes de recherche (dotations financières plus importantes à la recherche sur les maladies chroniques) et des allocations de ressources au niveau macro (davantage de maisons de retraite plutôt que des unités de soins intensifs plus nombreuses)⁴⁸.

44. Hosking, M.P. ; Waner, M.A. ; Lobdell, C.M. ; Offors, K.O. ; Melton, L.J. — « Outcomes of Surgery in Patients 90 years of Age and Older », — in *Journal of the American Medical Association*, n° 261, 1989, pp. 1909-1915.

45. Denney, J.L. ; Denson, J.S. — « Risk of Surgery in Patients over 90 », — *Geriatrics*, n° 27, 1972, pp. 115-118.

46. Hosking, M.P. *et al.* — *op. cit.*

47. Callahan, D. — *Setting Limits*. — *op. cit.*

48. Moody, H. — « Allocation Yes ; Age-based Rationing, No », — in Binstock, R.H. ; Post, S.G. — *op. cit.*, pp. 180-203.

Familles, société et soins prolongés

Dans la plupart des pays industrialisés, on tient l'Etat responsable du financement des soins nécessaires aux personnes âgées, notamment des soins de longue durée. L'accroissement du nombre de personnes âgées et de leur demande de soins font pourtant que les familles et le voisinage sont appelés à s'occuper de plus en plus de leurs parents ou proches peu ou prou dépendants. Les filles sont en particulier de plus en plus mobilisées par l'aide aux parents très âgés⁴⁹. Les devoirs familiaux imposent de la sorte une forte pression qui peut devenir un véritable fardeau physique et psychologique, susceptible de conduire les aidants eux-mêmes à la maladie.

De plus, tout le temps et tout l'argent investis pour soigner les parents sont autant de moins qui pourraient être consacrés aux structures de prise en charge collectives⁵⁰.

Par ailleurs, si les jeunes adultes ont des devoirs à l'égard de leurs parents malades, ils en ont aussi à l'égard de leurs propres enfants ; sans compter que ces jeunes adultes souhaiteraient bien pouvoir réaliser leurs propres projets professionnels et privés.

La plupart des individus ressentent bien qu'ils doivent s'occuper des personnes qui les ont eux-mêmes soignés dans leur enfance, mais le degré de

Une campagne publique sur le choix des soins médicaux

L'objectif principal de la campagne étant de limiter la médicalisation et la croissance des dépenses de santé, l'un des mandats du comité de Choices in Health Care consistait déjà dans l'ouverture d'un débat public sur la nécessité d'opérer des choix. Le comité s'y est employé en développant une politique de communication poursuivant une double fin :

- démontrer la nécessité et les aspects positifs d'une action ;
- faire admettre aux personnes qu'elles peuvent elles-mêmes procéder à des choix, et les encourager à agir ainsi.

Il fallait que le sujet arrivât sur l'agenda politique par un travail de coopération entre les principaux porte-parole de l'opinion et les organismes professionnels.

Le deuxième objectif se réalisera via des projets à beaucoup plus petite échelle élaborés à l'attention de certaines sous-populations — celles des femmes, des personnes âgées ou des patients/consommateurs — pour les inciter à un usage plus responsable et plus mesuré des services de santé.

49. Abel, E. — *Who Cares for the Elderly ? Public Policies and the Experiences of Adult Daughters*. — Philadelphia PA : Temple University Press, 1991.

50. Evers, A. ; Olk, T. — « The Mix of Care Provisions for the Frail Elderly in the Federal Republic of Germany ». In Evers, A. et Svetlik, I. — *New Welfare Mixes in Care for the Elderly*. — Vienna, European Center for Social Welfare Policy and Research, 1991, vol 3, pp. 59-100.

priorité de cette obligation par rapport aux autres reste assez flou et cette confusion éveille un sentiment de malaise et, le plus souvent, de culpabilité.

Les devoirs des Etats et des familles envers les populations âgées ont une contrepartie. Si la société et les familles doivent supporter une charge de plus en plus lourde, les personnes âgées ne doivent-elles pas limiter leurs exigences et prendre elles-mêmes davantage soin de leur santé et de leur bien-être par une meilleure hygiène de vie ? Sous réserve, naturellement, qu'elles puissent être aidées si nécessaire. C'est précisément ce que recherche la Dutch Public Campaign for Choices in Health Care (1992), en encourageant les personnes âgées — et, par là-même, tous les patients — à faire un usage plus mesuré des services de soins. La campagne a pour slogan « moins de soins ne signifie pas une moins bonne santé ».

Bien que les enjeux éthiques soient vraisemblablement les mêmes dans la plupart des pays industrialisés, la façon dont ils sont abordés diffère d'un Etat à l'autre, voire d'une région à l'autre. Par exemple, le très faible prestige des personnes âgées dans les pays post-communistes d'Europe centrale et orientale contraste fortement avec le statut confortable de celles qui vivent en Occident. Cette différence est de la même façon très importante entre l'Europe et les Etats-Unis. Dans ces derniers, les seniors constituent un très puissant groupe de pression, dont l'influence politique est forte. En Europe, les personnes âgées sont à peine organisées et n'ont, comparativement, que

Que devons-nous aux personnes âgées ? Le projet de l'Institut of Bioethics et du Hasting Center

En 1992, l'institut of Bioethics (Maastricht) et le Hasting Center (New York) ont lancé un projet international, dans lequel les enjeux éthiques des sociétés vieillissantes sont analysés par un groupe de chercheurs européens et américains. Appartenant à diverses disciplines scientifiques (sociologie, gérontologie, gériatrie, médecine, éthique, philosophie et politique de santé), ces chercheurs tentent d'aborder les questions éthiques à partir des projections démographiques et des statistiques des demandes de santé des personnes âgées élaborées dans les divers Etats participant au projet. Celui-ci est financé par l'Institut of Bioethics, le Hasting Center et la Commission européenne, dans le cadre de l'Année

européenne de la solidarité à l'égard des personnes âgées, et par des fonds privés (1993). Il a donné lieu à diverses publications, dont « What Do We Owe The Elderly ? Allocating Social and Health Care Resources », une brochure publiée sous forme d'un numéro spécial du Hasting Center Report et destinée à diffuser la charte du projet et les recommandations clefs.

Au printemps 1995, le Hasting Center a lancé une nouvelle Series on Bioethics, inaugurée par un volume sur les enjeux éthiques des sociétés vieillissantes. La conférence What Do We Owe The Elderly ?, qui a eu lieu au Centre d'exposition de Maastricht (16-17 septembre 1994), fut, pour sa part, une incontestable réussite.

très peu d'influence politique. Cette situation pourrait toutefois bientôt changer : aux Pays-Bas, lors des dernières élections législatives, des partis politiques représentant les personnes âgées sont entrés au Parlement en gagnant des voix sur les partis traditionnels.

Bien que la question du vieillissement débouche sur de véritables enjeux éthiques, les gouvernements des pays développés n'y ont, jusque là, prêté que peu d'attention. La plupart des dirigeants politiques sont parfaitement conscients des évolutions démographiques, et certains ont pris des mesures pour améliorer la situation médicale, sociale et économique des personnes âgées. Mais les programmes à long terme font presque partout défaut. C'est particulièrement vrai dans le domaine des soins apportés aux personnes âgées, les soins spécifiques étant largement dominants par rapports aux soins de longue durée. Les besoins croissants de santé vont soulever de sérieux problèmes moraux, au sein des institutions comme au sein des familles. Quoiqu'il en soit, les premières et principales victimes de cette absence de vision politique à long terme seront les personnes âgées elles-mêmes.



LA REVUE UNIVERSITAIRE POUR DIRIGEANTS ET CADRES
QUI ACTUALISE EN PERMANENCE
LEURS COMPETENCES EN MANAGEMENT

SOMMAIRE DU NUMÉRO 4/95

L'évaluation de la dépréciation de la marque : un obstacle à la gestion d'un portefeuille de marques, Boualem Aliouat.

Malaise social et nouvelles valeurs dans l'entreprise, Pia Imbs

DOSSIER

PARTENARIATS D'ENTREPRISES NORD-SUD

Ce dossier a pour objectif d'étudier la nature, le fonctionnement et les impacts des alliances stratégiques entre des PME du Nord et des PME du Sud dans des perspectives de complémentarité et de renforcement mutuel.

Pour tout renseignement : GESTION 2000, Verte Voie, 20, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique

Tél. : (32) 10.45.34.35 - Fax : (32) 10.45.40.60

Abonnement : 6 numéros : 5.900 BEF (port et TVA non inclus)

Achat d'un numéro isolé : 1.100 BEF (port et TVA non inclus)

FUTURIBLES EST EN VENTE DANS LES LIBRAIRIES SUIVANTES

À PARIS ET EN RÉGION PARISIENNE

1^{er} : Delamain-Gallimard, 42 61 48 78 - Fnac Forum (sociologie), 40 41 40 00 • **5^e** : Compagnie, 43 26 45 36 - Le Tiers Mythe, 43 26 72 70 - Interférences, 47 07 70 06 - Point du Jour, 43 26 20 17 - PUF, 43 25 83 40 • **6^e** : Le Divan, 43 26 84 73 - Fnac Montparnasse (sociologie), 49 54 30 00 - Gibert Jeune (économie), 43 25 91 19 - La Hune, 45 48 35 85 - Librairie de l'Odéon, 43 54 75 31 - Tschann, 43 35 42 05 • **7^e** : Art et Actualité, 45 51 82 60 - Documentation Française, 40 15 70 00 - Librairie des Sciences Politiques, 45 48 36 02 - Gallimard, 45 48 24 84 • **8^e** : Librairie Cinquante-Neuf, 45 62 20 48 • **12^e** : La Terrasse de Gutenberg, 43 07 42 15 • **16^e** : Lavocat, 45 27 45 39 - Dunod Dauphine, 44 05 40 13 • **17^e** : Fnac Étoile (sociologie), 44 09 18 00 • **19^e** : Vivre Livre, 42 06 33 77 • **Cergy Pontoise** : Fnac Cergy (économie), 30 75 33 66 • **Créteil** : Chroniques (sc. humaines), 43 77 96 71 • **La Défense** : Sources d'Europe, 41 25 12 26

EN PROVINCE

Aix-en-Provence : Librairie de l'Université, 42 26 18 08 - Librairie de Provence, 42 26 07 23 - Vents du Sud, 42 23 03 38 • **Arc-et-Senans** : Librairie Ledoux, 81 54 45 44 • **Bordeaux** : Fnac Bordeaux (sociologie), 56 00 21 30 - La Machine à Lire, 56 48 03 87 - Librairie des Entreprises, 56 48 01 96 - Mollat, 56 56 40 40 • **Clermont-Ferrand** : Jean Rome, 73 91 62 55 - La Procure, 73 91 64 63 - Les Volcans d'Auvergne, 73 43 66 62 • **Lannion** : Gwalarn, 96 37 40 53 • **Lille** : Le Furet du Nord, 20 78 43 43 • **Lorient** : La Bouquinerie, 97 21 26 12 • **Lyon** : Decitre, 78 75 70 82 - Librairie des Nouveautés, 78 37 16 24 - Flammarion (sc. humaines), 72 56 21 21 • **Marseille** : Brahic, 91 33 11 98 - Fnac Marseille (économie), 91 39 94 00 - Librairie du Sud Tacussel, 91 48 40 04 - Maupetit (sc. humaines), 91 48 71 77 • **Montpellier** : Sauramps, 67 58 85 15 • **Nancy** : Hall du Livre, 83 35 53 01 - Fnac Nancy (droit) 83 17 37 37 • **Nantes** : Vent d'Ouest, 40 48 64 81 • **Nice** : À la Sorbonne, 93 13 77 70 • **Nîmes** : Goyard 66 67 20 51 • **Quimper** : La Procure, 98 95 88 71 • **Quimperlé** : Le Bateau Livre, 98 39 04 32 • **Rennes** : Le Forum du Livre, 99 79 38 93 - Le Failler, 99 79 60 26 • **Saint-Malo** : Librairie du Môle, 99 40 83 97 - L'Odyssée, 99 56 57 50 • **Strasbourg** : Kléber (sc. humaines), 88 75 53 34 • **Vannes** : Cheminant, 97 42 74 11

À L'ÉTRANGER

En Belgique : **Louvain-la-Neuve**, Agora, (10) 45 05 66 • **Bruxelles**, Tropismes, (2) 512 88 52 • En Suisse : **Genève**, Librairie du Boulevard, (22) 328 70 54

Et à Futuribles, 55 rue de Varenne, 75341 Paris cedex 07 - France

Tél (33.1) 42 22 63 10 • Fax (33.1) 42 22 65 54 • 36 15 SJ*FUTURIBLES

L'Europe sans emploi, l'Amérique sans le sou ?¹

Paul Krugman²

Paul Krugman part d'un constat bien connu. Les pays occidentaux n'ont cessé de s'enrichir et cependant souffrent d'une pauvreté croissante : aux Etats-Unis en raison de la croissance du volume d'emplois rémunérés en deçà du seuil de pauvreté, en Europe en raison de l'augmentation du nombre de chômeurs. L'ajustement s'est opéré outre-Atlantique par les salaires et, de ce côté-ci, par le chômage (et plus encore le sans-emploi).

Ce phénomène résulte de la dynamique différente des marchés de l'emploi et des processus de régulation économique et sociale américains et européens : là-bas la flexibilité s'étant traduite par un fort accroissement des inégalités de revenus ; ici « l'Etat-providence » ayant freiné cette évolution sans cependant parvenir — bien au contraire — à exercer le rôle contra-cyclique attendu.

D'où provient ce paradoxe qui, quel que soit le mode de régulation en vigueur, se traduit par le fait que des pays de plus en plus riches comportent de plus en plus de pauvres ? Contrairement à une idée très répandue, ceci ne résulte pas de la mondialisation de l'économie et de la concurrence des pays à bas salaires. Mais ceci est la conséquence principalement, selon P. Krugman, du progrès technique qui induit de fortes inégalités entre une « élite » de plus en plus riche et un « sous-prolétariat » de plus en plus pauvre. Et l'élévation du niveau d'éducation n'y remédiera pas car, du fait de l'effet « superstar », dans toutes les professions, un petit nombre de gens gagnent de plus en plus alors qu'un grand nombre reçoit de moins en moins.

Seule une politique volontariste de réduction des inégalités pourrait infléchir cette tendance, une politique assurant à tous une protection sociale minimum leur évitant de sombrer dans la pauvreté, sans pour autant qu'elle joue, comme en Europe, un effet dissuasif vis-à-vis de l'emploi à l'égard de ses bénéficiaires et des employeurs. Un sujet assurément d'une grande actualité.

H.J.

1. Cet article est paru dans *Foreign Policy* sous le titre original « Europe jobless, America penniless ? », n° 95, été 1994. Traduit de l'anglais par Anne de Beer et revu par Bernard Cazes et Charles du Granrut.

2. Paul Krugman est professeur d'économie à l'Université de Stanford. Son dernier livre paru s'intitule *Peddling prosperity : economic sense and nonsense in the age of diminished expectations*. — Londres : Norton, 1994.

Cet article était en cours de rédaction lorsque le Bureau of Labour Statistics a annoncé une chute brutale du taux de chômage américain. La plupart des économistes s'attendent à ce que ce taux continue de baisser, pour finir par approcher le niveau des 5,5 % généralement considéré comme celui du « plein emploi ». Il est aussi probable, mais nullement certain, que d'ici un an ou deux la reprise s'amorce également en Europe et au Japon. À mesure que la croissance s'accélère et que le nombre de chômeurs diminue, une grande partie du découragement actuel à l'égard de l'économie mondiale, va certainement disparaître. Les récits traitant de la « reprise sans création d'emplois » vont disparaître des journaux et être remplacés par d'autres récits, enthousiastes, de réussites dans les affaires.

L'optimisme, qui vraisemblablement dominera alors dans les commentaires économiques, sera cependant déplacé — encore plus déplacé que le sombre pessimisme qui prévaut aujourd'hui —. Il est indiscutable que tous les pays industriellement avancés ont de gros problèmes économiques. Le rythme irrégulier des récessions et des reprises exagère parfois leurs problèmes alors qu'à d'autres moments il les masque ; l'existence de tendances à long terme inquiétantes ne peut cependant échapper à quiconque regarde au-delà du cycle conjoncturel. En Europe, aux États-Unis et de plus en plus au Japon, il devient évident que la croissance économique ne répond pas aux espérances.

Cet échec se résume en deux mots : emplois et salaires. À la génération d'après la Deuxième Guerre mondiale les économies occidentales ont offert les deux — c'est-à-dire des emplois pour la grande masse de ceux qui en voulaient, et payés à des salaires dont le pouvoir d'achat montait continûment pour à peu près tout le monde —. Cependant, depuis le début des années 70 les économies de l'Amérique du Nord et de l'Europe occidentale ne fournissent plus ce genre de prospérité de masse³. Aux États-Unis, le problème concerne essentiellement les salaires : la plupart des gens qui cherchent un emploi l'obtiennent, mais une part croissante de nos travailleurs reçoivent des salaires qu'eux-mêmes et le reste de la nation considèrent comme étant proches du seuil de pauvreté. En Europe, les bas salaires ont moins décliné, mais en revanche le chômage de longue durée a considérablement augmenté. Des deux côtés de l'Atlantique, il existe maintenant un sentiment croissant que beaucoup de gens ont en fait perdu leur citoyenneté économique, et se trouvent à l'écart de la prospérité à laquelle on pourrait s'attendre dans des sociétés au demeurant encore aisées.

Il y a de l'ironie dans le fait que la montée de la pauvreté et du chômage dans le monde occidental au cours des vingt dernières années se soit déroulée dans une période de progrès technique spectaculaire. Ce progrès ne s'est pas tout à fait traduit par l'accroissement de la productivité auquel on aurait pu s'attendre,

3. Le Japon représente un cas particulier. La combinaison d'une croissance rapide à partir d'un point de départ bas, d'institutions du marché du travail uniques en leur genre et d'une énorme bulle financière dans les années 80 a obscurci les tendances qui apparaissent si clairement dans d'autres pays avancés. En fait le Japon se trouve en face de la plupart des mêmes difficultés.

cependant les économies des pays avancés sont, à tous égards, substantiellement plus riches et plus productives qu'en 1970. Les problèmes économiques de l'Occident offrent donc le paradoxe d'une pauvreté croissante face à une richesse croissante.

*Prosperité économique et pauvreté*⁴

D'où vient ce paradoxe ? Je propose une hypothèse simple : la technique moderne induit en fait plus de disparités dans les revenus des travailleurs que cela n'a été le cas dans le passé. Aux États-Unis, où les marchés sont relativement peu contraints par des soucis de justice ou d'équité, il en est résulté une polarisation saisissante de la distribution des revenus du travail. En Europe, la négociation collective et le poids bien plus élevé de l'État-providence ont limité les inégalités de revenus, mais les mêmes forces se sont manifestées par un chômage croissant.

C'est une simple thèse, mais nullement évidente. En fait, un survol non scientifique des publications grand public sur le sujet laisse penser que pour la plupart des gens qui voient là une crise à long terme, celle-ci est le résultat, non pas d'une dynamique technologique de grande ampleur, mais de la concurrence étrangère. Ainsi, une partie importante de l'argumentation doit expliquer autant *ce qui ne s'est pas produit*, que *ce qui s'est produit*.

La meilleure manière de mettre en relief les difficultés économiques de l'Occident

consiste peut-être à comparer notre situation économique actuelle à celle d'il y a une génération, à la fin des années 60 et au début des années 70. Autour de 1970 le monde occidental n'était certainement pas sans problèmes économiques. Aux États-Unis, en particulier, la prospérité générale n'avait pas réussi à éliminer le noyau dur de la pauvreté urbaine. Pourtant, l'image dominante était celle d'une époque de prospérité économique sans précédent. Par rapport à la génération antérieure le niveau de vie avait presque doublé aux États-Unis et au Royaume-Uni, triplé en France, et quadruplé en Italie et en Allemagne occidentale. Le chômage aux États-Unis était faible si l'on se réfère aux évolutions passées, et il était encore plus bas dans la plus grande partie de l'Europe ; en Allemagne occidentale il représentait moins d'1 % des actifs. De plus, ce progrès économique général était partagé par la plupart des gens de ces pays et s'accompagnait en fait d'une tendance vers une plus grande égalité de revenus. La pauvreté économique a été de ce fait spectaculairement diminuée. Dans les années 30, Franklin Roosevelt avait parlé du « tiers de la nation mal logé, mal vêtu, mal nourri » ; en 1970, alors que les normes qui définissaient un niveau de vie acceptable étaient devenues beaucoup plus élevées, la fraction des Américains en dessous de cette ligne de pauvreté était tombée à environ 12 %.

En 1970, peu de gens doutaient de la pérennité de ce tableau du progrès économique. Les critiques du capitalisme moderne, comme l'économiste John Kenneth Galbraith, soutenaient que la prospérité

4. Les intertitres sont de la rédaction. NDLR.

occidentale était futile ou mal orientée, qu'elle conduisait à des emplois dépourvus de sens et à une consommation de masse sans finalité, mais ils mettaient rarement en question la capacité du système à continuer de créer des emplois et d'élever les salaires réels. Le problème de la pauvreté persistante aux États-Unis semblait lui-même bien plus tenir à un dysfonctionnement social qu'à l'économie en tant que telle. Presque tout le monde aurait été grandement surpris d'apprendre à quel point les choses iraient mal. En particulier, peu de gens auraient prévu le tableau que nous avons aujourd'hui :

— Aux États-Unis, la pauvreté a atteint un plancher en 1973. Depuis, la part de la population qui vit dans la pauvreté s'est accrue passant de 11 à 14 %. De plus, cette montée a eu lieu en dépit d'une augmentation des programmes fédéraux d'aide aux personnes âgées qui constituaient alors une partie importante des pauvres. Le nombre des enfants américains vivant dans la pauvreté a augmenté de 50 %.

— En Europe, les taux de chômage ont augmenté de manière continue. Sur les douze pays qui maintenant composent l'Union Européenne, le taux de chômage moyen en 1970 était en dessous de 3 %. En 1993, il atteignait 11 % et continuait sa progression. Près de la moitié des chômeurs européens n'ont plus d'emploi depuis un an au moins et beaucoup forment une classe plus ou moins permanente de personnes sans travail.

Le plus surprenant dans ces tendances est qu'elles se sont développées dans ce qui aurait pu paraître un environnement technologique hautement favorable et malgré

une croissance économique considérable. Peu de gens oseraient soutenir que le rythme du changement technologique ait ralenti depuis 1970. La génération précédente a été le témoin de changements révolutionnaires dans les communications, le traitement de l'information et les méthodes de fabrication. Il faut admettre que l'effet de ces changements sur la productivité a été quelque peu décevant : la croissance de la productivité dans tous les pays avancés s'est considérablement ralentie après 1970. Néanmoins alors que le *taux de croissance* de la productivité a été inférieur depuis 1970 à celui de la période précédente, son *niveau* a continué de s'élever. Même aux États-Unis, où la croissance de la productivité a été la plus décevante, le travailleur moyen a produit 35 % de plus par heure qu'en 1970. Il en résulte que les économies occidentales sont substantiellement plus riches dans l'absolu qu'elles ne l'étaient en 1970. Entre 1970 et 1990, le revenu réel par tête a augmenté de 38 % aux États-Unis et de 53 % en France.

Telle est l'énigme : les sociétés occidentales sont plus productives et par conséquent plus riches qu'elles ne l'ont jamais été, alors que la misère économique — sous la forme soit de la pauvreté, soit du chômage de longue durée — a empiré de manière continue et sur le long terme. Comment est-ce possible ?

La dynamique des marchés de l'emploi

Le marché du travail aux États-Unis est très différent de celui de n'importe quel autre pays avancé en ce qu'il ressemble beaucoup plus à l'idéal économique d'un

ajustement libre et concurrentiel de l'offre et de la demande. Aux États-Unis, 12 % seulement des travailleurs du secteur privé sont affiliés à des syndicats ; ainsi, la négociation collective joue un rôle mineur dans la détermination des salaires. Le salaire minimum aux États-Unis est faible en comparaison des salaires moyens américains et n'a pas réussi à suivre l'inflation. Les indemnités de chômage aux États-Unis ne sont pas généreuses, ni en montant ni en durée.

Les travailleurs subissent des pressions beaucoup plus fortes pour chercher des emplois, quels que soient les salaires offerts, que leurs homologues Européens ou Canadiens. De 1980 à 1992, les administrations successives de Reagan et de Bush n'ont eu aucune sympathie (c'est le moins qu'on puisse dire) à l'égard des revendications des travailleurs qui ont essayé d'augmenter ou de maintenir le niveau de leurs salaires par des grèves ou d'autres actions revendicatives.

La pauvreté aux Etats-Unis

A l'approche des élections présidentielles, l'administration Clinton s'inquiète enfin de la stagnation des revenus de la majorité des Américains et surtout de l'aggravation des inégalités.

S'exprimant sur le sujet le vendredi 28 juillet, Bill Clinton se félicitait que l'économie américaine ait créé 7 millions d'emplois depuis son arrivée à la Maison Blanche, mais déplorait que ses concitoyens « n'aient pas reçu d'augmentations salariales ». De fait, en 1994, les salaires ont progressé de 2,9 %, un peu moins que l'inflation (3 %).

Mais le problème le plus grave est sans conteste l'augmentation des inégalités. Depuis 1979, les revenus du cinquième le plus riche de la population ont augmenté de 18 % en termes réels, tandis que ceux du cinquième le plus pauvre ont baissé de 15 %.

La proportion d'Américains en-dessous du seuil de pauvreté qui avait décliné durant la seconde moitié de la décennie quatre-vingt augmente depuis 1989 et atteignait 14,5 % en 1992 (dernière référence disponible). Le nombre de pauvres disposant d'un emploi ne cesse de croître : il atteindrait 8,2 millions de personnes en 1993.

Mi-juillet, le Président (Républicain) de la Réserve Fédérale, Alan Greenspace, remarquait que l'aggravation des écarts de revenus « pourrait constituer une menace majeure » pour la société américaine.

« La poussée d'inégalités que nous connaissons dans ce pays finira par affecter la prospérité de l'Amérique et même la stabilité du pays », renchérit le ministre du Travail, Robert Reich, qui reconnaît que les Etats-Unis sont devenus « la plus inégale des nations industrialisées ».

Le ministre de l'Economie, Robert Rubin, souligne lui-même que les inégalités sont « extraordinairement troublantes » et qu'elles encouragent les mouvements extrémistes...

Comme le montre Paul Krugman, la pauvreté en Europe ne résulte pas des faibles rémunérations pratiquées mais plutôt du sous-emploi. Le résultat cependant est plus ou moins le même : les classes moyennes qui ont joué un rôle moteur à l'époque des « Trente Glorieuses » se rétrécissent, un petit nombre de leurs membres se hisse vers le haut, un grand nombre d'entre eux sombre vers le bas.

futuribles

On peut faire l'éloge de la flexibilité des marchés du travail américains, ou considérer que le principe de la « survie du plus fort » qui caractérise notre système de marché est un triste corollaire de l'indifférence de notre politique à l'égard des personnes. En tout cas, la compétition féroce qui se déroule sur les marchés du travail américains en fait un endroit plus approprié pour observer les courants profonds que les marchés plus réglementés et encadrés de l'Europe occidentale.

Si l'on observe le marché du travail américain depuis les années 70, ce qui frappe par dessus tout, c'est l'augmentation des inégalités de revenus, spécialement après la fin de la décennie 70. Entre la fin des années 70 et le début des années 90, le salaire annuel moyen du travailleur américain a augmenté de 1 à 6 %, selon l'indice des prix utilisé. Mais les salaires réels des travailleurs de bas niveau, comme ceux des portiers, ont chuté de 15 % ou plus, alors que les revenus réels des niveaux supérieurs, comme ceux des médecins et des dirigeants d'entreprises, ont augmenté de 50 % ou plus.

À cause de la baisse des revenus réels des plus mal payés, le nombre des pauvres qui travaillent a considérablement augmenté. La proportion de travailleurs à temps plein dont les gains se situent au-dessous du seuil de pauvreté a progressé à un rythme saisissant, passant de 12 % en 1979 à 18 % en 1990.

En 1970, même les libéraux⁵ avaient tendance à penser que la pauvreté en Amérique était essentiellement un problème qui concernait ceux qui ne travaillaient

pas — les mères célibataires, les personnes âgées et le sous-prolétariat urbain —. Or, l'augmentation de la pauvreté au cours des années 80 a largement été le résultat du nombre croissant d'Américains qui avaient du travail, mais dont l'emploi ne rapportait absolument pas assez pour les sortir de la pauvreté.

La pauvreté se mesure selon une norme fixe : le revenu réel nécessaire pour se situer au-dessus du seuil a été le même en 1990 qu'en 1970. Il est par conséquent remarquable que la pauvreté ait augmenté autant alors que le revenu moyen réel des Américains a continué de s'élever. Si l'on considère que la pauvreté ne se mesure pas simplement par le revenu en valeur absolue, mais aussi par le revenu en valeur relative à celui de ses concitoyens — ce que l'on devrait faire — alors le tableau est encore pire.

Ce tableau est sombre, mais il comprend néanmoins un aspect positif : il y a encore des emplois, si ce n'est de bons emplois, pour la plupart des gens qui en veulent. Bon an, mal an, l'économie américaine a été, durant les vingt dernières années, un moteur formidable de création d'emplois. Notamment, il n'y a pas eu de tendance à long terme à l'élévation des taux de chômage. C'est là un vif contraste avec les mauvais résultats de l'emploi de l'autre côté de l'Atlantique.

Dans les années 60, les taux de chômage européens étaient inférieurs à ceux des États-Unis. En fait, les économistes du travail américains se demandaient souvent pourquoi les États-Unis semblaient incapables de ramener leur chômage aux

5. Au sens américain, c'est-à-dire les personnes se situant plutôt à gauche (NDLR).

niveaux européens. Pourquoi, par exemple, le boom suscité par les dépenses de la guerre du Vietnam semblait-il se dissiper en inflation plutôt que de continuer à augmenter le nombre des emplois, une fois que le taux de chômage est tombé en dessous de 4 % ? Au cours des années 70, cet écart disparut lorsque les taux de chômage européens commencèrent à progresser régulièrement. Le nombre de chômeurs dans ce qui est maintenant l'Union Européenne a augmenté chaque année entre 1974 et 1985.

Au début des années 80 le problème du chômage européen devint une obsession pour beaucoup d'économistes européens et plusieurs d'entre eux — notamment le Suédois Assar Lindbeck et l'Allemand Herbert Giersch — convergèrent vers un diagnostic que Giersch désigna par le terme mémorable d'« eurosclérose ». Selon ce point de vue, le chômage élevé en Europe était un sous-produit indésirable de l'État-providence européen, qui n'incitait pas les entreprises à créer les emplois et les travailleurs à les accepter.

L'idée n'était pas difficile à comprendre. Dans pratiquement tous les pays européens les travailleurs au chômage sont assurés d'un revenu minimum, peu importe depuis quand ils ont travaillé pour la dernière fois (en contraste avec le système d'assurance chômage américain limité dans le temps). De plus, l'assurance-maladie est un droit universel et le logement est également souvent subventionné. Le résultat est qu'un Européen au chômage n'a pas besoin de chercher un emploi avec l'énergie du désespoir, comme son homologue américain. Pendant ce temps, toutes les indemnités sont payées par un système de cotisations des

employeurs qui élève considérablement le coût de l'offre d'emploi.

À ces contre-incitations directes à la création d'emplois s'en ajoutent d'autres, plus subtiles. Par exemple, il est en général difficile et coûteux pour des entreprises européennes de licencier des travailleurs. Ainsi, on peut comprendre que dans un monde incertain, les entreprises européennes soient réticentes, dès le départ, à embaucher. Les puissants syndicats européens sont également beaucoup plus capables de maintenir les salaires que leurs faibles homologues américains face à la concurrence potentielle des chômeurs.

Lindbeck, Giersch et d'autres ont par conséquent avancé que le chômage élevé en Europe constituait un sous-produit de l'État-providence — des impôts et des réglementations qui décourageaient les entreprises d'offrir des emplois, des subventions et des revenus d'appoint qui dissuadaient les travailleurs de les accepter —. La réussite des Américains dans la création d'emplois, en comparaison, montrait bien sûr le revers de cette médaille : elle était le résultat de la concurrence brutale, mais libre, qui prévalait sur le marché du travail.

Voilà un diagnostic clair et convaincant, accepté au moins en partie par la plupart des économistes qui observent la situation européenne. Il faut admettre qu'une brève période d'optimisme — appelée « euphorie » — apparut vers la fin des années 80, lorsque la perspective d'une intégration européenne provoqua une reprise économique qui amena une baisse modeste des taux de chômage européens. Actuellement le chômage se trouve toutefois de nouveau en hausse et le diagnostic

d'euroscélrose semble à nouveau tout à fait d'actualité.

Cet argument pose cependant un problème évident : si l'État-providence s'avère aussi mauvais pour l'emploi, pourquoi les pays européens ont-ils été capables d'obtenir des taux de chômage aussi bas avant 1970 ?

Cette question reste une source de grande controverse, mais notre réflexion sur la situation américaine suggère de prime abord une réponse possible : le modèle européen a commencé à avoir de mauvais résultats après 1970, pour les mêmes raisons que l'économie américaine a commencé, elle aussi, à produire des effets désastreux. L'État-providence concrétise dans son essence un effort pour adoucir la dureté des effets du marché, pour s'assurer que les revenus ne sont pas distribués trop inégalement. Avant 1970 cet objectif était largement cohérent avec les forces du marché, qui avaient tendance à produire dans tous les cas une plus grande égalité de revenus. Mais depuis lors, le marché s'est mis à augmenter les inégalités de revenus. Dans un tel contexte les indemnités de chômage, qui sont liées au niveau moyen des revenus, peuvent devenir une partie substantielle de ce que les travailleurs les moins bien payés parviennent à gagner. Par exemple, un salaire minimum qui suit les salaires moyens fera sortir du marché une fraction croissante de travailleurs en raison de leur coût ; une tentative pour maintenir les écarts de salaires habituels conduira à une demande insuffisante de travailleurs les moins bien payés et ainsi de suite.

Selon cette analyse la chute des salaires vers le bas de l'échelle de la distribution des revenus aux États-Unis, et la montée

du taux de chômage en Europe, peuvent être considérées comme les réponses de deux systèmes institutionnels différents à un même choc : des forces du marché qui ont fortement réduit leur besoin en travailleurs moins qualifiés ou moins doués. Mais quelle est l'origine de ces forces du marché ? Pourquoi a-t-on moins besoin des moins qualifiés et plus besoin des plus qualifiés ?

L'impact du progrès technique

La plupart des gens qui s'inquiètent des disparités croissantes dans les revenus aux États-Unis et de la montée du chômage en Europe imputent ces tendances au commerce international. On croit généralement que la pression de la concurrence mondiale, en particulier celle des nouveaux pays industrialisés avec leurs bas salaires, constitue la cause fondamentale du déclin des salaires et des emplois les moins qualifiés.

Ce point de vue est compréhensible. En théorie, il est tout à fait possible que l'augmentation du commerce avec des pays qui abondent en main-d'œuvre bon marché fasse baisser les salaires réels des travailleurs les moins qualifiés en Occident. Il est aussi exact que le commerce en général, et les exportations de produits manufacturés du tiers-monde en particulier, ont augmenté rapidement depuis les années 70. Dans cette perspective, l'hypothèse que le commerce international se trouve au cœur du sujet paraît très convaincante.

Malheureusement ce n'est pas vrai. Un certain nombre d'études approfondies ont conclu que le commerce international n'explique, au mieux, qu'une petite partie

L'Europe sans emploi, l'Amérique sans le sou ?

de la montée des inégalités de revenus aux États-Unis, ou les problèmes d'emploi en Europe⁶. Dans toutes ces études, le point crucial est que si le commerce international réduit la demande de main-d'œuvre faiblement qualifiée, il le fait en modifiant sa répartition par branches. En d'autres termes, si les États-Unis répondent à l'intégration économique mondiale croissante en produisant davantage de biens à fort contenu de main-d'œuvre qualifiée, comme les avions, et en produisant moins d'autres biens, comme les vêtements, qui emploient essentiellement des travailleurs peu qualifiés, la demande de travailleurs qualifiés augmentera et la demande de gens moins formés baissera, et ainsi les salaires des premiers monteront et ceux des seconds diminueront. En fait, ce n'est qu'une très faible part du déclin de la demande de travail peu qualifié dans les pays occidentaux qui provient des changements dans la répartition des biens produits. En revanche, l'emploi s'est nettement déplacé vers l'emploi qualifié *au sein* de chaque branche — y compris celles qui ne font pas l'objet d'échanges internationaux, lesquelles représentent environ les deux tiers de l'emploi aux États-Unis et sont largement isolées de la concurrence internationale.

Le fait que ce transfert vers une main-d'œuvre hautement qualifiée a un carac-

tère général, laisse penser que l'explication de l'accroissement des inégalités ne réside pas dans le commerce international, qui agit sur la demande de main-d'œuvre en changeant la répartition par branche, mais dans les changements technologiques qui ont réduit la demande concernant la main-d'œuvre la plus mal payée dans toutes les branches. Ce phénomène est mal compris mais on peut l'éclairer par deux observations. D'abord, il semble clair que les technologies modernes de l'information ont eu l'effet prédit il y a déjà longtemps par Kurt Vonnegut dans son roman de 1952 *The piano player*⁷ : elle tend à éliminer les emplois de routine, sans avoir (jusqu'à présent) un impact équivalent sur les emplois les plus complexes. Les machines-outils à commande numérique permettent aux entreprises manufacturières de licencier des conducteurs de machine, elles ne remplacent pas les ingénieurs. Les ordinateurs personnels permettent aux entreprises d'avoir moins de dactylographes, ils ne les ont pas encore aidées à avoir moins de vice-présidents.

En second lieu, la combinaison des technologies de l'information et des ordinateurs a produit ce que l'économiste de Chicago Sherwin Rosen a appelé, en 1981, dans un article prophétique, l'effet « superstar »⁸ : dans de nombreux domaines la technologie moderne semble

6. Voir Katz, Lawrence. — « Understanding recent changes in the wage structure » (Comprendre les récents changements dans la structure salariale). — *NBER Reporter*, hiver 92-93 ; Lawrence, Robert et Slaughter, Matthew. — « International trade and American wages in the 1980s : giant sucking sound or small hiccup ? ». — *Brookings papers on economic activity : Microeconomics*, 1993 ; Elmeskov, Jørgen. — « High and persistent unemployment : assessment of the problem and its causes ». — OCDE, 1993.

7. Traduction française *Le pianiste déchaîné*, Livre de poche (NDLR).

8. « The Economics of Superstars ». — *American Economic Review*, vol 71, n° 5, 1981 (NDLR).

avoir changé la nature de la concurrence pour en faire une sorte de tournoi où le gagnant ramasse tout, où la plus grande partie des récompenses va à des gens exceptionnellement talentueux, ou chanceux, fort peu nombreux. Un exemple fréquent se rencontre dans les arts du spectacle où le remplacement des exécutions en public par les disques et les retransmissions a fortement augmenté la disparité des destins, entre une poignée de Madonna et une multitude de débutants besogneux. On peut soutenir que des facteurs similaires ont accentué les disparités de revenus dans de nombreux domaines. Ce qui est certainement vrai, c'est le caractère étonnamment « fractal » de la croissance des inégalités aux États-Unis : il y a un parallélisme entre les écarts qui vont en s'élargissant *entre* les niveaux d'éducation et les professions, et des inégalités croissantes de revenus *au sein* des professions. Par rapport aux portiers, les avocats gagnent plus qu'il y a 15 ans ; mais les avocats les mieux payés gagnent également beaucoup plus que l'avocat moyen. Le progrès technique peut-il réellement pénaliser un grand nombre de gens ? Oui, il le peut, et il l'a déjà fait. Les historiens nous disent effectivement que la première révolution industrielle en Grande-Bretagne s'est d'abord accompagnée d'une baisse des salaires réels de la plupart des ouvriers ; les bénéfices plus étendus du progrès technique n'ont pas été observés avant 1840 environ, soit un demi siècle après le début de la production à grande échelle dans les usines. Étant donné cette expérience, nous ne devrions pas trouver incroyable que les deux premières décennies de la Révolution de l'Information aient vu diminuer le revenu de nombreux travailleurs.

Ainsi, la conjecture la plus probable est que cette crise de l'Occident résulte largement d'un changement technologique qui a, au moins pour l'époque présente, évolué dans une direction contraire aux idéaux égalitaires. Mais pourquoi est-ce une crise ? Pourquoi ne pouvons-nous pas vivre simplement avec ces tendances ?

L'accroissement des inégalités

Permettez-moi de faire une déclaration choquante étant donné ma profession : la principale raison de s'intéresser aux tendances inquiétantes observées en Europe et en Amérique est de nature sociale, bien plus qu'économique au sens strict.

Considérez la position de quelqu'un qui se trouve, disons, dans le quintile supérieur de la distribution des revenus aux États-Unis, ou en Europe — description qui s'applique sûrement à la plupart des lecteurs de cet article —. La croissance de la pauvreté en Amérique ou du chômage de masse menace-t-elle directement de quelque manière le niveau de vie de cet individu ? La réponse aux États-Unis est nettement non : aucune raison purement économique n'empêche l'économie de continuer à croître alors qu'une fraction substantielle de la population voit son niveau de vie baisser. La théorie économique ne suggère aucun lien particulier entre l'équité, ou la justice, et la croissance et aucune preuve n'existe que l'inégalité des revenus ait de grands effets sur le taux de croissance économique, que ce soit en positif ou en négatif.

Le cas de l'Europe se révèle un peu moins clair : les indemnités versées à un nombre croissant de chômeurs sont coûteuses et ont contribué à l'ampleur des déficits

budgétaires. Néanmoins, il est facile d'imaginer qu'en combinant une modeste reprise et quelques réductions des prestations, la plupart des gouvernements européens pourraient retrouver la stabilité financière et la maintenir, même si leur taux de chômage restait égal ou supérieur à 10 %.

Alors, où se situe la crise ? La réponse est qu'elle se situe dans la société et finalement, dans la sphère politique. Des deux côtés de l'Atlantique, les forces économiques séparent de plus en plus la société en deux : ceux qui ont de bons emplois et dont le niveau de vie continue d'augmenter, et ceux qui ont comme perspective soit des revenus en baisse, soit un chômage plus ou moins permanent. Même un économiste peut voir qu'une telle coupure démoralise ceux qui se trouvent en bas de l'échelle, et endurecit ceux qui se trouvent en haut. En fin de compte, il reste difficile de prévoir l'effet des disparités économiques croissantes sur notre santé économique et sociale, mais il est peu probable que ce soit agréable.

Le vrai problème risque de se révéler peut-être même pire. Pour l'instant nous n'avons considéré que le revenu absolu. Mais, si ce que nous redoutons ce sont les conséquences sociales et politiques, alors le revenu relatif apparaît crucial. Un ouvrier américain payé 4 dollars de l'heure a, en valeur absolue, un pouvoir d'achat considérablement plus grand qu'un ouvrier chinois qui en gagne le quart. Même en travaillant dans ce qu'il décrira vraisemblablement comme un « boulot McDo » dégradant, il fait partie socialement et psychologiquement d'un sous-prolétariat, alors que ce n'est pas le cas du travailleur chinois. Les consé-

quences sociales du déclin des revenus réels de nombre d'Américains et d'Européens se trouvent ainsi rendues d'autant plus pénibles que les revenus d'autres personnes ont continué de s'élever.

Le grand problème auquel ont à faire face les économies occidentales consiste donc à savoir comment affronter à la tendance à la croissance des disparités économiques : comment élever les revenus des travailleurs américains et comment remettre au travail l'armée de réserve des chômeurs européens. Quelques analystes économiques optimistes croient vraiment que le problème des salaires et des emplois peut être traité à la source, grâce à des politiques qui réduisent la disparité sous-jacente des revenus. Des observateurs comme le Secrétaire au Travail Robert Reich plaident en faveur de l'éducation et du recyclage des travailleurs. En fait, les optimistes soutiennent que de telles politiques peuvent à la fois réduire l'inégalité des niveaux de qualification et, en rendant l'ensemble de la main-d'œuvre plus qualifiée, réduire la prime que le marché attribue à la qualification.

Cependant, il est difficile d'échapper à l'impression que l'on prend ici ses désirs pour la réalité. L'expérience des programmes de recyclage des travailleurs n'a guère été encourageante. Élever la qualité de l'éducation de base se trouve en tête de la liste des priorités de tout le monde aux États-Unis, mais les effets sur les marchés du travail ne se feront pas sentir avant au moins une décennie. Même si nous réussissions à améliorer considérablement la qualité de l'éducation de base, les bénéfices ne sont pas nets. Après tout, de nombreux observateurs considèrent la France comme l'exemple d'une société occiden-

tales qui continue à maintenir une discipline effective dans les salles de classe et à enseigner les connaissances de base à virtuellement tous les élèves. Pourtant la France est directement touchée par l'euroscélérose et, actuellement, a un taux de chômage autour de 12 %.

De plus, dans la mesure où l'inégalité de revenus est tirée en avant par l'effet « superstar » de Rosen — c'est-à-dire dans la mesure où la compétition devient une sorte de tournoi dans lequel seul un petit nombre gagne — faire monter le niveau général de compétence contribue peu à la réduction des disparités de revenus. Par exemple, même une amélioration sensible de la qualité moyenne de l'enseignement du chant en Amérique ne changerait pas le fait que les gros cachets vont à une poignée de célébrités.

À la longue, bien sûr, la tendance à la croissance des disparités économiques se renversera vraisemblablement d'elle-même, y compris en l'absence de toute action politique délibérée. La révolution industrielle créa d'énormes inégalités au cours de son premier demi-siècle, mais finit par produire une classe moyenne d'une aisance sans précédent. La révolution de l'information fera probablement de même. Malheureusement la crise des emplois et des salaires a lieu ici et maintenant et ne disparaîtra pas de si tôt.

L'effet superstar

Permettez-moi d'emprunter une image à l'économiste de Princeton Avinash Dixit et d'émettre l'idée que les changements technologiques sont en train de transfor-

mer l'économie des pays occidentaux en une économie « de la Sierra Madre ». L'expression de Dixit vient du film classique *Le trésor de la Sierra Madre*⁹, dans lequel le vieux prospecteur explique pourquoi les chercheurs d'or deviennent riches : c'est parce qu'ils récoltent en fait les gains de tous ceux qui sont partis dans le désert mais n'ont pas trouvé d'or. De même, nos économies apportent de plus en plus d'énormes rétributions à un petit nombre, mais très peu à une masse croissante de gens moins qualifiés, ou moins chanceux.

Comment peut-on maintenir la cohésion d'une société quand les forces sous-jacentes du marché apportent si peu de secours ? La solution de Reich consiste à former chacun à devenir un meilleur prospecteur, dans l'espoir que tout le monde pourra trouver de l'or. Mais que se passe-t-il — comme c'est vraisemblablement le cas — si la nature des économies avancées de la fin du vingtième siècle veut simplement que les gisements aurifères s'avèrent riches mais rares, et que certaines personnes se révèlent de bien meilleurs prospecteurs que d'autres ? Les discours pleins d'espoir sur la formation et l'éducation apparaîtront alors plus comme une échappatoire qu'une réponse. Comment peut-on vivre dans une économie de la Sierra Madre ? Les États-Unis et l'Europe ont mis en place des solutions différentes. Aux États-Unis, particulièrement depuis Ronald Reagan, nous avons accepté une injustice massive comme la conséquence inévitable des marchés libres. Tout le monde se lance dans le désert à la recherche de l'or (c'est-à-dire cherche un emploi), mais un nombre

9. Réalisateur John Huston, avec Humphrey Bogart et Walter Huston, 1948 (NDLR).

croissant reçoit très peu pour les efforts accomplis. En Europe, au contraire, l'État essaie de prendre soin de chacun, mais il fait cela en obligeant les entreprises à payer d'importantes cotisations sociales qui pèsent particulièrement lourdement sur les bas salaires, et en versant des indemnités généreuses aux chômeurs. C'est comme si l'on faisait payer un droit d'entrée au désert en utilisant le produit pour financer l'aide à ceux qui restent chez eux. Est-il alors surprenant que ceux qui ne sont pas des prospecteurs hors pair finissent pas ne plus du tout se rendre dans le désert, et viennent grossir la masse de plus en plus nombreuse des chômeurs de longue durée ?

Que faire ?

Il n'existe pas de solution parfaite à ce dilemme. Personne n'a encore trouvé le moyen d'augmenter les impôts ou de fournir des prestations, sans diminuer les motivations. Le mieux que nous puissions espérer, c'est une société qui montre plus de sens de la communauté que les États-Unis, mais d'une manière qui réduise moins les motivations que les États-providence européens. Voici quelques idées directrices.

Premièrement nous devons fournir une protection sociale généreuse, mais la structurer de telle sorte qu'elle vienne en aide aussi bien aux actifs pauvres qu'aux chômeurs. Autant que possible, cette protection sociale devrait éviter de créer des effets de seuil — des baisses soudaines dans les prestations, lorsque des seuils sont dépassés, qui dissuadent vraiment les individus rationnels d'augmenter leurs revenus. Une politique minimale serait de

considérer que tout le monde a droit à des services de base : de bonnes écoles et des soins de santé de qualité, afin que même les gens pauvres disposent d'une éducation et de soins de santé convenables pour leurs enfants, sans risquer de perdre ces avantages s'ils améliorent leur situation. Un programme plus ambitieux fournirait aux titulaires de bas salaires une aide financière qui diminuerait au fur et à mesure que leurs revenus d'activité augmenteraient — une variante de l'idée souvent dénigrée mais toujours chargée de sens d'un « impôt sur le revenu négatif » pour les moins fortunés.

Deuxièmement le financement de la protection sociale devrait, autant que possible, éviter de compromettre les perspectives d'emploi des moins qualifiés. Aussi bien aux États-Unis qu'en Europe, la plus grande partie de la protection sociale est financée par des cotisations définies par un pourcentage fixe des salaires ; comme, dans la sécurité sociale américaine, ces prélèvements s'arrêtent à un certain plafond de revenus, l'effet revient à faire peser précisément les taux les plus élevés sur ces gens que l'économie de la Sierra Madre rémunère le moins. Il vaudrait bien mieux transférer le fardeau sur la fiscalité générale — impôt sur le revenu ou taxe sur la valeur ajoutée. Ces impôts créent eux aussi des démotivations, mais elles sont moins sérieuses et surtout elles n'affectent pas de façon disproportionnée l'emploi des personnes que la société tente précisément d'aider.

Il existe deux corollaires à cette proposition. D'abord, essayer d'élever les revenus des malchanceux, en augmentant le salaire minimum, représente au mieux une stratégie grossière et à double tran-

chant. Certains gagneront plus ; d'autres seront simplement exclus du marché du travail en raison de leur coût trop élevé. Ensuite, des prestations nouvelles ne devraient pas être financées par de nouvelles charges sur l'emploi, qu'elles portent ou non le nom d'impôt. On peut par exemple difficilement faire pire que la proposition de l'administration Clinton de financer une assurance-maladie universelle par des cotisations obligatoires des employeurs, ce qui décourage l'emploi des actifs qui ne sont même pas couverts aujourd'hui, et perçoivent en majorité des bas salaires.

En principe les pays occidentaux pourraient dépasser les contre-incitations à l'emploi et essayer réellement de créer des incitations. Par exemple les entreprises pourraient recevoir des subventions à l'emploi, avec un taux maximum pour les bas salaires. Autre possibilité, l'Etat lui-même deviendrait un employeur en dernier ressort, qui fournirait des emplois et établirait de fait un plancher pour les salaires du secteur privé.

Les objections à une telle intervention de l'Etat sont évidentes en une période de scepticisme à l'encontre du secteur public. Les difficultés ont bien été illustrées par l'expérience suédoise dans les

années 80. En fait la Suède a à la fois subventionné l'emploi et fourni, sous couvert de formation, des emplois en dernier ressort. L'effet retarda d'une décennie l'émergence d'un chômage à grande échelle. Le programme échappa néanmoins à toute maîtrise financière lorsque le gouvernement essaya de subventionner tout et tous. À la fin, l'énormité des déficits budgétaires imposa des coupes claires dans les subventions et le taux du chômage s'éleva pour atteindre les niveaux dignes des pays de l'euroscélérose.

Nous aurons beaucoup de chance si les gouvernants américains sont assez sages pour adopter une stratégie plus modeste. L'idée de construire un État-providence plus généreux qu'en Amérique, mais qui réussit mieux à maintenir l'incitation à offrir et à accepter des emplois que l'Europe, ne semble pas trop difficile à comprendre. Mais elle exige que l'on regarde en face les réalités de notre économie en changement plutôt que de prendre ses désirs pour des réalités, ou de prendre les « vilains Asiatiques » comme boucs émissaires. Jusqu'à présent prendre ses désirs pour des réalités a été la règle du débat public et le jeu du bouc émissaire est déjà commencé. Pendant ce temps la crise réelle des salaires et des emplois s'aggrave.

Actualités prospectives

Idées et faits porteurs d'avenir

Les immigrés et leurs enfants *

L'enquête « Mobilité géographique et insertion sociale » (MGIS) réalisée en France par l'INED avec le concours de l'INSEE (cf. encadré), concrétise l'importante révision conceptuelle des catégories statistiques de l'immigration précédemment exposée¹, dans un cahier de l'INED² et dans la revue *Population et Sociétés*³. Cette révision consiste, entre autres, à définir la catégorie des immigrés indépendamment de leur nationalité actuelle, simplement par le fait d'avoir immigré en France en tant qu'étranger.

Cette enquête dépassait les moyens que pouvaient réunir l'INED et l'INSEE. Elle a nécessité l'aide de l'Office des Migrations internationales (OMI), du Fonds d'Action sociale (FAS), du ministère de la Coopération et du ministère des Affaires sociales (Direction de la Population et des Migrations (DPM) et Secrétariat général à l'Intégration). Malgré l'ampleur de cette aide, il n'a pas été possible de représenter tous les courants

migratoires : 60 % des populations immigrées ont été retenues ; il a fallu renoncer, en particulier, à interroger des immigrés venus d'Italie et de Tunisie.

Contrairement à la vision statique que donne le recensement, l'enquête décrit l'évolution des comportements des immigrés au cours de leur vie.

Elle permet de mesurer les changements intervenus, de leur génération à celle de leurs enfants. Elle pose des questions tout à fait inédites : année d'entrée en France et donc âge à la migration, langues maternelles et pays de naissance des parents, degré de pratique religieuse, ... ce qui permet en particulier de relativiser les découpages par nationalité.

La diversité des populations immigrées tient évidemment à l'origine sociale, culturelle et géographique, au niveau scolaire, aux conditions de la migration et à la date d'arrivée en France, à l'histoire partagée ou non avec la France, etc. Un élément particulièrement important, ignoré par le recensement, est l'âge de l'entrée en France. Or l'image stéréotypée de l'immigré, celle d'un adulte venu travailler, doit être entièrement corrigée. En fait, les adultes présents aujourd'hui en France (âgés de 20-59 ans dans l'enquête) sont entrés à des âges extrêmement variables. La part des adultes d'aujourd'hui venus alors qu'ils étaient

* Article reproduit avec l'aimable autorisation de Michel-Louis Lévy, Rédacteur en chef de *Population et Sociétés* (Bulletin mensuel d'informations de l'Institut National d'Etudes Démographiques), paru dans *Population et Sociétés*, n° 300, avril 1995.

encore enfants (à moins de 16 ans) varie considérablement suivant les courants migratoires : environ la moitié des migrants espagnols, mais moins de 30 % des migrants algériens et à peine plus de 20 % des migrants marocains. Cette distinction suivant l'âge à l'entrée en France est fondamentale.

La donne migratoire d'après 1974

Le caractère éclaté des sources statistiques sur les flux d'entrées⁴ n'a pas permis de prendre la mesure des changements induits par la mise en place — en 1974 pour la France — d'une politique migratoire restrictive. Or, non seulement le nombre des entrées a considérablement diminué depuis 1974, mais les flux ont changé de nature.

Les évolutions du niveau scolaire des migrants amplifient largement celles des pays d'origine. Avant 1975, les migrants adultes étaient souvent analphabètes soit parce que beaucoup d'entre eux n'étaient jamais allés à l'école (c'est le cas par exemple de près de 50 % des hommes et 60 % des femmes venus d'Algérie ; ces proportions sont respectivement de 38 % et de 48 % pour les migrants marocains), soit parce que leur scolarité avait été extrêmement courte (à 12 ans, environ un tiers des hommes venus du Portugal et un quart des femmes seulement étaient encore scolarisés). Les hommes entrés après 1974 sont presque tous allés à l'école et le niveau scolaire s'est généralement accru : ainsi, 6 % seulement des hommes venus du Maroc après 1975 n'ont pas été scolarisés et 50 % l'étaient encore à 20 ans.

Les femmes entrées durant la même période ont un niveau scolaire généralement inférieur, car leur migration est assez souvent induite par le regroupement

familial : après 1974, 45 % des femmes venues du Maroc après l'âge de 15 ans ne sont pas allées à l'école. Plus récemment, les études et l'asile politique constituent des motifs fréquents de l'immigration, en provenance d'Afrique noire et du Sud-Est Asiatique et les niveaux scolaires sont relativement élevés.

Les immigrés, autrefois massivement originaires du monde rural, sont aujourd'hui plus souvent nés dans les villes. Mais les migrants turcs et portugais échappent à ce modèle, probablement en raison de la perpétuation de réseaux migratoires fondés sur la structure villageoise. De même, l'élévation de l'origine sociale des migrants est à peu près générale mais la structure sociale des migrants portugais est restée étonnamment stable.

Appartenance ethnique

L'enquête permet, à travers les informations sur les langues maternelles, de donner une dimension statistique à la réalité ethnique. Les informations sur la répartition ethnique de l'immigration algérienne datent de l'immédiat après-guerre. Or la place des Berbères dans le flux algérien n'est pas aussi importante qu'on le dit⁵ : 28 % seulement en 1992 contre environ 60 % en 1950, d'après les estimations de l'époque⁶. L'émigration algérienne a commencé en Kabylie mais s'est ensuite généralisée à toute l'Algérie.

Autre idée reçue, celle d'une importante colonie kurde en France : les Kurdes ne représentent dans l'enquête que 7 % des migrants turcs, ce qui est conforme à la proportion en Turquie selon les recensements officiels. Il est vraisemblable que ces recensements sous-estiment la minorité kurde. La population des migrants turcs n'est donc pas marquée par une sur-représentation des Kurdes, au contraire.

Le courant des migrants d'Afrique noire est composé d'une part de travailleurs venus d'un milieu rural et analphabètes, d'autre part de migrants d'un niveau social assez élevé, venus pour étudier ou pour demander l'asile politique. Les premiers appartiennent aux groupes ethniques mandé et peulh (deux tiers ne sont pas allés à l'école) et sont de confession musulmane. Les autres groupes ethniques sont soit musulmans (Woloff) soit chrétiens et/ou animistes (ethnies de langue Kwa) soit de confessions diverses (Bantu, notamment). Au total, environ 40 % des migrants d'Afrique noire appartiennent à des ethnies de confession musulmane. L'existence de ménages polygames ne s'observe en France que parmi les Mandés qui représentent un peu moins du quart de la population venue d'Afrique noire.

Les pratiques matrimoniales

Les pratiques matrimoniales traditionnelles et notamment celle du mariage préférentiel dans la parenté subissent une

destruction importante dans les populations originaires d'Algérie et du Maroc. Elles restent au contraire vivaces chez les jeunes des familles turques en partie scolarisés en France : les mariages entre cousins y sont plus nombreux que chez les migrants arrivés déjà mariés et même que ce que l'on observe dans les familles rurales de Turquie.

La fréquence des unions mixtes augmente fortement dans les jeunes générations originaires d'Espagne ou du Portugal et élevées en France. Ces unions sont loin d'être exceptionnelles chez les jeunes des familles originaires d'Algérie ou du Maroc et progressent avec la génération née en France : la moitié des garçons et le quart des filles d'origine algérienne vivent avec un conjoint français, né de deux parents nés en France. Cependant, pressions sociale et familiale s'exercent encore fortement, surtout sur les filles, notamment celles d'origine algérienne : les femmes qui ne vivent pas en couple mais ont un « petit ami » choisissent encore, dans deux cas sur trois, un jeune homme de même origine, soit né

La collecte, effectuée de fin août 1992 à avril 1993 auprès d'échantillons aléatoires constitués à partir du recensement de la population de 1990, a reposé sur le réseau d'enquêteurs de l'INSEE et sur l'intervention d'« enquêteurs-interprètes » fournis par les associations Inter Service Migrants et CASTRAMI, soit au total environ 550 enquêteurs. L'accueil, de l'avis des enquêteurs, a été dans l'ensemble très chaleureux. Les personnes interrogées ont répondu d'aussi bon gré que celles participant à d'autres enquêtes, et la proportion globale de « non-réponses » est parfaitement habituelle.

Le plan de sondage est constitué de trois échantillons :

- un échantillon d'immigrés (en ménages ordinaires, mais aussi en foyers) âgés de 20-59 ans originaires d'Algérie, du Maroc, du Portugal et de Turquie, âgé de 25-29 ans originaires d'Espagne et âgés de 20-39 ans originaires du Sud-Est asiatique (Cambodge, Laos, Viêt-Nam) et d'Afrique noire ;
- un échantillon de jeunes d'origine algérienne, espagnole ou portugaise (nés en France de parent(s) né(s) en Algérie, en Espagne ou au Portugal) âgés de 20-29 ans ;
- un échantillon « témoin » représentatif de la population française.

Au total, 8 985 questionnaires ont été recueillis auprès des immigrés, 1 956 questionnaires auprès des jeunes nés en France et 1 902 auprès de l'échantillon témoin.

en Algérie, soit né en France de parent(s) né(s) en Algérie. Une résistance au modèle familial traditionnel cumulée à des difficultés d'insertion professionnelle se traduisent par un retard important à la mise en couple. Dans ce contexte, l'union libre apparaît comme une forme privilégiée et durable de mise en couple avec un Français de souche.

Chez les migrants turcs, la fermeture aux unions mixtes est presque totale : elles sont quasiment inexistantes dans la jeune génération élevée en France, l'essentiel des mariages se faisant avec des jeunes résidant en Turquie. D'ailleurs, l'arrêt du recrutement de travailleurs a favorisé l'instauration d'un véritable « marché matrimonial » avec la Turquie : se marier avec une immigrée permet de venir s'installer en France.

L'islam en France

L'enquête fait éclater la globalisation de l'islam que pratiquent volontiers les médias. Les différenciations sont nombreuses et d'abord selon le pays de naissance : on observe par exemple 29 % de pratique religieuse régulière chez les immigrés venus d'Algérie, 36 % chez ceux de Turquie et 40 % chez ceux du Maroc. La diversité est encore plus grande à un niveau plus fin. Ainsi, la plus grande pratique régulière est celle des Mandés d'Afrique noire (65 %). Parmi les Arabes d'Algérie ou du Maroc, la pratique religieuse des hommes est voisine de celle des femmes, entre 32 % et 39 % de pratique régulière. Mais parmi les Berbères, elle est différenciée, plus élevée chez les femmes, et plus forte au Maroc : 14 % de pratique régulière chez les hommes et 31 % chez les femmes berbères d'Algérie, contre respectivement 44 % et 58 % chez ceux du Maroc.

Les immigrés d'Algérie sont les moins pratiquants. Leurs enfants nés en France (âgés de 20-29 ans) montrent une indifférence religieuse égale à celle des autres Français du même âge : non croyants et non pratiquants y sont aussi nombreux (près de 70 % des hommes et 60 % des femmes) et la fréquentation des lieux de culte est rarissime. Dans ce cadre, leur attachement au respect du ramadan et des interdits alimentaires (environ deux tiers des jeunes d'origine algérienne déclarent jeûner pour le ramadan et ne pas manger de porc ; la moitié déclare ne pas boire d'alcool) reflète plus une fidélité aux origines et aux parents qu'une assiduité religieuse.

Les jeunes filles d'origine algérienne

L'enquête oblige à abandonner l'idée d'une génération de jeunes femmes nées en France à l'avant-garde du progrès vers la modernité et réussissant mieux. Les performances scolaires de ces filles ne sont que légèrement supérieures à celles des garçons. Elles font moins bien en moyenne que les filles d'ouvriers en France (52 % des filles âgées de 25-29 ans ont suivi une filière technique courte contre 32 %), alors que leurs frères sont proches des autres enfants d'ouvriers (55 %).

Elles sont plus soumises à la pression familiale dans leur vie amoureuse que les garçons qui sortent ou vivent plus souvent avec de jeunes Françaises de souche. Elles ne pratiquent pas moins leur religion que les garçons et même un peu plus (18 % de pratique régulière contre 10 % chez les garçons) et sont inscrites sur les listes électorales comme les garçons, ni plus ni moins (environ deux tiers à 25-29 ans contre 87 % en moyenne chez les jeunes Français du même âge). Le seul avantage féminin, tout relatif, est relevé dans le domaine de l'insertion professionnelle où

elles semblent faire très légèrement mieux que les garçons. S'il y a des jeunes filles nées en France de parents immigrés qui réussissent bien, ce sont les jeunes filles d'origine espagnole qui font aussi bien que la moyenne des jeunes filles en France et se démarquent ainsi des garçons que les pères ouvriers ont systématiquement orientés sur les filières techniques courtes. L'enquête révèle ainsi les transformations de l'immigration étrangère, contredit un certain nombre de lieux communs et remet en question le bien-fondé de certaines représentations collectives. Seuls quelques exemples ont été donnés ici. Un rapport détaillé vient d'être remis aux organismes ayant contribué au financement.

Michèle Tribalat

1 Tribalat, Michèle. — « Mise au point ». — in *Population et Sociétés*, INED, n° 291, juin 1994.

2 Tribalat, Michèle, (dir.). — « Cent ans d'immigration. Etranger d'hier, Français d'aujourd'hui ». — Préface de Michel-Louis Lévy, Travaux et documents, INED, cahier n° 131 diffusion PUF, 1991.

3 Tribalat, Michèle. — « Les immigrés au recensement de 1990 et les populations liées à leur installation en France ». — in *Population*, INED, n° 6/1993, pp. 1911-1946.

4 Tribalat, Michèle. — « Immigrés, étrangers, Français : l'imbroglie statistique ». — in *Population et Sociétés*, INED, n° 241, décembre 1989.

5 Chaker, Salem. — « Quel avenir pour la langue berbère ». — in *Hommes et Migrations*, « Les Kabyles de l'Algérie à la France », n° 1179, septembre 1994.

6 Rager, Jean-Jacques. — *Les musulmans algériens en France et dans les pays islamiques*. — Paris : Les Belles lettres, 1950.

cette ressource ne soit utilisée plus efficacement et que les investissements appropriés soient mis en œuvre pour son alimentation et sa protection. Dans un contexte de croissance démographique, de pollution et de renchérissement des nouveaux réseaux de distribution, l'eau pose un sérieux problème économique et sanitaire, particulièrement dans les pays en développement. A l'heure qu'il est, 80 pays où se concentrent 40 % de la population mondiale connaissent déjà une pénurie d'eau qui menace l'agriculture, l'industrie et la santé des habitants. Dans les pays en développement, un milliard d'individus n'a pas accès à l'eau potable et 1,7 milliard ne dispose pas d'installations sanitaires. Selon les Nations Unies, l'eau polluée est responsable de 80 % des maladies dans les pays en développement, et cause la mort de 10 millions de personnes chaque année. Le manque d'eau propre et d'installations sanitaires convenables peut aussi entraîner des catastrophes économiques. Pendant les dix premières semaines de l'épidémie de choléra qui a eu lieu récemment au Pérou, provoquée par de l'eau polluée, les pertes résultant de la baisse des exportations agricoles et du tourisme ont été évaluées à 1 milliard de dollars, soit plus de trois fois les sommes investies dans ce pays dans les années 80 pour l'alimentation en eau et les services de voirie. **« Si les guerres de ce siècle ont souvent été motivées par le pétrole, celles du siècle prochain concerneront l'eau »**, affirme I. Serageldin, Vice-Président pour le développement maîtrisé en matière d'environnement à la Banque Mondiale.

Source : Banque Mondiale Actualités, 10 août 1995.

Guerres de l'eau

Pour de nombreuses populations du monde entier, l'eau manquera à l'avenir, estime la Banque Mondiale, à moins que

L'horizon culturel des aînés

Ces vingt dernières années ont été marquées, d'une manière générale, par un développement des activités de loisir sous l'effet, notamment, de l'allègement du temps de travail, de l'augmentation des ressources, de l'élévation du niveau scolaire et du développement de l'offre culturelle.

Si, les personnes âgées de 60 ans et plus ont davantage profité en France que les autres de cet essor, elles restent, toutefois, moins impliquées dans la plupart des activités de divertissement. Résultat paradoxal, puisqu'elles sont dégagées des contraintes professionnelles. En fait, comparativement à l'ensemble des Français, elles ne disposent en moyenne que d'une heure quarante de temps libre supplémentaire par jour car elles ont besoin de plus de repos et sont plus lentes dans l'exécution de leurs tâches quotidiennes. Ainsi, par exemple, les trois quarts des Français sont sortis au moins une fois dans l'année au restaurant et la moitié au cinéma. Mais chez les aînés, seul le restaurant est une sortie très fréquente : un peu moins de deux personnes sur trois y sont allées ; l'attrait pour les salles obscures est nettement moins fort et ne concerne jamais qu'un quart d'entre eux. Il en est de même pour la fréquentation de l'ensemble des spectacles. Par ailleurs, les anciens visitent plus occasionnellement les galeries d'art, monuments historiques et musées : un Français sur deux n'a franchi la porte d'aucun de ces lieux en 1988, contre près de deux personnes âgées sur trois. Mentionnons enfin que si la moitié des Français ont fait du sport, seulement un peu moins de 20 % sont dans ce cas, passé 60 ans.

Autre caractéristique, les anciens sont plus casaniers : ils hésitent davantage à sortir le soir, partent moins souvent en vacances et ont un fort penchant pour les loisirs à domicile. Cette prédilection pour les distractions chez-soi est si forte que malgré leur moindre présence générale dans l'univers des loisirs, ils passent de plus longues heures devant leur poste de télévision, sont des lecteurs plus assidus du journal, aiment tout particulièrement broder, tricoter et jardiner. Cependant, nonobstant ce recentrage sur les passe-temps domestiques, plus souvent que la moyenne, ils n'ont ouvert aucun livre et ont délaissé la compagnie de la radio.

Il est tentant d'attribuer ces spécificités au seul effet de l'âge autrement dit, au repli sur soi traditionnellement associé au vieillissement, à la détérioration de l'état de santé et au fait d'avoir franchi diverses étapes de sa vie (départ des enfants, cessation d'activité...). Mais le fait d'appartenir à des générations particulières dont les niveaux d'instruction, l'histoire et les modes de vie sont spécifiques, peut aussi expliquer une partie des contrastes observés.

Si le « facteur âge » domine, les aînés de demain seront préfigurés par ceux d'aujourd'hui. En revanche, si on modifie peu ses attitudes en vieillissant et que donc l'effet de génération prime, les comportements des vieux de demain seront mieux prédits par l'observation des adultes d'aujourd'hui.

En suivant les comportements des individus d'un groupe de générations au fur et à mesure de leur vieillissement, on constate que les activités qu'ils délaissent ne sont pas plus nombreuses que celles qu'ils poursuivent ou découvrent. Le surcroît de temps libre lors de la cessation d'activité occasionne souvent une réacti-

vation de certains loisirs et cet effet positif de la retraite pourrait contrebalancer un éventuel effet négatif de l'avance en âge.

Certes, conformément à l'effet attendu de l'âge, les individus passés de 40-59 ans à 55-74 ans entre 1973 et 1988 ont accentué leur préférence pour les loisirs d'intérieur, aux dépens d'activités telles que l'écoute de la musique, la fréquentation du cinéma, des spectacles sportifs, des zoos ou des fêtes foraines. Mais, dans certains cas, on constate une expansion de la pratique malgré le vieillissement des enquêtés. Ainsi, ont-ils, plus fréquemment, adhéré à une association, fait de la gymnastique, lu, assisté à un spectacle d'amateurs ou à un concert de musique classique. Pour la plupart de ces activités toutefois, les aînés ont modelé leurs comportements sur celui de l'« air du temps », la plupart de ces divertissements ayant connu un fort essor général. Par contre, notons que les cohortes suivies n'ont pas modifié leurs attitudes quant à certains loisirs délaissés par l'ensemble des Français : le jardinage, la fréquentation des spectacles d'opérette, la lecture de vingt livres ou plus par an en sont des illustrations.

Contrairement à ce qui transparaissait de l'étude des pratiques culturelles une année donnée, l'avance en âge ne provoque pas un retrait massif du monde des loisirs. Si donc les aînés sont moins présents dans de nombreux domaines, c'est aussi, et, parfois surtout, parce qu'ils appartiennent à des générations différentes.

Les anciens d'aujourd'hui, nés à l'orée de ce siècle, ont vécu leur jeunesse dans une société dominée par le travail. Au début des années 60, lors de la naissance de la société de consommation et de loisirs, les plus jeunes des retraités actuels

fêtaient leur trentième anniversaire tandis que les plus âgés grisonnaient déjà. Modelés par d'autres valeurs, installés dans d'autres habitudes, ils sont restés bien souvent en marge de l'univers du temps libre. En outre, quand on sait qu'une scolarité prolongée et le fait de vivre en ville favorisent la vie culturelle, on mesure combien les anciens ont pu cumuler les handicaps.

Dans l'ensemble, les retraités gardent à 70 ans les goûts et préférences en matière de loisirs qu'ils avaient 15 ans plus tôt. Cette constance des comportements avec l'avance en âge a, d'ailleurs, été observée dans d'autres domaines comme, par exemple, les achats de grande consommation. Ce résultat devrait servir à corriger la vision négative de l'âge et permettre de mieux pronostiquer les attitudes des vieux de demain, plus proches de celles des 40-59 ans d'aujourd'hui que de celles de leurs aînés. Or, le passage à la vie adulte des 40-59 ans a coïncidé avec la naissance de la société de consommation ; principaux acteurs de cette dernière, ils n'ont eu aucun mal à en adopter les mœurs et s'investissent davantage dans les loisirs. Dès lors, l'arrivée à la retraite de ces générations, plus longuement scolarisées, plus citadines et donc plus susceptibles de jouer un rôle actif dans le monde culturel risque de remettre en question l'optique passive du « marché du troisième âge ».

Par ailleurs, lorsqu'un effet dépressif de l'âge a été mis en évidence, on peut penser que demain, il s'observera plus tard dans la vie. Car, l'état de santé est un des éléments de l'effet d'âge. Or, la tendance passée est à la diminution des incapacités à âge donné et, on peut espérer une poursuite de cette évolution.

Les générations observées ont plutôt connu une amélioration de leur niveau de vie durant la période, facteur lié positivement à la consommation de loisirs. Si leur niveau de vie se maintient, les 40-59 ans envisagent durant la retraite d'augmenter le poste loisirs et voyages dans leur budget. A contrario, ces dépenses font partie des plus facilement compressibles en cas de baisse de revenu. Or, l'incertitude reste de rigueur sur l'évolution au niveau individuel du pouvoir d'achat des pensions.

A cette réserve près, il faut s'attendre à une expansion de la vie culturelle des anciens, à la fois parce qu'ils seront plus nombreux et parce que globalement, les attitudes des 40-59 ans d'aujourd'hui préfigurent celles des aînés de demain.

Christiane Delbès, Joëlle Gaymu

Economie européenne

Selon les chiffres provisoires publiés par Eurostat, le produit intérieur brut (PIB) de l'Union européenne à quinze a enregistré une croissance réelle de 2,7 % en 1994. Après des années de vaches maigres et la crise de 1993 où le PIB a accusé une baisse de 0,7 %, l'économie européenne semble avoir repris le chemin de la croissance, même si l'on n'a pas encore atteint les 3,2 % de croissance moyenne des années 1985-1990.

L'Irlande (+ 6 %) et le Danemark (+ 4,4 %) ont réalisé les taux de croissance les plus élevés, tandis que la Grèce enregistre le taux le plus bas (+ 0,4 %). Dans tous les autres Etats membres, les taux varient de + 1,1 % à + 4,4 %.

En pouvoir d'achat, ce sont toujours les Luxembourgeois qui sont les plus gâtés

avec un PIB par habitant de 26 140 unités, soit 58 % de plus que la moyenne communautaire (16 520). Le Danemark vient en deuxième position avec un PIB par tête de 14 % supérieur à la moyenne, suivi par la Belgique et l'Autriche (+ 12 %), la France (+ 10 %) et l'Allemagne (+ 8 %). L'Italie, les Pays-Bas et le Royaume-Uni se maintiennent tout juste au-dessus de la moyenne, tandis que dans les six Etats membres restants le pouvoir d'achat est au-dessous de la barre des 16 520. Les Grecs sont les plus mal lotis avec un pouvoir d'achat inférieur de 38 % à la moyenne.

Aux Etats-Unis, le PIB par tête en pouvoir d'achat dépasse de 45 % la moyenne communautaire en 1994, tandis que le Japon enregistre un score de 14 % supérieur à celui de l'Union.

Source : Eurostat.

La maladie, un antidote contre le chômage ?

Non comptés les quelque 176 000 salariés occupés à le gérer, le secteur de la santé, défini comme l'ensemble des activités liées à la production et à la commercialisation de biens et de services médicaux, employait, en 1992, au titre de leur activité principale, plus de 1 650 000 personnes (7,4 % de la population active). Soit, par rapport à 1982, une augmentation de près de 20 % (+ 280 000), quand le nombre d'emplois, tous secteurs d'activité économique confondus, n'a progressé que de 3 % (- 32 % dans l'agriculture ; - 13 % dans l'industrie ; + 18 % dans le tertiaire). Sur 100 emplois créés dans le secteur tertiaire marchand, plus de 18 l'ont été dans le secteur de la santé.

D'une étude récemment publiée par le CREDES¹, il ressort, notamment, qu'entre 1982 et 1992 :

— l'hôpital est le secteur de la santé où les créations nettes d'emplois ont été les plus nombreuses (+ 123 750) ; en raison du poids de l'hôpital dans le secteur de la santé (58 % des actifs occupés) et non d'un rythme de croissance plus élevé : + 1,4 % en moyenne annuelle (+ 1,1 % pour l'hôpital public, + 2,3 % pour l'hôpital privé), contre, par exemple, + 2,8 % dans les cabinets libéraux (+ 77 195 emplois en 10 ans) ;

— 67 % des emplois créés dans le secteur hospitalier ont correspondu à des emplois à temps partiel (79 % dans le secteur public, 50 % dans le secteur privé). En 1992, le temps partiel représentait 19 % de l'emploi hospitalier, contre 11 % en 1982 ;

— à l'hôpital, l'emploi des cadres supérieurs et des professions intermédiaires a progressé plus rapidement (+ 27 % en 10 ans) que celui des personnels non-qualifiés (+ 9 %), malgré une augmentation de 21 % des emplois d'aides-soignants ;

— sur 100 emplois créés dans les cabinets libéraux, 85 ont été des emplois de médecins, de chirurgiens-dentistes ou d'auxiliaires médicaux et seulement 15 des emplois de salariés.

Arguant d'une quasi-stagnation du nombre de médecins en 1993 et 1994, les signataires de l'étude du CREDES estiment que « la croissance des emplois de la santé sera moins rapide dans la décennie à venir ».

Auraient-ils pronostiqué une aussi forte création nette d'emplois, sur la période qu'ils ont privilégiée, s'ils avaient pu prévoir au début des années 1980, la succession des plans gouvernementaux (Bérégovoy, 1982 et 1983 ; Dufoix, 1985 ; Seguin, 1986 et 1987 ; Evin, 1989 et 1990 ; Bianco, 1991 ; Teulade, 1992) à l'origine de la très forte inflexion à la baisse de la progression des dépenses. Inertie des mentalités et gros intérêts (économiques et corporatistes) aidant, cette création s'est pourtant bel et bien produite. Sous l'influence des mêmes facteurs, auxquels il convient, désormais, d'adjoindre le vieillissement accru de la population et l'obligation de résoudre le problème de la dépendance des personnes âgées, la croissance de l'emploi dans le secteur de la santé, et, plus particulièrement, de l'emploi le moins qualifié, pourrait bien être, quelques années encore, plus soutenue que prévu.

Alain Parant

Source : Echos de la Santé, CREDES, numéro 20, mars-avril 1995.

La réorganisation des réseaux de service public

L'ouverture du Marché unique le 1^{er} janvier 1993 était censée consacrer la libre circulation des marchandises, des personnes, des services et des capitaux au sein de l'Union européenne. Or, dans son livre blanc publié en 1994 et intitulé « *Croissance, compétitivité, emploi - les défis pour entrer dans le XXI^e siècle* », la Commission constate que « le marché intérieur n'est pas encore une réalité dans certains secteurs où la législation nationale et l'octroi de droits exclusifs entravent l'accès au marché et empêchent la

1. Bocognano, Agnès ; Raffy-Pihan, Nadine.
— *L'emploi dans le secteur de la santé*, Centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES)

concurrence sous quelque forme que ce soit ». La Commission fait ainsi référence aux réseaux de service public dans le domaine de l'énergie, des transports, des communications et des services urbains (eau) qui sont, encore aujourd'hui, souvent gérés sous forme monopolistique. Comment se fait-il donc que dans ce domaine l'action des Etats membres de l'Union n'ait pas été partout conduite « conformément au respect du principe d'une économie ouverte où la concurrence est libre » comme ils s'y sont engagé dans le traité de Maastricht ?

Certes, il convient de rappeler que jusqu'à l'adoption de l'Acte unique européen, la majeure partie des services (transports, assurances, banques, etc.) était restée à l'écart du champ d'activité de la Commission et ne devait donc pas obligatoirement être ouverte à la concurrence. Toutefois ce n'est désormais plus le cas et, cette adoption datant de février 1986, la plupart de ces secteurs ont été depuis ouverts à la concurrence sous l'impulsion de la DG4 (direction générale de la Commission en charge de la concurrence). En fait, la question de la réorganisation des réseaux de service public ne doit d'avoir été éludée jusqu'à présent qu'à son caractère économiquement très complexe et surtout politiquement très « sensible » (elle met à mal de nombreux intérêts corporatistes, qu'il s'agisse par exemple du statut des fonctionnaires ou des rentes de situation des entreprises bénéficiant de droits exclusifs d'exploitation). C'est donc plus par pragmatisme que par manque d'intérêt pour cette question que la Commission s'est d'abord attaquée aux dossiers les moins épineux.

En effet, loin de se désintéresser de l'organisation des réseaux de service public européens, la Commission estime

que la structure monopolistique de nombre d'entre eux dans la plupart des pays membres de l'Union est bien un des principaux obstacles à l'ouverture effective des marchés. Elle s'y intéresse d'autant plus volontiers qu'elle considère par ailleurs que l'amélioration de la compétitivité des économies européennes passera de plus en plus, comme l'a souligné le traité de Maastricht, par le renforcement de l'efficacité des réseaux trans-européens (énergie, télécommunications, postes, transports), efficacité à laquelle les monopoles de service public sont censés nuire (d'après la philosophie libérale de la concurrence dont la Commission est la « gardienne »).

Toutefois, cette action volontariste qu'a engagée l'Union européenne en vue de traduire complètement dans les faits le projet de construction du Marché unique, soulève une question essentielle pour ce qui concerne les réseaux de service public : la réorganisation (en fait l'introduction des règles du marché) de ces services publics ne va-t-elle pas remettre en cause les objectifs mêmes qui leurs sont impartis et qui diffèrent sensiblement de ceux d'une entreprise concurrentielle ? En effet, les objectifs fondamentaux d'une politique de service public indispensable à la cohésion sociale et régionale d'un pays, sont les suivants : universalité, c'est-à-dire un accès pour tous à un prix abordable ; égalité, c'est à dire un accès indépendant de la situation géographique ; et continuité, c'est-à-dire une fourniture ininterrompue dans une qualité donnée. Or, cette « mission » risque de ne pas être remplie par une entreprise placée dans des conditions normales de concurrence puisque le marché ne répond qu'à la demande solvable. Ainsi, par exemple, puisqu'un entrepreneur commercial ne

fournit généralement pas un produit ou un service à un prix inférieur au coût marginal, le service postal soumis à la seule loi du marché ne serait assuré, dans les zones rurales isolées, qu'à des prix prohibitifs. La structure monopolistique était en fait jusqu'à présent une façon de répondre à la nécessité d'assurer ces services dans des conditions d'équilibre économique : elle permettait d'opérer une compensation entre les pertes réalisées dans les secteurs non rentables et les bénéfices réalisés dans les secteurs plus rentables. Si ces marchés étaient ouverts à la concurrence, sans autre forme de précaution, les nouveaux venus investiraient les secteurs rentables, mettant ainsi à mal l'équilibre financier de l'opérateur sur lequel repose les obligations de service public. Pour éviter cet écueil, la réorganisation des réseaux de service public devra prendre garde de concilier une plus grande efficacité de gestion et un traitement équitable des « citoyens-consommateurs ». Autrement dit, elle devra associer à la fois concurrence et cohésion.

C'est afin de réfléchir aux formes de réorganisation les plus adaptées que le groupe Réseaux 2010, présidé par Christian Stoffaes, a été institué en France par le Commissaire au Plan en août 1993. Ses conclusions seront rendues publiques en septembre 1995¹. Toutefois, dans le cadre de ce groupe, un atelier entièrement consacré aux expériences étrangères dans ce domaine a été créé. Présidé par Michel Walrave, cet atelier a d'ores et déjà publié ses travaux en août 1995 sous le titre « *Les réseaux de service*

public dans le monde - Organisation, régulation, concurrence ». Dressant un tableau synoptique des modes d'organisation et de régulation des réseaux de services public dans plusieurs pays (pour la plupart membres de l'OCDE), ce rapport permet tout d'abord de réaliser à quel point l'assimilation « service public = entreprise publique = monopole d'Etat = statut spécifique des personnels » à laquelle les Français sont habitués n'a rien d'inéluctable. Il remet également en cause l'idée selon laquelle l'introduction de la concurrence se traduirait par une diminution de la réglementation (on assiste au contraire à sa complexification). Il montre enfin clairement que les réponses apportées à la nécessaire conciliation précédemment soulignée sont très variées, parvenant presque ainsi à mettre à mal la croyance en la « dérégulation » comme unique et ultime recette pour améliorer l'efficacité de la gestion des services publics en réseaux.

Presque ? En effet, le rapport Walrave laisse au groupe Réseaux 2010 le soin de dégager (ou du moins de tenter de le faire) des indicateurs de performance de ces divers systèmes d'organisation et de régulation afin de pouvoir en dresser le bilan. Ce sera également au rapport Stoffaes de dessiner les contours d'un corps de doctrine français en matière de service public qui soit utilisable dans les négociations communautaires, c'est-à-dire susceptible de recueillir l'adhésion de la plupart de nos partenaires. Par ailleurs, il soulignera aussi très probablement que l'inscription dans le cadre communautaire de cette question et des débats s'y rapportant, ne doit pas conduire à croire que l'action volontariste de la Commission dans le domaine de la concurrence est la seule et unique

1. M. Christian Stoffaes viendra présenter, le mercredi 20 septembre 1995 à Futuribles les conclusions du groupe de réflexion qu'il présidait.

raison pour laquelle les pays européens s'engagent ou se sont d'ores et déjà engagés dans la voie de la réorganisation de leurs réseaux de service public. En effet, d'autres évolutions indépendantes de l'action communautaire, comme par exemple l'interpénétration croissante des économies nationales, la progressive diversification des marchés (sous l'effet des innovations technologiques) sur lesquels interviennent les monopoles de service public, ou bien encore leur incapacité à faire tout seuls financièrement face aux besoins d'infrastructure de demain, poussent toutes également dans le sens du changement.

Alexandre Penley

Condition féminine

Du 4 au 15 septembre a eu lieu à Pékin la quatrième conférence mondiale de l'ONU sur les femmes. N'est-il pas quelque peu paradoxal que cette rencontre se soit tenue en Chine ?

Naître du sexe féminin n'est pas généralement considéré comme un crime. Cependant elles sont nombreuses à ne jamais naître à cause d'avortements ou à être tuées à la naissance en raison de leur sexe.

Des avortements sélectionnant le sexe, infanticides et mises à mort par négligence sont fréquents dans certaines régions d'Asie et d'Afrique du Nord. Dans une étude sur une communauté d'Asie du Sud, 51 % des 640 familles interrogées ont admis avoir tué un bébé de sexe féminin dans la semaine qui a suivi sa naissance. On estime qu'environ 100 millions de femmes par an sont ainsi supprimées dans le monde par avortements et infanticide.

D'une manière plus générale, les études sur les conditions de vie des femmes dans le monde sont édifiantes. On y relève notamment qu'environ deux millions de filles seraient chaque année victimes de mutilations des organes génitaux, opération extrêmement douloureuse destinée, prétend-on, à garder une fille « pure » pour son mariage au risque de nuire à sa santé et son équilibre psychologique pour le restant de sa vie.

Les mariages précoces et grossesses souvent même à l'âge de 12 ans sont encouragés dans de nombreuses cultures, en dépit du fait que cet usage augmente les risques de blessure, de santé médiocre et de mort pour la mère comme pour l'enfant. D'après une étude faite au Bangladesh, la mortalité des filles enceintes de moins de 15 ans est cinq fois supérieure à celle des femmes entre 20 et 25 ans. Les bébés qui naissent de mères jeunes ont un poids de naissance peu élevé et sont deux fois plus susceptibles de mourir au cours de leur première année.

De très nombreuses filles en bas âge de six ou sept ans sont soumises à des travaux forcés sans aucun respect des règles les plus élémentaires s'appliquant aux conditions de travail. En outre, l'exploitation sexuelle est fréquemment un corollaire de ce travail forcé. Sans parler ici des centaines de milliers de fillettes — les garçons n'y échappent pas non plus mais sont en nombre plus limité — qui sont forcées de participer au commerce du sexe comme prostituées.

Le SIDA et autres maladies sexuellement transmissibles touchent non seulement les prostituées mais aussi les filles qu'on a forcées à des actes sexuels et à des mariages précoces. Dans certaines régions, jusqu'à 30 % des filles et des femmes en âge de porter des enfants sont

estimées être infectées du VIH. De façon alarmante, le taux d'infection des filles entre 15 et 19 ans est bien plus élevé que celui des garçons pris dans le même groupe d'âge. Ainsi, en Ouganda, le coefficient filles/garçons de 15 à 20 ans infectés par le VIH est de 6/1. En Zambie et au Malawi le coefficient d'infection filles/garçons de ce groupe d'âge est de 5/1.

Pendant ce temps, l'ONU siège, les instances internationales délibèrent, parfois même adoptent des résolutions. Avec quelle efficacité.

Source : Earthaction et « Rapports sur la situation des femmes dans le monde ».

France : évolutions des effectifs scolaires

Dans l'enseignement primaire (public et privé), le nombre d'élèves dans les écoles maternelles et élémentaires devrait baisser d'environ 0,5 % (environ 31 000 élèves), à la rentrée 1995. Cette baisse amorcée en 1991 devrait s'amplifier en 1996 pour atteindre 0,9 % (60 000 élèves). Ces variations résultent de l'évolution démographique d'une part, de la poursuite des principales tendances de la scolarisation d'autre part : progression de la scolarisation à l'âge de 3 ans et à 2 ans, réduction des retards scolaires dans l'élémentaire.

La proportion des enfants scolarisés à 3 ans devrait encore progresser (surtout dans les zones rurales) : elle passerait de 99,5 % en 1994-1995 à 99,9 % en 1996-1997. A l'âge de 2 ans, la proportion devrait aussi progresser, du fait d'un nouvel effort pour les élèves issus de milieux défavorisés et passer de 35,4 % en 1994 à 36,1 % en 1996. Cette évolution devrait donc maintenir la France à

la première place de toutes les nations pour la scolarisation des jeunes enfants.

Dans l'enseignement secondaire, les hypothèses le plus souvent tendancielle concernant l'orientation des élèves, combinées aux évolutions démographiques, conduisent à prévoir une baisse des effectifs des collèges lors des rentrées 1995 (20 000 élèves) et 1996 (28 000 élèves). On devrait en revanche assister à un arrêt de la baisse des effectifs dans les lycées généraux et technologiques, ainsi qu'à un léger accroissement dans les lycées professionnels : 1 000 élèves supplémentaires en 1995-1996 et 2 000 en 1996-1997.

Dans l'enseignement supérieur, à la rentrée 1994, on estimait à environ 1,9 million d'étudiants les effectifs en université, grande école, IUT, section de technicien supérieur ou classe préparatoire des lycées (soit environ 57 000 de plus qu'en 1993). L'accroissement devrait être plus modéré en 1995 (+ 42 000) et surtout en 1996 (+ 15 000) en raison d'une baisse du nombre de bacheliers (classes d'âge plus réduites) : le nombre de bacheliers (généraux, technologiques et professionnels) qui était de 458 000 en 1993 et de 471 300 en 1994, devrait stagner en 1995 et tomber à 460 000 en 1996.

Seul le second cycle universitaire devrait conserver un rythme de croissance soutenu, les effectifs étant pour la première fois projetés à la baisse dans le premier cycle.

Alain Michel

Pour des informations plus précises, se référer aux notes d'information de la DEP (ministère de l'Education nationale) n° 95-07, 95-09 et 95-10 de février 1995.

ÉTVDES

Revue
d'information
de réflexion
et de culture

MENSUEL

TOUS LES MOIS LISEZ

ÉTVDES

Dans les prochains numéros :

Roumanie. Amnésie expiatoire

R. CAMPEANU

Le Pérou après le Sentier lumineux

Michel LHOMME

Juste défense, non plus juste guerre

René COSTE

Les services de proximité,
de la théorie à la pratique

Geneviève IACONO

Enjeux pour la famille

Xavier LACROIX

La limite

Bertrand VERGELY

Les croyances des Français

Jacques ROLLET

Et dans chaque numéro :

Choix de films - Chroniques de théâtre

Revue des livres - Choix de disques

En vente dans les grandes librairies.

Le n° (144 p.) : 55 F - étr. 62 F

Rédacteur en chef :

Abonnement (11 n°s par an) : 470 F - étr. 575 F

Jean-Yves CALVEZ

*Pour recevoir un numéro ou vous abonner, envoyez vos nom, adresse et règlement
à l'ordre d'Etudes - 14, rue d'Assas - 75006 PARIS - ☎ (1) 44 39 48 48*

Ou sur Minitel, tapez 3615 SJ Etudes.*

Analyses critiques

LESOURNE, Jacques. — *Vérités et mensonges sur le chômage.* — Paris : Editions Odile Jacob, 1995, 229 p.

Ce livre est d'abord un cri d'alarme. Le chômage est une « lèpre », qui ronge le tissu social et pourrait emporter nos institutions démocratiques si l'on n'y prend garde. J. Lesourne a sur beaucoup l'avantage de connaître l'histoire, de parler d'économie « politique », au sens où l'économie s'insère dans des processus sociaux complexes. J. Lesourne enfin se souvient de l'aveuglement des élites d'avant-guerre devant un drame qui commence à montrer quelques troublantes similitudes avec celui que nous vivons.

Mais ce livre s'adresse avant tout à la raison. Il fait œuvre pédagogique en expliquant patiemment, méthodiquement, les mécanismes qui font naître le chômage dans une économie moderne. Les deux concepts clés sont ceux d'*hétérogénéité* et de *substitutions*. Le travail est un bien composite, un continuum multidimensionnel de compétences et de qualités personnelles. Ce constat vaut plus que jamais dans une économie fortement tertiaisée, où les qualités relationnelles, l'intelligence et l'imagination importent plus que la force physique. Il y a donc une multitude de marchés du travail qui ne s'équilibrent qu'au prix de délicats mouvements des salaires relatifs.

Les décisions concernant le travail, celles de l'employeur ou du salarié, sont la résultante d'arbitrages de tous les instants entre coûts et opportunités. Une horlogerie subtile règle le volume de l'emploi, celui de la population active, l'orientation professionnelle. La maladresse des interventions étatiques n'a d'équivalent que la pauvreté des représentations retenues dans les modèles économétriques.

J. Lesourne a raison d'insister sur ces notions. Son diagnostic s'en déduit. Il est tout entier résumé à la page 109. La demande de travail a été réduite par toute une série de chocs défavorables : hausse des charges sociales, hausse des taux d'intérêt, intrusion des pays à bas salaires, nature des progrès techniques, etc. Faute d'une flexibilité suffisante des salaires et de l'accepta-

tion d'une ouverture de l'éventail des rémunérations, le chômage de la main-d'œuvre faiblement qualifiée a augmenté inexorablement. La démonstration est parfaitement convaincante, car l'auteur prend soin d'analyser et de réfuter toutes les explications alternatives. Le chômage, comme l'inflation, est le signe d'un déséquilibre macroéconomique. C'est dans la macroéconomie et dans la restauration du mécanisme des prix qu'il faut en priorité rechercher la solution.

Il pose aussi un regard sans complaisance sur les politiques de l'emploi pratiquées depuis 20 ans et sur la coalition des conservatismes qui expliquent leur échec. Le jugement des experts eux-mêmes a été obscurci par les passions partisans ou les préjugés idéologiques.

Le pronostic est donc sombre, et l'auteur ne le dissimule pas. De tous les scénarios qu'il imagine, le plus probable est celui de la continuité, dans lequel le chômage toucherait toutes les catégories de la population, s'accroissant de cycle en cycle. L'explosion et/ou la décomposition de la société sont au bout du chemin.

Il est temps alors d'évoquer les remèdes. A mon sens trop brièvement. On peut se réjouir de voir J. Lesourne prendre nettement ses distances vis-à-vis du sophisme de la réduction du temps de travail.

Chemin faisant, il tord aussi le cou à l'idée que la création d'emplois est une affaire de bonne volonté, d'initiatives locales, de capacité à révéler des gisements d'emplois qui seraient restés dissimulés aux yeux des responsables... et des chômeurs eux-mêmes.

Plus importante encore, car elle vient d'un Européen convaincu, sa condamnation de la politique monétaire pratiquée en 1992 et 1993, et de ceux qui ont fait de l'impératif européen une priorité supérieure à celle de l'emploi, au risque de perdre sur les deux tableaux.

A la chasse aux rigidités du marché du travail, on se trouve également convié. Mais J. Lesourne refuse de transgresser tout de suite le tabou du Smic, en suggérant seulement que l'on renonce aux coups de pouce. Sans aller jusqu'à sa suppression pure et simple, des stratégies d'assouplissement, de modulation, de décentralisation sont concevables, mais n'ont pas été évoquées. Le salaire minimum tient une place centrale dans le diagnostic, il est presque oublié dans la prescription.

La baisse des charges sociales pesant sur les bas salaires, retenue par J. Lesourne, apparaît aujourd'hui comme la solution de la sagesse, également éloignée du dirigisme et du libéralisme à l'américaine. Son financement n'est pas analysé en détail. C'est dommage. Car alors serait apparue cette évidence, qu'il s'agit moins d'un élixir que d'une potion amère, eu égard à l'importance des transferts nécessaires pour obtenir un effet significatif sur l'emploi. Le ralliement à cette formule serait sans doute moins enthousiaste si cela se savait.

Arrivé à ce point de l'ouvrage, on se serait attendu non seulement à des propositions normatives, mais à une tentative pour penser les voies, politiques et sociales, de l'émergence de la solution « libérale tempérée » que préconise l'auteur. Peut-être, en dernière analyse, notre sort dépendra-t-il d'une « conjonction de nécessité, de hasard et de volonté ». Le « nez de Cléopâtre » aura-t-il la longueur voulue ? Le cri d'alarme de J. Lesourne sera-t-il entendu ? Quoi qu'il arrive, le « clerc » éminent qu'il est n'aura pas trahi.

Gérard Maarek ¹

OVERHOLT, William H. — *China, the next economic superpower.* — Londres : Weidenfeld & Nicholson, 1993, 293 p.

Depuis « Le devisement du monde » de Marco Polo et les « Lettres édifiantes et curieuses » des Pères jésuites, le regard sur la Chine nourrit une vigoureuse tradition littéraire. L'étonnement des premiers observateurs devant ce monde étrange a pourtant cédé aujourd'hui la place à une admiration teintée d'inquiétude. Sous la férule d'un des derniers régimes communistes, la Chine fait preuve depuis plus de quinze ans d'une étonnante vitalité économique.

Ceci conduira-t-il l'Empire du Milieu au premier rang des puissances de la planète comme le suggèrent depuis quelques années les analyses de la Banque Mondiale fondées sur l'analyse de la parité des pouvoirs d'achat. C'est ce que pense W. Overholt dans un ouvrage qui est devenu une référence.

Le profil de l'auteur invite à prendre connaissance du diagnostic : ancien collaborateur d'H. Kahn au Hudson Institute, W. Overholt travaille sur l'Asie depuis plusieurs décennies et a participé à ce titre à l'équipe présidentielle de J. Carter. Depuis 1980, il vit à Hong-Kong où il dirige la succursale du Bankers Trust.

La thèse soutenue est simple, à défaut d'être neuve : selon l'« analyste politique et financier tranquille » (tel que le décrit E.N. Vogel dans sa préface à l'ouvrage), « la Chine constitue la dernière phase du décollage de l'Asie-Pacifique ». Cette évolution est irréversible. Elle n'a fort heureusement que des conséquences positives : la population chinoise bénéficiera sur le plan politique de l'expansion économique, Hong-Kong constituera « la plaque tectonique de la rencontre entre les civilisations chinoise et occiden-

1. Président du groupe « Perspectives économiques » du Commissariat général au Plan ; cf le rapport *Coût du travail et emploi : une nouvelle donne.* — Paris : La Documentation Française, 1994.

tale » (p. 207), le monde asiatique jouira d'une stabilité inégalée et les Etats-Unis en tireront le meilleur parti.

Tel est le message transmis aux nombreux hommes d'affaires anglo-saxons, pour qui l'ouvrage est devenu le vade-mecum indispensable que l'on relit avant d'atterrir sur les aéroports de Kai Tak (Hong-Kong) Hongqiao (Shanghai) ou Shoudu (Pékin) et d'aborder la terre promise plein d'ardeur et de confiance.

La loi du succès commercial n'étant pas d'airain pour l'honnête homme, faut-il considérer *China, the next economic superpower* comme un livre de référence, fruit précieux de l'analyse et de l'expérience ? La réponse est indiscutablement positive : l'ouvrage, par le regard porté sur une situation complexe et les perspectives tracées avec audace, est plus qu'une brochure publicitaire. Il restera exemplaire du mirage de la Chine des années 1990.

Analysant l'ascension de l'économie chinoise, l'auteur reprend des données désormais bien connues : depuis 1979, la Chine a connu une progression annuelle de 10 % de son PIB et de 20 % de son commerce extérieur. Les investissements étrangers y constituent désormais un apport de près de 80 milliards de dollars.

C'est à juste titre que Deng Xiaoping est crédité du processus qui a permis de parvenir à un tel résultat : la réforme agricole dès 1979, la priorité donnée à l'industrie légère, la libération progressive des prix, l'encouragement de l'investissement ont permis la création simultanée d'emplois et de marchés intérieurs. Par opposition aux pratiques suivies en Russie et en Europe de l'Est, l'approche graduelle retenue a permis de gagner à la réforme les principaux groupes sociaux (paysans, militaires, bureaucrates du Parti et de l'Etat). L'auteur anticipe cependant sur les réalités lorsqu'il veut montrer le caractère achevé de la réforme économique. Il voit une « révolution du système financier chinois » (p. 9) alors que le gouvernement peine en réalité depuis plusieurs années à doter le pays d'institutions bancaires fonctionnant selon une logique commerciale et de marchés financiers non spéculatifs. Il considère que la Chine dispose des « instruments qui lui permettent de contrôler l'inflation » (p. 14) alors que celle-ci ne cesse de croître depuis 1991 pour atteindre 24 % en 1994. Il décrit le poids des entreprises d'Etat comme « comparable à la France ou l'Italie » (p. 18) alors que celles-ci représentent près de 50 % de la production industrielle et près de 75 % de l'emploi salarié.

Identifiant comme « figures centrales du succès chinois... le petit fermier sur sa nouvelle moto, l'ouvrier en chemise Lacoste sortant de son usine, l'ouvrière essayant un nouveau cosmétique après avoir assemblé des Tortues Ninja » (p. 15), Overholt nous montre en réalité des personnages que chacun pourra trouver dans la province méridionale du Guangdong mais beaucoup plus difficilement dans le reste de la Chine. Il convient donc de prendre avec

beaucoup de prudence l'évaluation faite du niveau de vie réel : sur la base des travaux de la Banque Mondiale et d'études de marché (qui ne prennent pas en compte le coût du logement), l'auteur l'estime à 1 500 à 1 800 dollars par habitant, soit l'équivalent de celui des Thaïlandais. L'économie chinoise dépasserait dans ces conditions celle de Etats-Unis « d'ici une génération » (p. 21).

La réforme économique se poursuivra donc avec succès : le risque de crédit restera réduit, l'inflation modérée, les déficits des entreprises d'Etat seront jugulés grâce à une « stratégie claire » (p. 30) à base de fusions et de partenariats avec l'étranger, les goulots d'étranglement des infrastructures disparaîtront une fois les ressources financières nécessaires mobilisées et le chômage sera éliminé en tirant parti des expériences de Singapour et de la Corée du sud. La corruption endémique sera chassée par la concurrence, d'autant plus facilement que « comme Taïwan, la Corée du sud (qui est une référence centrale pour l'auteur), Singapour et Hong-Kong, la Chine a une élite dirigeante, qui se consacre principalement à la construction du pays plutôt qu'à son propre enrichissement... Personne n'a accusé Mao Zedong, Chen Yun ou Deng Xiaoping d'être principalement motivés par l'esprit de lucre » (p. 42). On aimerait retrouver un tel optimisme dans les analyses de la Banque Mondiale ou les rares confidences des dirigeants chinois.

La transition politique chinoise ne pose pas de problèmes particuliers. La succession de Deng Xiaoping sera sans heurts, ses successeurs (classés en « socialistes staliniens » derrière Chen Yun, « socialistes bureaucratiques » derrière le Premier ministre Li Peng et « modernisateurs autoritaires » derrière le Vice-Premier ministre Zhu Rongji) étant tous partisans de la poursuite des réformes. Un soulèvement radical de la population est improbable, l'inégalité entre riches et pauvres étant effacée par la perspective de l'enrichissement collectif, que garantit « la capacité de poursuivre une croissance de 7 % par an indéfiniment » (p. 59). La fragmentation géographique est exclue : « même le Tibet a crû trois fois plus vite que les Etats-Unis lors du boom Reagan/Bush » (p. 64).

Le vrai risque tiendrait à un immobilisme, qui viendrait ralentir les réformes à cause du délitement idéologique, de l'absence de consensus sur certaines questions-clés (tel l'avenir des entreprises d'Etat), de la décentralisation des pouvoirs ou de la mentalité de la bureaucratie moyenne. L'auteur écarte cependant cette hypothèse.

La Chine témoigne ainsi, à la différence de la Russie, d'une séquence politique réussie. Elle a choisi de passer de la « dictature socialiste » à la « démocratie de marché » par la voie de ce que l'auteur appelle l'« autoritarisme de marché » et non, comme Moscou, par celle de la « démocratie socialiste ». Il y a donc là un modèle, fondé sur des institutions solides et modernes, l'engagement résolu vers l'économie de marché et des conditions sociales favo-

rables, qui emprunte la voie suivie par la Corée du sud et Taïwan dans les années 1960. « L'expérience asiatique montre que le succès économique conduit inexorablement à la réforme politique » (p. 81).

La terre des Hans n'est donc pas autre chose qu'une « gigantesque Corée du sud de 1972 » (p. 91) en cours de libéralisation : « quiconque lit l'anglais peut acheter l'*Asian Wall Street Journal* ou l'*International Herald Tribune* à un kiosque d'hôtel » (p. 87), « le christianisme se développe partout » (p. 88) et, preuve supplémentaire s'il en fallait, chacun peut trouver les enregistrements des Beatles ou d'Elvis Presley dans n'importe quel karaoké.

S'agissant de Hong-Kong ou plutôt de la « joint-venture Hong-Kong/Guangdong », qualifiée emphatiquement de « réaction nucléaire au cœur de l'explosion économique chinoise » (p. 129), l'auteur croit pouvoir discerner une issue favorable aux querelles précédant le retour à la souveraineté chinoise en 1997. La Chine, qui a « une excellente réputation de respect des accords conclus » (p. 136), ne souhaite pas donner un signal négatif susceptible de gêner son projet de réunification avec Taïwan et trouve un intérêt économique majeur au territoire britannique (par lequel passe près d'un tiers de son commerce extérieur et dans lequel elle est le premier investisseur étranger). Pour peu que les représentants de Londres et les habitants fassent preuve de mesure (notamment en cessant de soutenir les dissidents chinois), le maintien d'une « zone de prospérité et de stabilité commune entre communisme et capitalisme » (p. 169) paraît assuré.

Le miracle chinois devrait conduire à la transformation des relations internationales. En effet pour notre émule de Napoléon, « le décollage actuel d'un quart de l'humanité transforme la structure politique de tout le globe » (p. 211). Comme pour les « vagues » précédentes (Japon en 1945-1960, ASEAN en 1960-1975), le développement économique devrait renforcer l'intégration politique et économique de la Chine dans la région Asie-Pacifique, au bénéfice des Etats-Unis qui demeurent les protecteurs militaires et les fournisseurs de capitaux.

Ayant rompu avec les mouvements de subversion communiste, engagé un dialogue avec les pays de l'ASEAN, noué des relations avec la Corée du sud, Pékin devrait se rapprocher de Taïwan au nom d'un intérêt économique commun. Les litiges territoriaux en Mer de Chine du sud (Spratlys, Paracels) devraient rester circonscrits, « la Chine ne cherchant pas à courir de risque majeur » (p. 229). En dépit des apparences, les dépenses militaires de Pékin pèsent de moins en moins sur le PNB, « l'essentiel de l'augmentation récente tenant à des raisons de sécurité intérieure » (p. 232).

Seules des réactions négatives des Etats voisins au développement économique chinois (« risque bismarckien »), une tentation d'autonomie accrue des militaires chinois (« risque du Japon d'avant-guerre ») ou la perte d'influence des Etats-Unis pourraient compromettre cette évolution pacifique.

Les Etats-Unis et la Chine, dont « les relations sont essentielles pour l'avenir du monde » (p. 248), ont certes des motifs de désaccord, qui tiennent à la sécurité (ventes d'armes chinoises), à la souveraineté (Spratlys, Tibet, Hong-Kong, Taïwan), à l'économie (déficit commercial, propriété intellectuelle, accès au marché) ou aux droits de l'homme. Celles-ci doivent cependant être surmontées car la Chine constitue pour Washington « la plus grande opportunité économique de la prochaine génération », la solution aux problèmes de paix et de stabilité en Asie et « sur le plan humanitaire, l'une des contributions les plus positives à la dignité humaine du XX^e siècle grâce à la prospérité nouvelle et à la réduction de l'emprise totalitaire » (p. 248).

Un compromis est donc souhaitable dans l'intérêt mutuel. Celui-ci sera d'autant plus facile à obtenir que « les différences ne portent pas sur les valeurs mais sur les stratégies pour atteindre des valeurs largement partagées » (p. 279).

Pareille leçon de « géoéconomie » appellerait une réfutation détaillée qui ne peut trouver sa place ici. L'observateur de la Chine se souviendra du dicton ressassé de Chengdu à Harbin par les voyageurs : « celui qui vient en Chine une semaine veut écrire un livre ; celui qui y séjourne un mois, un article ; celui qui y passe un an n'ose rien écrire ». L'amateur véritable de prospective y verra une invitation à une ascèse où les démons de l'air du temps, du subjectivisme national et de la confusion des intérêts seraient pourchassés au loin.

Philippe Hayez

BOUTEILLER, Eric. — « L'émergence de la puissance industrielle chinoise : conséquences pour l'industrie française ». — Etude d'HEC Eurasia Institute pour la Direction générale des Stratégies industrielles du ministère de l'Industrie, des Postes et Télécommunications et du Commerce extérieur, septembre 1994, 225 p.

L'auteur s'attache à montrer la puissance, la diversité, les faiblesses, mais aussi l'évolution récente de l'industrie chinoise :

— Puissance, par exemple par les effectifs employés (130 millions), par les taux de croissance annuelle (+ 13 % de 1978 à 1992), par l'expansion des exportations et la présence de plus en plus importante des investissements étrangers.

— Diversité : la longue pratique du pouvoir central et son évolution récente vers un système décentralisé ont conduit à voir cohabiter des entreprises de types très différents ; les entreprises publiques dont les caractéristiques

majeures sont malheureusement toutes négatives comme leur déficit croissant, leurs sureffectifs et leur manque de productivité ; les entreprises collectives rurales, outil politique de stabilisation de la société rurale dont les règles de fonctionnement souples préparent sans doute l'économie de marché ; les entreprises privées, dont l'incidence reste négligeable sur l'ensemble de l'économie chinoise, mais qui peuvent ponctuellement « peser » lourd. Enfin, les entreprises à participation étrangère, souhaitées par les Chinois pour les capitaux, les technologies et les systèmes de gestion qu'elles apportent, et qui seront le vecteur de la modernisation de l'industrie chinoise.

— Faiblesses : les technologies dépassées cohabitent avec une main-d'œuvre insuffisamment qualifiée. Le système centralisé reste en moyenne le métro-nome de l'économie chinoise avec tout ce que cela comporte de freins et de tracasseries. Les déséquilibres entre secteurs, entre régions, et l'existence de goulets d'étranglement (transports) sont autant de handicaps à surmonter.

— Evolution récente : des réformes profondes (?) ont été engagées depuis 1978. Les phases successives ont conduit à retenir une référence à l'économie de marché, reconnue par la Constitution (1992). Ces respectables objectifs n'ont pu empêcher des phénomènes de surchauffe. Comment aurait-il pu, d'ailleurs, être possible de faire passer, vite et sans douleurs, la Chine d'une économie planifiée à une économie « libre » ? Tout s'est donc passé comme si avaient cohabité, dans le passé proche, une économie chinoise encadrée, à l'abri des évolutions, et une économie libre, victime (?) de surchauffe incontrôlée, et cherchant son avenir dans une éternelle fuite en avant. Ne doivent, cependant, pas être passées sous silence les diverses réformes ou les projets de réformes engagés ou envisagés : création d'un système fiscal, création d'une banque centrale, réforme des prix.

Le futur reste à construire. On connaît l'ancien système. On ne sait pas encore ce que sera le nouveau. A l'examen, les priorités de la politique industrielle sont assez claires, parce que générales. Rien d'original dans une politique qui prévoit le développement de l'agriculture, le renforcement des infrastructures et des industries de base, l'encouragement aux industries manufacturières, le développement actif des relations avec l'étranger. On peut faire confiance à la capacité des Chinois pour dominer les techniques nécessaires à ce développement. Les incertitudes sont ailleurs :

— Quel sera, à court terme, le point d'équilibre entre pouvoir central et pouvoir décentralisé ? La situation actuelle révèle des effets pervers dus à l'absence de maîtrise du système : confusion entre activités légales et illégales, acteurs économiques qui cherchent définitivement à prendre position, corruption, mise en place de stratégies de contournement par les autorités régionales. Dès aujourd'hui, les priorités entre le centre et les provinces divergent. Cela peut-il durer ? Une cohérence minimale entre centre et régions pourra-t-elle exister ?

— La Chine saura-t-elle ré-institutionnaliser le pouvoir central, cohérent et fort, sans lequel la mise en place de nouvelles règles financières et fiscales semble difficile voire impossible à l'auteur ?

— La Chine bénéficiera-t-elle de la croissance indispensable à la continuité des réformes engagées ? Ces réformes n'auront de sens pour un peuple majoritairement asservi que si elles apportent le développement. Cet objectif ne sera accessible que par une croissance forte.

— La Chine trouvera-t-elle les moyens financiers (financements internationaux de toutes natures et origines) pour assurer son développement ? L'obsession de tous les responsables chinois en contact avec l'étranger reste aujourd'hui la recherche de financements. Les projets existent par centaines... mais l'argent n'est pas là.

— Peut-on considérer comme négligeable l'exode rural, les 150 millions de personnes vivant illégalement dans les villes et le sous-prolétariat en cours de constitution ? La stabilité sociale minimale nécessite donc une forte croissance.

— L'Etat chinois pourrait-il supporter, et ses partenaires étrangers l'accepter, la situation consternante que constitue la pollution en Chine ?

C'est en fait une véritable et exhaustive analyse du monde industriel et financier chinois auquel se livre l'auteur. L'avenir comporte plus d'interrogations que de réponses concrètes. Pourrait-il en être autrement ? L'histoire millénaire chinoise est suffisamment riche pour convaincre les incrédules de l'inévitable réussite de l'industrie chinoise dans le futur proche, cette réussite ne pouvant sans doute pas être obtenue sans troubles majeurs mêmes localisés. Le problème est enfin de savoir à qui profitera cette réussite future. Pour un exportateur, la Chine n'est originale que par sa culture et sa taille. Ses marchés profiteront donc à ceux qui comprendront la Chine et seront les meilleurs. De ce point de vue et avec des réponses différentes suivant les secteurs les chances françaises sont réelles. L'étude faite n'a pas vocation à conclure sur ce point mais présente une somme de données exceptionnelles pour les lecteurs.

Catherine Bouchet-Orphelin

Bibliographie

Comptes rendus

- BONNAZ, Hervé ; COURTOT, Nathalie ; NIVAT, Dominique. — « Le contenu en emplois des échanges industriels de la France avec les pays en développement ». — in *Economie et Statistique*, n° 279-280, 1994.

Les échanges industriels de la France avec les pays en développement sont excédentaires. Pourtant ils continuent de soulever des interrogations quant à leur impact macro-économique, notamment en ce qui concerne l'emploi. Pour certains, l'existence et la permanence d'un excédent manufacturier important dans nos échanges avec ces pays montrent que le bilan global en termes d'emplois doit être positif pour la France. Pour d'autres, la balance en emplois doit être actuellement déficitaire. Les coûts de production étant en moyenne plus de deux fois inférieurs dans les pays en développement, la production française d'une même quantité de biens correspond à un montant nominal bien supérieur à celui des importations. Le contenu en emplois de cette production substituée aux importations dépasse alors nettement celui des exportations.

Dans cette deuxième hypothèse, un calcul précis du nombre d'emplois en France pour produire, d'une part les exportations industrielles vers les pays en développement, d'autre part la quantité de biens manufacturés substituables aux importations de ces pays, permet d'estimer un majorant du déficit théorique en emplois que le commerce avec les pays en développement aurait provoqué.

Le chiffre calculé (330 000 emplois) est relativement faible par rapport à l'ampleur des problèmes de l'emploi et du chômage en France. Par ailleurs, le chiffre réel des pertes d'emploi doit être inférieur. Pour estimer l'impact réel sur l'emploi, il faudrait en effet boucler le raisonnement qui fonde le calcul de la balance en emplois, c'est-à-dire prendre en compte les effets induits d'une protection ou, à l'inverse, prendre en compte les gains liés au développement, depuis plusieurs années, des importations en provenance des pays à bas salaires. La productivité globale de l'ensemble des économies en a été améliorée, et les consommateurs français ont bénéficié des gains de pouvoir d'achat que ces importations à bas prix ont entraînés.

- BOURGUINAT, Henri. — *La tyrannie des marchés. Essai sur l'économie virtuelle*. — Paris : Economica, 1995.

Le présent ouvrage est le dernier élément d'un triptyque qui avait commencé en 1987 par la publication de l'ouvrage intitulé « Les vertiges de la finance internationale » et s'était poursuivi par celui intitulé « Finance internationale ». Cet ouvrage s'efforce de savoir si la montée en puissance d'un marché de plus en plus internationalisé et globalisé laisse encore ses chances à une maîtrise du devenir économique au niveau d'une nation de moyenne dimension comme la France.

Actuellement, une véritable révolution de l'information se conjugue avec l'effacement des barrières spatio-temporelles en matière d'échanges réels et financiers. Le mouvement d'internatio-

nalisation et de mondialisation fait peser d'énormes pressions sur la cohésion nationale des Etats Nations. Ainsi, l'auteur étudie le nouveau mode de régulation de l'économie internationale qui est marquée par la montée de la spéculation et de l'économie virtuelle notamment avec le développement des produits dérivés.

En raison de la montée de la sphère financière et de la finance virtuelle, la liberté de manœuvre des gouvernements nationaux est fortement contrainte. Même les pays en voie de développement n'échappent pas à cette financiarisation croissante de l'économie. Simultanément, le commerce international et les délocalisations d'activités accentuent la division du travail au niveau international et commencent à exercer des effets non négligeables sur l'emploi.

Pour Henri Bourguinat, il existe désormais une loi des marchés pour ne pas dire une véritable tyrannie de ceux-ci. Le vrai dilemme n'est pas de nos jours d'être protectionniste ou libre-échangiste : il est d'accepter ou de refuser de voir que l'ouverture grandissante et multiforme au monde avec ses lois impératives de la compétition ne peut se faire sans remise en cause des équilibres traditionnels non seulement économique mais tout autant politique des Etats Nations. Pour la France, puisqu'il s'agit de rendre compatible internationalisation avec autonomie de décision, il apparaît nécessaire de chercher à s'adapter en jouant sur tous les registres disponibles. Plus précisément, l'auteur estime qu'il faut mettre en place les mécanismes nécessaires au renouvellement des élites, favoriser une préférence nationale pour les produits français, pouvoir gérer le taux de change, mettre en place une véritable politique commerciale communautaire, etc.

Charles du Granrut

● **FLICHY, Patrice.** — *L'innovation technique. Récents développements en sciences sociales. Vers une nouvelle théorie de l'innovation.* — Paris : La Découverte, 1995.

L'ouvrage de Patrice Flichy étudie comment les sciences sociales analysent les rapports entre technique et usage. Plus précisément, l'auteur cherche à faire une lecture critique de différents travaux afin d'élaborer une nouvelle démarche d'analyse de l'innovation technique.

L'ouvrage est divisé en trois parties. Tout d'abord sont présentées les théories standards sur la technique qui sont structurées autour d'une séparation radicale entre technique et société. Selon l'auteur, certains travaux s'intéressent aux laboratoires et aux inventeurs, d'autres à la diffusion de la technique et à ses usages et ces deux secteurs de recherche s'ignorent totalement. Quand, dans d'autres théories, un lien est envisagé entre technique et société, il s'agit toujours d'établir un rapport déterministe.

A côté de ces théories standards largement dominantes en économie, en sociologie et en histoire, l'anthropologie et la nouvelle sociologie des sciences proposent de nouvelles approches puisqu'elles essaient d'ouvrir la boîte noire et de traiter indifféremment des aspects techniques et sociaux. Dans cette lignée de recherche, l'auteur présente sa propre approche de l'innovation. Ainsi, il étudie comment s'organise l'action socio-technique des différents acteurs de l'innovation, notamment celle des concepteurs et des usagers, au sein de mêmes cadres de référence. Dans cette optique, l'auteur définit le cadre de fonctionnement, qui est un ensemble de savoirs et de savoir-faire qui sont mobilisés ou mobilisables dans l'activité technique, et le cadre d'usage, qui est le mode d'utilisation des produits c'est-à-dire notamment l'interface homme-machine. Dans la troisième partie, l'auteur s'interroge sur le rôle du temps. Son analyse porte non seulement sur la succession des événements techniques et l'irréversibilité des choix effectués, mais également sur l'évolution des représentations, des utopies techniques et sociales. A partir de ces éléments, l'auteur cherche à étudier les différentes phases qui permettent à une innovation de se constituer tant dans son fonctionnement technique que dans ses usages.

Pour l'auteur, l'innovation n'est pas l'addition d'un génial Eurêka et d'un processus de diffusion. Elle est bien au contraire le résultat de mécanismes complexes, d'ajustements successifs, de confrontations et de négociations. Les objets techniques sont le résultat de trois éléments : l'activité des acteurs, le hasard et les contraintes socio-techniques.

C.G.

● IGPB. — « Global Change : IGPB in Action, Work Plan 1994-1998 ». — Rapport n° 28, 1994.

Ce rapport est une présentation générale des recherches devant être menées par la communauté internationale dans les prochaines années dans le domaine « Changements Planétaires ». Le précédent rapport, avec le même objectif, avait été publié en 1990 (rapport n° 12). Il avait été complété par les rapports 13 à 27, chacun s'intéressant à des sous-projets ou des actions spécifiques. Les efforts de recherche doivent être menés sur le plan international en collaboration avec d'autres programmes comme « *Human Dimensions of Global Environmental Change Programme (HDP)* », « *World Climate Research Programme (WCRP)* » ou des organisations comme l'« *Intergouvernemental Panel on Global Change (IPCC)* ».

Les principales questions pour lesquelles le programme souhaite apporter des réponses sont :

— Comment la chimie de l'atmosphère est-elle régulée à l'échelle planétaire et quel est le rôle des phénomènes biologiques dans la production ou l'utilisation des gaz en traces ?

— Dans quelle mesure les changements planétaires affectent-ils les écosystèmes terrestres ? Comment ces derniers vont-ils répondre aux changements climatiques, aux changements de composition de l'atmosphère ?

— Comment la végétation interagit-elle avec les phénomènes physiques du cycle hydrologique, en particulier les échanges de masse et d'énergie ?

— Comment les changements climatiques, l'utilisation des sols, l'augmentation du niveau des océans affecteront-ils les écosystèmes côtiers ?

— Comment les phénomènes biogéochimiques influencent-ils et répondent-ils aux changements climatiques ?

— Quels ont été les changements planétaires du passé et quelles en ont été les causes ?

Chacune de ces questions a donné lieu à un sous-projet. Des actions sont également coordonnées dans le domaine de l'analyse, l'interprétation et la modélisation des phénomènes planétaires, dans celui des banques de données et enfin dans celui de la coordination de la recherche sur un plan régional et sur celui de la formation.

Ces recherches doivent être financées principalement par les pays participant au Programme ou par des organisations internationales. Le budget prévu pour 1995 est estimé à environ 560 millions de dollars.

Les grands problèmes à élucider pour répondre aux questions précédentes sont :

— le cycle du carbone, puisque la raison principale des risques de changements climatiques est liée à l'augmentation de la concentration du gaz carbonique et du méthane ;

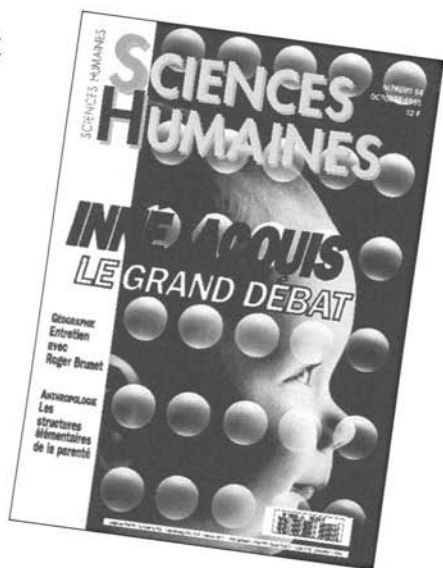
— la caractérisation des propriétés de la surface des sols et l'influence des modifications de ces surfaces sur les flux d'énergie, de vapeur d'eau, de gaz en traces, etc. ;

— la caractérisation des activités humaines susceptibles d'induire les changements climatiques. Des systèmes d'observation planétaire doivent être développés de façon à pouvoir suivre les éventuels changements planétaires. Des efforts doivent être faits dans cette direction comme dans celui de la formation, en particulier dans les pays en développement.

L'objectif des recherches d'IGPB n'est pas de fournir des solutions pour éviter des changements climatiques, mais d'orienter vers les bonnes solutions et de fournir les connaissances de base indispensables pour aller dans cette direction.

Jacques Fontan
in *Natures - Sciences - Sociétés*, n° 3, vol. 3, 1995

L'intelligence, la violence,
les différences hommes-femmes,
l'altruisme,
sont-ils le produit
de la nature
ou de la culture ?
La part de l'inné
et de l'acquis :
une question
fondamentale
des sciences
de l'homme.



SCIENCES HUMAINES

**Le magazine des sciences
de l'homme**

11 numéros par an + 4 hors-série thématiques

**en kiosque, en librairie et sur commande au 86 72 07 00
38, rue Rantheaume - BP 256 - 89004 Auxerre Cedex**

Travaux et Recherches de Prospective

Futuribles International et le LIPS (Laboratoire d'Investigation Prospective et Stratégique) du Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) lancent une collection de « **Travaux et Recherches de Prospective** » (TRP) dirigée par Michel Godet, Hugues de Jouvenel et Jacques Lesourne.

Cette collection a pour objectif d'assurer la diffusion d'études et de recherches de prospective théoriques et appliquées qui, en raison de leur apport conceptuel et méthodologique, sont de nature à contribuer au développement de la prospective, de ses concepts de base, de ses outils, de la déontologie de ceux qui entendent la pratiquer. Elle publiera entre quatre et six études par an qui seront sélectionnées en raison de leur apport à l'indispensable rigueur que requiert cette « indiscipline intellectuelle ».

Le premier numéro TRP vient de paraître :

« Scénarios globaux à l'horizon 2000

Analyse morphologique et probabilisation »

par Michel Godet en collaboration avec Pierre Chapuy et Gérard Comyn.

Il peut être commandé à Futuribles International ¹ au prix de 120 FF TTC ² (port inclus) (TVA 18,6 % = 19 FF).

Les auteurs sont invités à adresser leur manuscrit simultanément à Futuribles International (55, rue de Varenne – F 75341 Paris Cedex 07 – A l'attention de H. de Jouvenel) et au LIPS (CNAM – 2, rue Conté – F 75003 Paris – A l'attention de M. Godet) avec la disquette correspondante.

Les manuscrits d'une longueur de 30 à 50 pages dactylographiées (60 000 à 100 000 signes) seront examinés par un comité éditorial qui, sous la responsabilité des directeurs de TRP, est seul habilité à décider de leur publication. Les manuscrits non publiés ne seront pas renvoyés aux auteurs.

1. 55, rue de Varenne – F 75341 Paris Cedex 07 – Tél. : (331) 42 22 63 10 – Fax (331) 42 22 65 54.

2. Tarif spécial pour les membres de Futuribles International.



BON DE COMMANDE

A retourner à Futuribles International - 55 rue de Varenne - F 75341 Paris Cedex 07

Tél. (1) 42 22 63 10 - Fax (1) 42 22 65 54

NOM Prénom

Fonction Organisme

Adresse

Code postal Ville Pays

☐ souhaite recevoir le n° 1 des TRP « Scénarios globaux à l'horizon 2000. Analyse morphologique et probabilisation » au prix de 120 FF TTC (1) (TVA 18,6 % = 19 FF) port inclus.

☐ ci-joint mon règlement par chèque bancaire.

Date et signature

(1) Tarif spécial pour les membres de Futuribles International.

Pourquoi futuribles ?

Nous traversons une période de turbulence résultant de mutations profondes aux plans géopolitique, technologique, économique, écologique, social, culturel et politique ; le plus difficile aujourd'hui étant sans doute de dégager d'une information pléthorique les éléments pertinents pour une meilleure compréhension d'un monde contemporain en plein bouleversement.

Bouleversement géopolitique avec la chute du mur de Berlin, la guerre du Golfe, la transition amorcée à l'est, les épreuves qu'affronte le sud, et l'émergence peut-être d'un monde multipolaire tout différent de celui d'hier.

Bouleversement par la technologie, le jaillissement de l'informatique dans les usines et les bureaux, l'apparition de nouveaux matériaux et d'une capacité révolutionnaire à manipuler les gènes. Pour le meilleur comme pour le pire.

Bouleversement dans le fondement même de nos économies de plus en plus tertiaires, de moins en moins dépendantes des richesses du sol et du sous-sol et donc de l'énergie, mais de plus en plus tributaires d'investissements immatériels (y compris humains), ignorant ô combien les frontières. D'où l'avènement d'une économie planétaire, l'explosion de la finance, la dissociation de la croissance et de son traditionnel corollaire, l'emploi.

Bouleversement de nos modes de vie du fait d'une durée de vie plus longue, d'une activité professionnelle plus courte et plus précaire, de l'explosion du marché des loisirs et de la communication, de la transformation radicale des valeurs et des comportements.

Sans parler ici des rapports de l'homme avec la biosphère, de l'effet de serre, de la crise de nos systèmes de protection sociale pris en étau entre les impératifs de la compétitivité internationale et l'accroissement des besoins sociaux liés au vieillissement démographique, à la santé, au chômage...

L'accélération du changement conduit à une multiplication des urgences mais exige, de notre part, un peu de **recul et de réflexion**, seuls garants aujourd'hui de notre **liberté de penser** et de notre **volonté d'agir** hors de la stricte contrainte des événements.

D'où la nécessité de la réflexion prospective, d'une fonction de veille et d'évaluation permanente vis-à-vis des tendances et des enjeux vraiment importants pour notre avenir. Cette réflexion, conduite avec le concours des meilleurs spécialistes mondiaux, se trouve chaque mois dans la revue *Futuribles*, une revue pour comprendre, une revue pour agir.

futuribles

analyse et prospective

NUMÉRO 201

SEPTEMBRE 1995

La société disloquée 3
Hugues de Jouvenel

**La justice sociale dans les systèmes
de santé européens** 5
Claude Schneider-Bunner

Les enjeux éthiques des sociétés vieillissantes 27
Ruud H.J. ter Meulen

L'Europe sans emploi, l'Amérique sans le sou ? 55
Paul Krugman

ACTUALITÉS PROSPECTIVES 69

Les immigrés et leurs enfants. Guerres de l'eau. L'horizon culturel des aînés. Economie européenne. La maladie, un antidote contre le chômage ? La réorganisation des réseaux de service public. Condition féminine. France : évolution des effectifs scolaires.

BIBLIOGRAPHIE

Analyses critiques 83

J. Lesourne, *Vérités et mensonges sur le chômage*. W. Overholt, *China, the next economic superpower*. E. Bouteiller, « L'émergence de la puissance industrielle chinoise : conséquences pour l'industrie française ».

Comptes rendus 92

