

L'INFLUENCE DES FACTEURS ÉCONOMIQUES SUR LA CONSOMMATION MÉDICALE

par

Simone SANDIER

Une bonne connaissance de l'effet des facteurs socio-économiques sur la consommation médicale apparaît nécessaire, tant pour établir des prévisions à court et long terme de cette consommation et des dépenses des organismes sociaux, que pour étayer les choix et les décisions de politique sociale. En fait, aucune analyse rigoureuse de l'influence de ces facteurs n'est encore possible à partir des statistiques ou enquêtes disponibles jusqu'à présent. On s'efforcera cependant dans cette note de rassembler et préciser les résultats qui ont été apportés par des études diverses. S'ils ne peuvent conduire à des conclusions formelles et chiffrables, leur convergence amène à des présomptions relativement solides. Indiquons, dès maintenant, que l'action des facteurs économiques semble faible. Il apparaît bien que le développement de la consommation médicale dépend avant tout du progrès des techniques de soins et de leur processus de diffusion.

I. INTRODUCTION

On peut considérer trois facteurs économiques : le revenu du consommateur, le prix du service ou bien consommé, le débours entraîné par cette consommation.

11. Le revenu du consommateur

Le revenu est, en effet, habituellement l'un des facteurs essentiels qui détermine le niveau de consommation.

12. Le prix du service ou bien consommé

Dans le secteur médical, et du fait de l'intervention des administrations (1) :

— le prix demandé au consommateur n'est souvent pas identique au prix demandé par le producteur ou le distributeur ;

— le prix d'un service n'est pas identique pour tous les consommateurs ;

— le prix demandé au consommateur pourra varier dans des proportions beaucoup plus fortes que sur la plupart des autres « marchés » de biens ou services.

Les divers facteurs de variation du prix doivent être classés pour être, si possible, étudiés indépendamment.

121. Quels sont les prix demandés par les producteurs (par exemple 100).

(1) Le terme « administration » est pris au sens de la Comptabilité nationale et s'applique essentiellement à la Sécurité Sociale, l'État et les collectivités locales, les Mutuelles.

122. Le consommateur est-il ou non couvert de certaines de ses dépenses par un ou plusieurs organismes sociaux (Sécurité Sociale, Mutuelle, Aide médicale)? S'il ne l'est pas, le prix est pour lui égal au prix demandé par le producteur (par exemple égal à 100).

123. Si le consommateur est couvert par un ou plusieurs organismes sociaux, le prix qui lui est demandé varie en fonction de cinq éléments dont certains sont dépendants les uns des autres (couverture ou non d'une dépense particulière, tarif de responsabilité, taux de remboursement et critères de discrimination associés, couverture multiple) (1).

1231. Une dépense particulière est-elle ou non couverte par l'organisme?

Si elle ne l'est pas le prix reste égal à 100 comme pour les non assurés (par exemple le prix des produits pharmaceutiques achetés sans ordonnance).

1232. Si la dépense est couverte, comment est calculé le remboursement? Ce remboursement dépend lui-même de plusieurs facteurs :

a) **Le taux de couverture réglementaire** admis par l'organisme : par exemple, taux de remboursement de 70, 80, 90 ou 100 % de la dépense, actuellement pratiqués, selon les cas par la Sécurité Sociale. Les prix pour le consommateur sont alors de 30, 20, 10 ou 0 par rapport au prix 100 demandé par le producteur.

Dans le cas où existent des taux de remboursement différents, un nouveau facteur entre en jeu :

Les critères de discrimination des cas qui seront couverts à ces différents taux. La proportion de ces cas variera en effet selon les critères fixés par la réglementation (liste des produits remboursables à 90 %, liste des maladies entraînant couverture à 100 %, temps d'hospitalisation ou coefficient du K chirurgical entraînant couverture à 100 %, etc.).

b) **Le tarif de responsabilité** admis par l'organisme. Il peut dans certains cas ne pas être identique au prix réel du service demandé par le producteur. Par exemple, le tarif d'autorité de la consultation à Paris pourra ne représenter que 30 % de ce prix réel. Dans ce cas, si le taux réglementaire de couverture est de 80 %, le taux réel sera de 24 % et le prix pour le malade sera 76 (par rapport à 100, prix du producteur).

c) **Le consommateur est couvert simultanément par plusieurs organismes.** Le cas le plus fréquent est la superposition de l'intervention de la Sécurité Sociale et d'une Mutuelle. Le taux de couverture pourra être augmenté jusqu'à atteindre 100 % (80 % par la Sécurité Sociale, 20 % par la Mutuelle), le prix tombant alors à 0.

La superposition des actions de ces divers facteurs aboutit à une telle multiplicité de cas qu'il n'est pas possible de mesurer ces actions en les considérant de façon indépendante, faute de moyens d'observation suffisamment affinés. On devra se contenter d'étudier des situations où l'effet d'un ou plusieurs facteurs peut apparaître plus spécialement en cause (cas soulignés dans les divers paragraphes précédents).

13. Le « débours »

Ce facteur très particulier se rencontre rarement dans les autres secteurs économiques (2). La dépense médicale d'un particulier pourra en effet, soit être remboursée après paiement, soit couverte directement par un tiers payant, totalement ou en partie. Dans le premier cas, le consommateur devra faire l'avance de la somme correspondant au prix réel du producteur (100). Dans le deuxième cas, sauf si la dépense totale réelle est couverte à 100 % par un tiers payant, le débours dépendra des facteurs divers cités au paragraphe précédent (§ 12). On conçoit que cette différence de situation puisse avoir des répercussions sur la décision du consommateur, et d'autant plus que celui-ci aura des ressources plus faibles. L'analyse en est toutefois très difficile.

*
* *

Dans le second chapitre de cette note, on utilisera les données tirées de l'enquête sur les consommations médicales effectuée en 1960 auprès d'un échantillon de ménages pour étu-

(1) Pour se référer à une classification plus approfondie des divers facteurs considérés, cf. « Une enquête par sondage sur la consommation médicale », G. RÖSCH, J. M. REMPP, M. MAGDELAINE, *Consommation*, 1962, n° 1, pp. 48 à 59.

(2) Il se rencontre aussi, par exemple, dans le cas où une assurance rembourse, parfois après un assez long délai, les dépenses d'un particulier entraînées par la survenue d'un « accident » dont le risque était « assuré ».

dier principalement l'effet du revenu et du mode d'assurance. Elles reflètent le comportement des ménages à un moment donné.

Dans le troisième chapitre, on utilisera les données fournies par diverses séries temporelles pour décrire l'évolution des comportements et mesurer l'influence de la variation des facteurs économiques sur le développement des consommations médicales.

II. L'INFLUENCE DU REVENU ET DE L'ASSURANCE SUR LA CONSOMMATION MÉDICALE

L'enquête de 1960 (1) est le meilleur instrument d'analyse dont nous disposons actuellement pour étudier certains des facteurs que l'on vient de considérer.

C'est la seule enquête française qui étudie spécialement la consommation médicale. Les enquêtes générales sur le budget des ménages (de 1951 et 1956 par exemple), fournissent des données sur les dépenses médicales mais ne permettent pas d'analyser ces dépenses en fonction du sexe et de l'âge des consommateurs. Or, l'influence de ces facteurs est tellement prédominante qu'elle doit être isolée en premier lieu dans l'étude de tout autre facteur.

On doit cependant être conscient des limites aux possibilités d'analyse découlant des caractéristiques même de l'enquête.

— Par cette première enquête, considérée comme pilote, on s'est efforcé d'étudier de nombreux sujets sur lesquels nos connaissances étaient très pauvres. Sur chaque sujet précis, les renseignements demandés devaient donc être limités. Ils s'avèrent parfois insuffisants pour permettre une étude extrêmement approfondie.

— Les moyens mis en œuvre n'ont permis d'effectuer cette enquête que sur un échantillon restreint et une période courte. La dimension de l'échantillon n'autorise donc pas à accepter sans réserves des analyses qui visent à déterminer les influences respectives de plus de trois facteurs. L'action de l'âge et du sexe devant toujours être éliminée, il n'est pas possible, par exemple, de déterminer, en plus, l'action respective du mode d'assurance et de la catégorie socio-professionnelle. Or, il semble bien que la catégorie socio-professionnelle a une influence plus forte que le revenu ou le mode d'assurance. Si cette hypothèse est exacte, l'action de ces deux derniers facteurs sera d'autant plus difficile à discerner (2).

— L'enquête était effectuée auprès des ménages. Ceux-ci n'avaient donc pas de notion précise des dépenses effectuées pour eux par un organisme « tiers payant ». Elle ne permet donc guère d'étudier ce cas particulier.

— L'échantillon de l'enquête était insuffisant pour étudier correctement l'hospitalisation (couverte d'ailleurs pour la plus grande part par tiers payant). Elle est peu fréquente (1,1 pour 100 personnes en 1 mois), mais elle représente une forte proportion des dépenses médicales. Les données de l'enquête concernent donc essentiellement les dépenses de médecins, dentistes et pharmacie.

21. L'influence du revenu

L'étude de l'influence des facteurs socio-économiques a imposé une analyse statistique complexe en raison de la nécessité déjà soulignée de toujours tenir compte des effets de l'âge et du sexe. On indiquera seulement que la consommation médicale des catégories de population de revenus différents est caractérisée par un « seuil » à partir duquel cette population fait appel à des soins médicaux. La consommation moyenne de cette population sera d'autant plus forte que son seuil sera plus bas. Des abaques établies d'après les résultats du modèle utilisé (3), permettent de calculer à partir de l'âge et du seuil (lui-même fonction du revenu) la dépense moyenne de soins médicaux correspondante. Ceci nous fournit la liaison cherchée entre le revenu et la consommation et montre que l'effet de ce facteur, sensible quand le revenu est faible, s'atténue rapidement dès que celui-ci s'accroît. Par conséquent l'élasticité de la consommation par rapport au revenu varie avec ce dernier.

(1) Cf. note (1), page 72.

(2) Un essai d'analyse de ce type a cependant été tenté, cf. : « Un modèle des dépenses médicales, Effet simultané de deux ou plusieurs caractères socio-économiques », A. MIZRAHI, *Consommation*, 1965, n° 1.

(3) Pour plus de détails sur les données et les méthodes utilisées, on consultera : « Un modèle des dépenses médicales appliqué aux données d'une enquête », Arié et Andrée MIZRAHI, *Consommation*, 1964, n° 1.

Pour permettre de percevoir de façon plus concrète l'influence du revenu, on a appliqué le modèle établi à une hypothèse prévisionnelle. On peut ainsi calculer l'incidence d'une augmentation uniforme des revenus des particuliers, poursuivie pendant 10 ans, sur leur consommation médicale.

L'hypothèse retenue d'augmentation des revenus par tête est de 4% par an, proche par conséquent de celle observée au cours des dix dernières années et prévue dans les prochains plans. L'opération n'étant pas faite pour prévoir la consommation en une année donnée, mais pour mettre en évidence l'action propre de l'accroissement des revenus, on a éliminé l'action des variables démographiques en considérant une population de structure constante selon l'âge et le sexe. Les résultats obtenus sont indiqués dans le tableau I.

TABLEAU I

(Évaluations à prix constants)

	AU BOUT DE :	
	5 ans	10 ans
Indice d'accroissement des revenus par tête (100 en l'année 0)	121,7	148,8
Indice d'accroissement de la consommation médicale (100 en l'année 0)	101,6	102,9

On constate donc sur cet exemple que l'effet propre de l'augmentation des revenus est négligeable, puisque l'augmentation de la consommation médicale obtenue correspondrait à une élasticité moyenne de l'ordre de 0,06.

Le tableau 2 et le graphique 1 présentent les résultats plus détaillés par tranche de revenus. Ils montrent, comme le laissait prévoir le modèle, un effet de l'accroissement du revenu très faible quoique perceptible au niveau des bas revenus (correspondant à une élasticité = à 0,12) mais qui peut être considéré comme nul au niveau des revenus moyens et élevés (1).

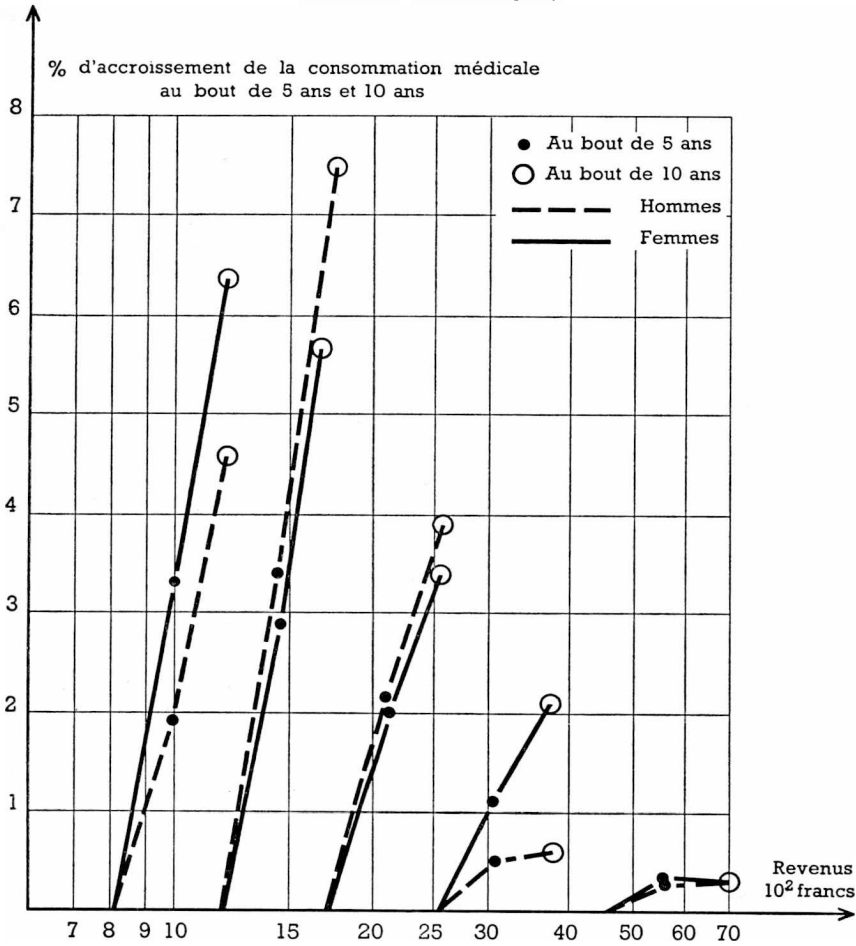
TABLEAU 2

SEXE	CENTRE DES CLASSES DE REVENUS EN L'ANNÉE 0 (F par personne, par an)	INDICE D'ACCROISSEMENT DE LA CONSOMMATION MÉDICALE (100 en l'année 0) au bout de :	
		5 ans	10 ans
Hommes	800	101,96	104,61
	1 200	103,42	107,52
	1 750	102,21	103,91
	2 550	100,46	100,61
	4 600	100,26	100,28
Femmes	800	103,30	106,40
	1 200	102,90	105,70
	1 750	102,10	103,40
	2 550	101,10	102,10
	4 600	100,30	100,30

(1) Pour l'étude de l'influence du revenu sur la consommation médicale aux États-Unis, cf. dans ce même numéro : J. L. PORTOS, « Les soins médicaux et le revenu des ménages aux U.S.A., tendances sur 30 ans ».

GRAPHIQUE 1

Incidences d'une augmentation uniforme des revenus de 4% par an
sur la consommation médicale suivant le revenu initial
(abscisses logarithmiques)



22. Influence de la protection sociale

L'influence de la protection sociale sur la consommation médicale a été étudiée à partir de l'enquête comme l'influence du revenu, en éliminant les effets de l'âge et du sexe, et par l'intermédiaire des seuils de consommation (1).

Les individus ont été regroupés en quatre sous-populations selon le degré de protection dont ils bénéficient :

- population sans aucune protection sociale ;
- population couverte uniquement par la Sécurité Sociale (2) ;
- population couverte uniquement par une mutuelle ;
- population couverte à la fois par la Sécurité Sociale et par une mutuelle.

(1) La méthode est identique à celle exposée au paragraphe 1.

(2) Ensemble des régimes (général, rattachés et spéciaux, le régime des mines excepté).

Les consommations médicales sont d'autant plus fortes que la protection sociale est plus complète. Cependant, quand pour les différentes populations on calcule la consommation médicale moyenne, on constate que la consommation médicale des catégories les mieux protégées (à la fois par la Sécurité Sociale et par une mutuelle) n'est supérieure que de 14,5% à celle des populations qui ne bénéficient d'aucune protection sociale.

Le tableau 3 indique les augmentations de la consommation médicale dues aux divers accroissements possibles de protection sociale, tels qu'on peut les déduire des résultats de l'enquête.

TABLEAU 3

Protection nouvelle Protection antérieure	Non protégés	S. S. seule (%)	Mutuelle seule (%)	S. S. + mutuelle (%)
	Non protégés	0	5,4	10,2
Sécurité Sociale seule	—	0	4,6	8,7
Mutuelle seule	—	—	0	3,9
Sécurité Sociale + mutuelle ...	—	—	—	0

Pour juger de la faiblesse de ces augmentations, il convient de rappeler que le rythme annuel moyen d'augmentation du volume de la consommation médicale par tête a été de 7,75% entre 1950 et 1961 (127% d'augmentation en 11 ans).

Application dans une hypothèse prévisionnelle

Nous évaluons ci-dessous à partir de ces résultats l'augmentation de la consommation médicale qui se produirait dans deux hypothèses d'évolution de la protection de la population.

Pour conduire notre calcul, nous avons raisonné pour une structure par âge et par sexe identique à celle de 1960 et pour une population numériquement égale à celle touchée par l'enquête.

— Dans l'hypothèse d'une extension générale de la Sécurité Sociale à toute la population (la proportion de mutualistes restant identique à celle actuellement observée : soit 40%) ; la consommation médicale augmenterait, de 1,9% par rapport à 1960.

— Dans l'hypothèse de l'extension de la Sécurité Sociale et de la protection mutualiste à toute la population, elle augmenterait de 6,7%.

L'influence du mode de protection sociale sur le comportement des individus en matière de consommation médicale est donc faible, mais semble plus importante que celle du revenu.

Cependant, dans la législation actuelle, la protection sociale est étroitement liée à la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage, et il nous a paru indispensable de donner des indications sur l'influence de cette dernière.

Influences respectives de la protection sociale et de la catégorie socio-professionnelle

Rappelons les correspondances existant entre les catégories socio-professionnelles et la protection par les assurances sociales en 1960.

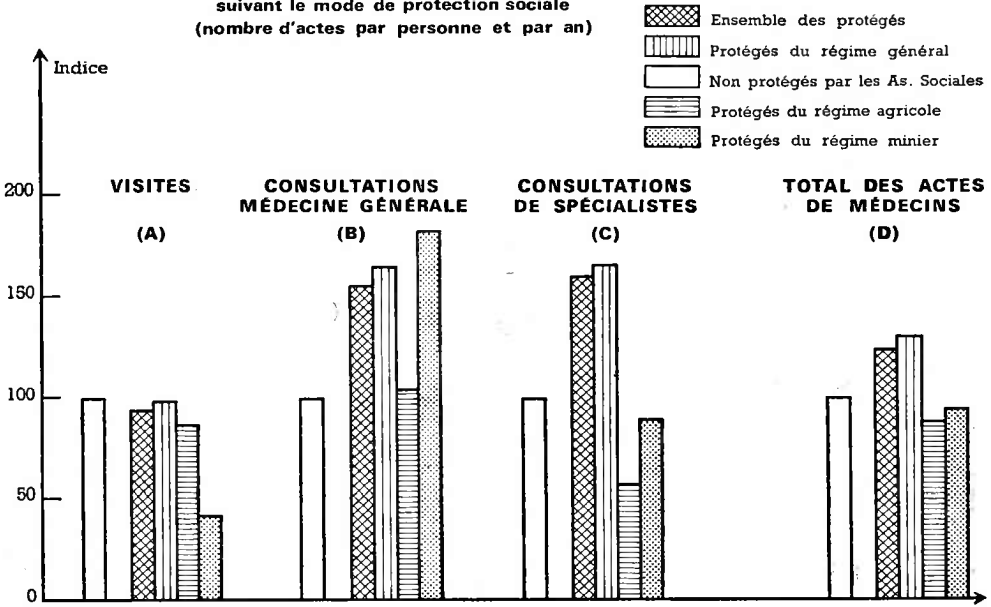
Assurés du régime agricole (1) : Salariés agricoles

Assurés du régime général : Ouvriers
Employés
Cadres moyens
Cadres supérieurs

(1) En 1960, les exploitants agricoles ne bénéficiaient pas encore des assurances sociales.

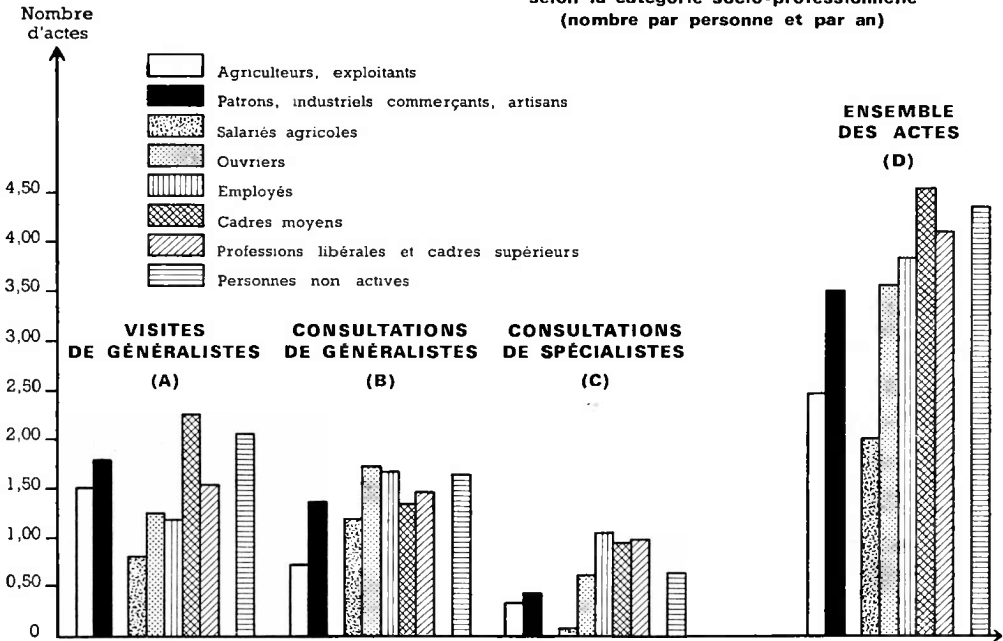
GRAPHIQUE 2

**Consommation d'actes de médecins
suivant le mode de protection sociale
(nombre d'actes par personne et par an)**



GRAPHIQUE 3

**Consommation d'actes de médecins
selon la catégorie socio-professionnelle
(nombre par personne et par an)**



Non assurés sociaux

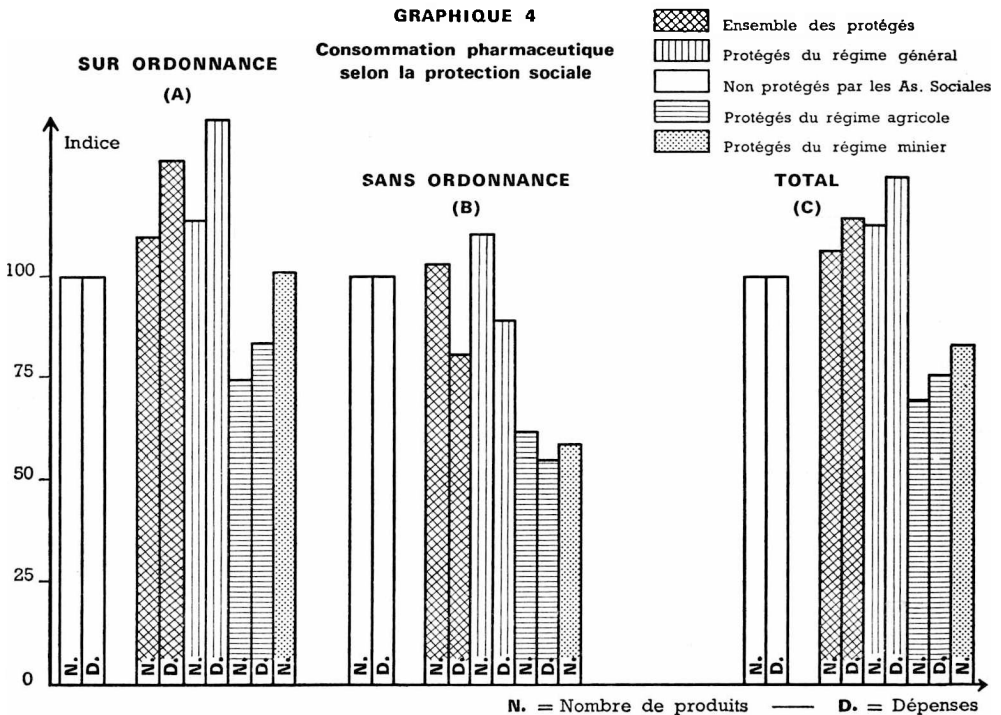
- : Professions libérales
- Patrons de l'industrie et du commerce
- Artisans
- Agriculteurs exploitants (1).

La méthode adoptée ici diffère de celle précédemment exposée : elle consiste à comparer les consommations — en dépenses ou en nombre d'actes — de populations homogènes par rapport au critère « assurance » ou au critère « catégorie socio-professionnelle » même si ces populations n'ont pas les mêmes structures par âge et par sexe.

Les graphiques 2, 3, 4 et 5 montrent pour les diverses consommations médicales — actes de médecins, pharmacie — que les différences de consommation observées entre assurés sociaux et non assurés sociaux sont souvent moins grandes que celles que l'on peut observer quand on compare deux populations bénéficiant de la même protection sociale mais de catégories socio-professionnelles différentes ; **ceci indiquerait que l'effet de la catégorie socio-professionnelle est plus important que l'effet de l'assurance.**

— En effet, si on les compare aux non assurés on observe que les assurés sociaux dans leur ensemble ont des consommations plus fortes (+ 24 % d'actes de médecins et + 15 % de dépenses de pharmacie), mais on remarque que les assurés du Régime agricole ont eux des consommations inférieures (— 13 % pour les actes de médecins, — 23 % pour la dépense de pharmacie).

L'analyse par catégorie socio-professionnelle montre que certaines catégories de population non assurées consomment plus que des catégories qui le sont (3,42 actes de médecin par personne et par an pour les « patrons de l'industrie et du commerce et les artisans » contre 1,96 pour les ouvriers agricoles). Par ailleurs, la dispersion est importante entre catégories également assurées (11,6 produits pharmaceutiques par personne et par an pour les « employés » contre 7,1 chez les salariés agricoles).

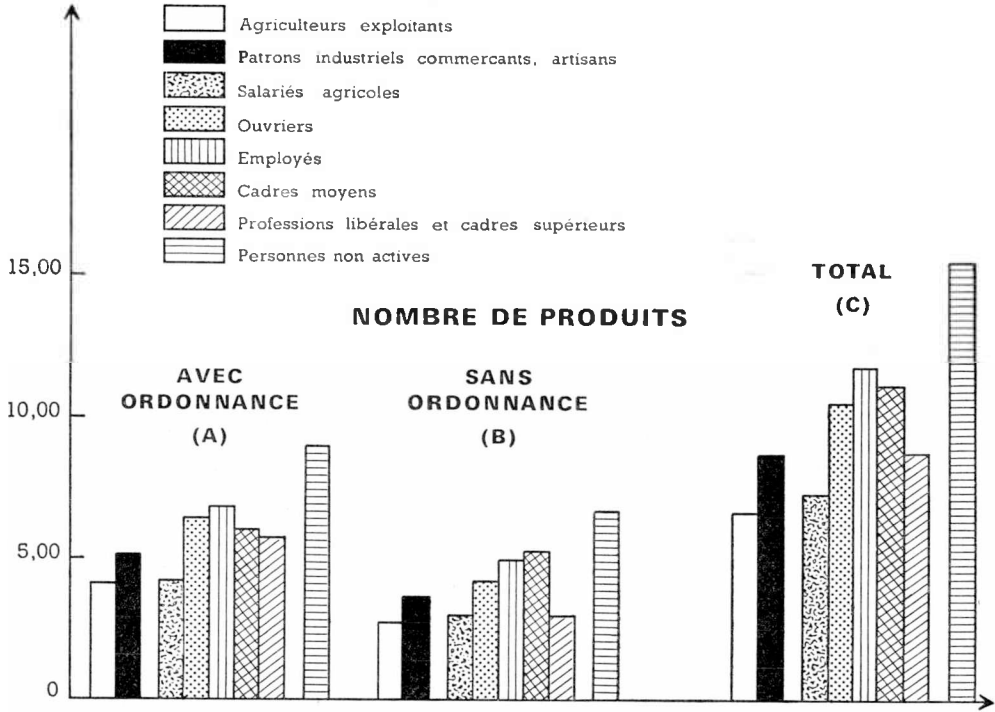


(1) En 1960, les exploitants agricoles ne bénéficiaient pas encore des assurances sociales.

GRAPHIQUE 5

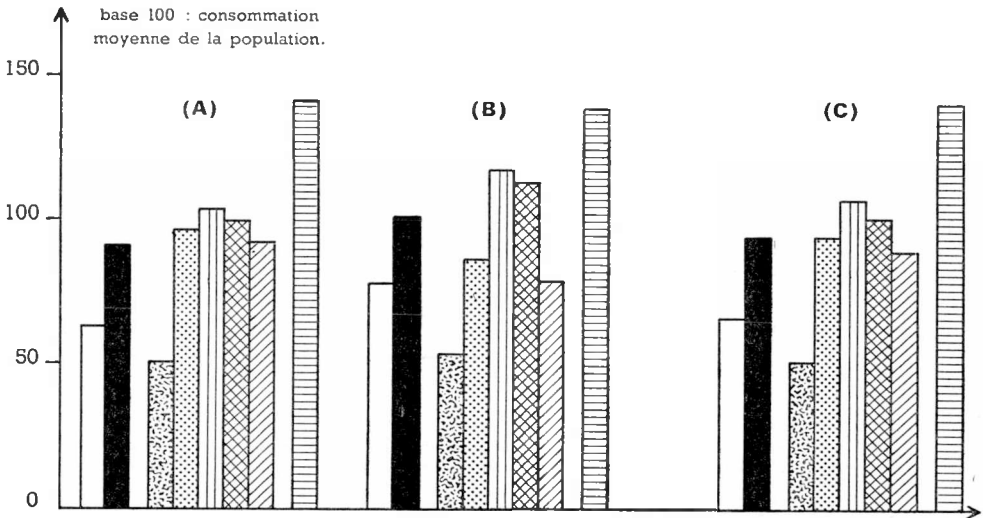
Consommation pharmaceutique par personne et par an selon la catégorie socio-professionnelle

Nombres
de produits



Indices

DÉPENSES



— Une analyse plus détaillée des consommations fait cependant apparaître de plus grandes différences de comportement entre assurés et non assurés, ou entre catégories socio-professionnelles, à l'égard de consommations particulières. Le recours au médecin spécialiste est plus fréquent pour les assurés (0,64 consultation par personne et par an) que pour les non assurés (0,40), et l'analyse par catégories socio-professionnelles montre que les employés ont une consommation beaucoup plus forte (1,02 consultation par personne et par an) que les salariés agricoles (moins de 0,1). Dans ce cas, les différences de comportement observées résultent vraisemblablement de la conjonction de plusieurs facteurs : l'éducation sanitaire, la résidence urbaine, les capacités de l'offre (densité de l'appareil médical), le mode d'assurance ne paraissant jouer qu'un faible rôle.

— Si l'on sépare dans la consommation de produits pharmaceutiques les produits prescrits ou non sur ordonnance, le comportement des non assurés paraît effectivement différent de celui des assurés mais pas autant toutefois qu'on aurait pu le supposer.

En effet, le nombre de produits prescrits par ordonnance achetés par les assurés (6,37 par an) n'est supérieur que de 11% à celui des produits sur ordonnance achetés par les non assurés (5,72). C'est uniquement sur le prix des produits achetés qu'on note une plus nette différence : les produits sur ordonnance achetés par les assurés sociaux sont en moyenne 18% plus chers que ceux achetés par les non assurés. Il est cependant remarquable qu'ils achètent autant de produits sans ordonnance que les non assurés.

23. Influence du débours

L'influence du « débours » ne peut s'étudier qu'en considérant les consommations en nombre d'actes ou de produits des protégés d'un régime pratiquant le tiers payant, par rapport à un régime ne le pratiquant pas. Le régime des mines, seul, nous donne l'occasion d'une telle comparaison (1).

TABLEAU 4
Nombre d'actes ou de produits consommés par personne et par an

	Protégés du régime des mines	Protégés du régime général	Non protégés par les assurances sociales
Visites de médecine générale ...	0,66	1,51	1,57
Consultations de médecine générale	1,81	1,66	1,00
Consultations de spécialistes ...	0,35	0,61	0,40
Total des actes de médecins ...	2,82	3,84	3,00
Produits pharmaceutiques avec ordonnance	5,80	6,53	5,72
Produits pharmaceutiques sans ordonnance	2,52	4,74	4,22
Total des produits pharmaceutiques.....	8,32	11,27	9,95
Séances de soins dentaires	0,62	2,66	1,33

(1) Le tiers payant est pratiqué :
— soit pour l'ensemble des consommations d'une population protégée : régime des mines ;
— soit en fonction de certaines combinaisons de protection et, pour une part seulement, des dépenses certaines mutuelles ;
— soit pour certains risques : accidents du travail ;
— soit pour certains types d'actes médicaux : hospitalisation.
Il n'y a que dans le premier cas que des comparaisons peuvent être faites.

Dans tous les secteurs de la consommation médicale, les protégés du régime des mines consomment moins que les autres assurés sociaux qui eux ne bénéficient pas du tiers payant. Il n'y a d'exception qu'en ce qui concerne le nombre de consultations de médecins généralistes. Le décalage est particulièrement net pour les consultations de spécialistes, les visites de médecine générale, les séances de soins dentaires et le nombre de produits pharmaceutiques (aussi bien avec ordonnance que sans ordonnance). Dans la plupart des cas, les consommations des protégés du régime des mines sont même inférieures aux consommations des non assurés sociaux (tableau 4).

Il ne semblerait donc pas que le tiers payant, du moins dans son application actuelle (à une population particulière), entraîne une augmentation très marquée des consommations médicales. Cette observation est donc à première vue paradoxale. En fait, ici encore, l'influence de la catégorie sociale semble prédominante. Aucune conclusion ni généralisation ne peuvent être tirées de ce seul exemple.

III. INFLUENCE DES VARIATIONS DE PRIX SUR LA CONSOMMATION MÉDICALE

Les résultats de l'enquête sur la consommation médicale nous ont permis d'apprécier l'influence de différents facteurs économiques sur les niveaux de la consommation médicale en 1960. L'étude de séries temporelles sera l'objet de ce chapitre. Elle fournit des exemples de l'influence des modifications de **prix** sur l'**évolution** des consommations médicales.

A l'occasion de modifications de la législation sociale, on observe en effet des variations des « prix » restant à la charge des assurés, selon les modalités énumérées dans l'introduction.

On peut observer les variations de l'évolution des consommations médicales entraînées par de telles mesures. C'est le cas lors :

— de la modification des tarifs de responsabilité (cf. § 1232)
en 1959 en ce qui concerne les actes radiologiques
en 1960 avec l'introduction des conventions ;

— de la modification des taux de remboursement des produits pharmaceutiques en fin 1958 (cf. § 1232) ;

— de l'établissement d'une « franchise » pour la prise en charge des dépenses de pharmacie au premier semestre 1959 (cf. § 1231).

On étudiera l'influence, sur l'évolution des consommations pharmaceutiques, de la couverture de la « personne » ou de la « dépense » par la Sécurité Sociale (§ 122, § 1231).

Nous envisagerons successivement trois catégories particulières de consommation : consultations de médecins, actes de radiologie, consommation pharmaceutique.

31. Consultations de médecins

L'ensemble des actes de médecins comprend : les consultations, les visites, les actes de chirurgie et de spécialités et les actes de « pratique courante » (1). En fait, les séries disponibles de consommation et de prix contraignent à limiter notre étude à l'influence du prix à la charge de l'assuré sur la seule consommation de consultations par les assurés du Régime général (2) et leurs ayants droit dans le cadre de l'assurance maladie (3) pendant la période 1953-1963.

Durant cette période, les organismes de Sécurité Sociale n'ont pas modifié le taux des remboursements et de ce fait, le prix à la charge des assurés ne se modifie qu'en fonction de deux facteurs : le prix payé au producteur ; le tarif de responsabilité.

(1) Respectivement codées par la Sécurité Sociale : C (consultations) ; V (visites) ; K (actes de chirurgie et de spécialités) ; P. C. (actes de pratique courante).

(2) Non compris les régimes fonctionnaires, étudiants, invalides.

(3) Non compris les assurances maternité et accidents de travail.

Le fait important au cours de cette période a été, en 1960, la forte revalorisation des tarifs de responsabilité lors de l'établissement de conventions entre les syndicats médicaux et les caisses de Sécurité Sociale. Il apparaît que la forte baisse du prix à la charge des assurés qui s'en est suivie n'a pas entraîné une accélération de l'évolution du nombre des consultations.

311. Données de base

Nous avons été conduits à établir deux séries sur 10 ans (1953 à 1963) : la série annuelle du nombre de consultations par personne protégée et la série annuelle du prix de la consultation (dépense restant à la charge de l'assuré). Chacune de ces séries est établie à prix courants et à prix relatifs.

3111. Série de consommation annuelle de consultations

Les documents de base utilisés ici sont les séries annuelles départementales des prestations en nature et du nombre d'assurés du Régime général publiées par le Ministère du Travail et la F.N.O.S.S.

— Pour passer des dépenses du Régime général au nombre de consultations, on divise pour chaque département les prestations ramenées à 100% (1) par le tarif annuel de responsabilité (2) de la consultation de médecine générale dans le département. Par sommation, on obtient le nombre de consultations des personnes protégées du Régime général pour la France entière.

Dans ce calcul, les consultations de spécialistes, de neuro-psychiatres sont comptées $C\alpha$; α étant le rapport entre le tarif de responsabilité de ces consultations et le tarif de responsabilité de la consultation de médecine générale (3).

— Le nombre de protégés du Régime général a été calculé en multipliant les effectifs d'assurés, évalués annuellement par la F.N.O.S.S., par le nombre de personnes protégées par assuré du Régime général (1,97), obtenu dans l'enquête de 1960.

Les séries du nombre de consultations par protégé du Régime général s'obtiennent par division des séries globales de consultations par les séries d'effectifs.

3112. Série du prix moyen par consultation à la charge de l'assuré

Le prix à la charge de l'assuré représente la différence entre le prix qu'il paie au médecin et le remboursement qu'il reçoit de la Sécurité Sociale.

— La série du prix payé au médecin a été établie à partir du prix de la consultation de médecine générale en 1960, estimée d'après l'enquête, et de la série des indices du prix de la consultation de médecine générale de l'I.N.S.E.E. (4).

— La série du remboursement des organismes de Sécurité Sociale par « C » a été établie en divisant leurs dépenses par le nombre de « C ».

Le prix à la charge du particulier est présenté d'une part en prix courants et d'autre part en prix relatifs (base 1950) (5). Cette dernière série a été calculée à partir de la série de l'indice général des prix à la consommation. Les séries résultant des calculs ci-dessus sont reproduits dans le tableau 5 et le graphique 6.

(1) Les prestations ramenées à 100% représentent les prestations qu'aurait servi le Régime général si tous les remboursements avaient été effectués sans ticket modérateur. Le taux de ce remboursement avec ticket modérateur étant de 80%, ces valeurs sont obtenues par le calcul suivant :

$$\text{Prestations ramenées à 100\%} = \frac{\text{prestations avec ticket modérateur} \times 100}{80} + \text{prestations sans ticket modérateur.}$$

(2) Dans les départements qui n'ont pas passé de convention générale totale, on a tenu compte simultanément : du tarif de responsabilité pour les médecins conventionnés ; du tarif d'autorité pour les médecins non conventionnés ; du pourcentage de médecins conventionnés.

(3) Ainsi, quand le C2 est équivalent à 2 C : $\alpha = 2$ (spécialistes) ; quand le C3 est équivalent à 3 C : $\alpha = 3$ (neuro-psychiatres).

(4) Cet indice est établi pour Paris seulement jusqu'en 1958 et depuis 1959 pour les différentes régions de l'I.N.S.E.E.

(5) C'est-à-dire, compte tenu de l'augmentation générale des prix.

TABLEAU 5

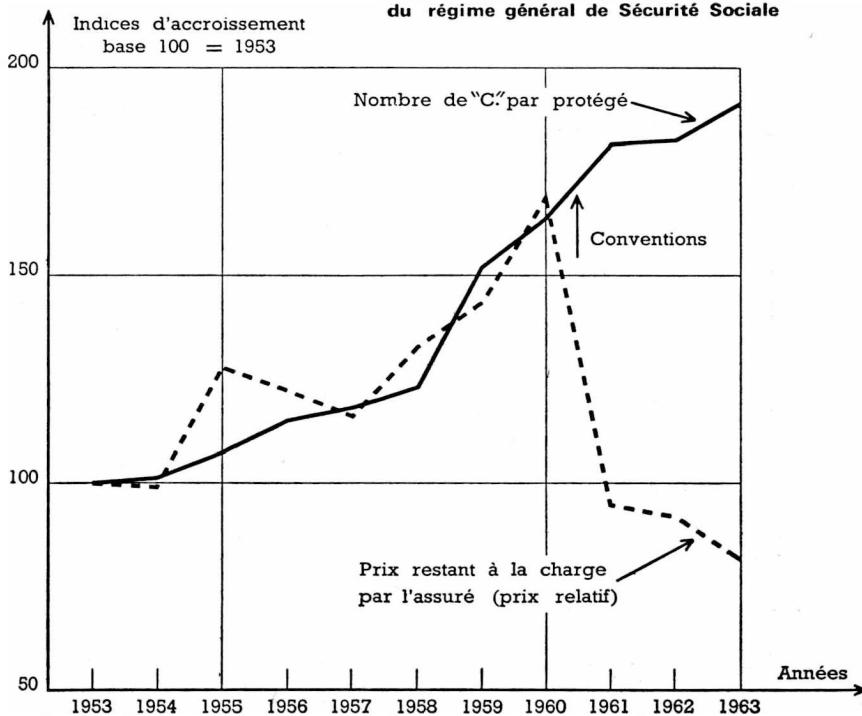
Consommation et prix des consultations

ANNÉES	CONSUMMATION DE « C » par personne protégée		PRIX RESTANT A LA CHARGE DE L'ASSURÉ			
	Nombre	Indices 1953 = 100	Prix courant		Prix relatif 1950	
			Francs	Indices 1953 = 100	Francs 1950	Indices 1953 = 100
1953	1,143	100	1,89	100	1,47	100
1954	1,149	101	1,90	100	1,46	99
1955	1,222	107	2,47	131	1,88	128
1956	1,311	115	2,47	131	1,80	122
1957	1,354	118	2,47	131	1,71	116
1958	1,402	123	3,17	168	1,96	133
1959	1,741	152	3,62	192	2,12	144
1960	1,880	164	4,39	232	2,48	169
1961	2,078	182	2,52	133	1,39	95
1962	2,090	183	2,56	135	1,35	92
1963	2,196 ⁽¹⁾	192 ⁽¹⁾	2,40	127	1,20	82

(¹) Provisoire.

GRAPHIQUE 6

Consultations des personnes protégées
du régime général de Sécurité Sociale



Les séries obtenues appellent quelques réserves. Le nombre d'assurés n'est pas connu avec une bonne précision par les organismes de Sécurité Sociale. En particulier, on peut s'étonner de la baisse des effectifs en 1959. Les données concernant cette année montrent une forte augmentation de la consommation unitaire qui, de ce fait, peut n'être qu'artificielle.

Par ailleurs, le « nombre de consultations » que nous utilisons est en réalité un nombre en « équivalents de consultations de médecine générale » (C). De ce fait, il est forcément supérieur au nombre réel de consultations, et sa croissance peut dissimuler des phénomènes tels que l'augmentation de la proportion des consultations de spécialistes par rapport à l'ensemble des consultations.

312. Influence du prix sur le volume de la consommation

Au cours de cette période, les variations du « prix » à la charge du consommateur assuré ont été extrêmement fortes, sans commune mesure avec les variations que l'on peut communément observer dans les autres secteurs de la consommation (alimentation, habillement, etc.). La dépense à la charge de l'assuré par consultation à prix relatifs a environ doublé dans la période 1953-1960 (1,47 F à 2,48 F) et a baissé de moitié dans la période 1960-1963 (2,48 F à 1,20 F) du fait de l'établissement de conventions entre médecins et organismes de Sécurité Sociale. Pendant la première période, le taux annuel moyen d'augmentation du nombre de consultations par protégé est cependant supérieur à celui observé pendant la seconde période (7,4% contre 5,3%). L'influence du prix paraît donc nulle (voir graphique 6). Pour préciser cette influence, nous avons cherché à évaluer sur la série temporelle 1953-1963 l'élasticité du nombre de consultations par rapport au prix.

Cette élasticité ⁽¹⁾ sera calculée successivement par rapport au prix absolu et par rapport au prix relatif.

Corrélations simples

On ajuste aux données par la méthode des moindres carrés une fonction du type :

$$\log C = b \log P + a$$

où C désigne le nombre annuel de consultations par protégé du Régime général et P le prix à leur charge par consultation. Le calcul montre qu'il n'existe **aucune corrélation** entre le nombre de consultations d'un assuré social et le prix qui reste à sa charge par consultation puisque le coefficient de corrélation R est égal à 0,46 si l'on considère les prix absolus et à 0,20 si l'on considère les prix relatifs.

Corrélations doubles

On introduit le temps ⁽²⁾ comme variable explicative supplémentaire de l'accroissement du nombre de consultations par protégé de assurances sociales.

On ajuste alors aux données par la méthode des moindres carrés une fonction de la forme :

$$\log C = b_1 \log P + b_2 t + a$$

Le coefficient de corrélation $R = 0,98$ montre que cette fonction s'ajuste très bien aux données. Les coefficients trouvés, $b_2 = 0,0325$ et $b_1 = 0,0022$, indiquent respectivement que le trend de la consommation de consultations, en dehors de toute influence du prix, est de 7,8% par an et que l'élasticité-prix est nulle. Lorsque P désigne les prix relatifs, on trouve un coefficient de corrélation $R = 0,98$. Ici encore, $b_2 = 0,0325$ correspond à un trend de 7,8% par an et $b_1 = 0,012$ indique que l'élasticité-prix est nulle.

Dans les deux cas considérés ci-dessus, on a trouvé une élasticité nulle : **le prix ne peut donc pas être considéré comme un facteur agissant sur le développement de la consommation.**

(1) On appelle élasticité de la consommation par rapport au prix, le rapport des accroissements relatifs de la consommation et des prix : c'est-à-dire, le pourcentage d'accroissement de la consommation dû à une baisse de prix de 10%, 20%, etc...

(2) L'introduction du « temps » est une façon commode d'introduire dans les formules la notion d'une évolution continue de plusieurs facteurs : progrès techniques, comportement des malades, etc....

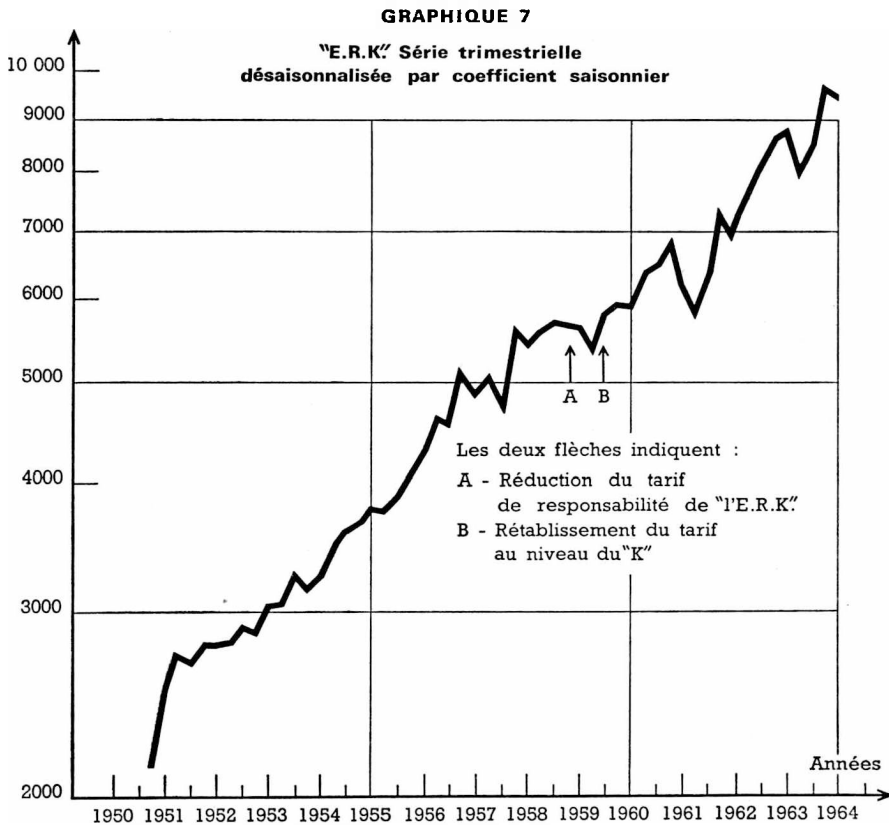
32. Actes de radiologie

Dans cette section, on appréciera l'influence des prix à la charge des particuliers sur leur consommation d'actes radiologiques en observant un cas particulier de modification du tarif de responsabilité.

L'étude a porté sur la consommation radiologique des personnes protégées par le Régime générale de Sécurité Sociale pendant la période 1953-1963. Durant cette période, une modification notable des tarifs de responsabilité est survenue le 1^{er} janvier 1959 et a été maintenue pendant cette seule année. C'est sur ce fait important que sera étudié l'effet des prix.

Les documents de base utilisés ont été les statistiques mensuelles des Caisses de la Sécurité Sociale concernant les dépenses d'actes de radiologie. L'ensemble de cette consommation comprend des actes de radiographie, radioscopie, radiothérapie, électrothérapie, électro-diagnostic et correspond à la lettre-clé E.R.K. jusqu'en 1961. En 1962 et 1963, la consommation radiologique est exprimée en lettre-clé R et concerne les actes de radiographie, radioscopie et radiothérapie. Le raccordement des deux séries a été assuré. Pour calculer le nombre d'E.R.K. ou d'R on a utilisé le procédé décrit dans l'étude des consultations (1).

Les séries exprimées en volume (nombre d'E.R.K. ou R) ont été établies sur une période de dix ans de 1953 à 1963 (tableau 6). Afin de mieux isoler les phénomènes conjoncturels, on a établi une série trimestrielle désaisonnalisée par coefficient saisonnier (graphique 7).



(1) Le prix de la lettre-clé a été calculé pour chaque mois et caisse. Le remboursement mensuel moyen est obtenu par une moyenne pondérée, compte tenu des tarifs respectifs des radiologues qualifiés et depuis 1960 des médecins conventionnés. Pour évaluer les consommations par tête, on a repris les mêmes séries d'effectifs de protégés du Régime général que celles utilisées dans l'étude des consultations.

TABLEAU 6

**La consommation radiologique des assurés sociaux du régime général
(1953-1961 exprimée en milliers d'E.R.K., 1961-1963 en milliers d'R)**

	Nombre de lettres-clés de radiologie (en milliers)	Indices d'accroissement base 100 = 1953	Nombre de lettres-clés par personne protégée	Indices d'accroissement base 100 = 1953
E.R.K.				
1953	36 604	100	2,098	100
1954	39 676	108	2,225	106
1955	45 116	123	2,469	117
1956	52 845	144	2,753	131
1957	59 419	162	2,996	142
1958	66 592	182	3,202	152
1959	67 276	183	3,270	155
1960	73 775	201	3,524	168
1961	74 456	203	3,364	160
R.				
1961	68 390	203	3,090	160
1962	80 518	238	3,467	179
1963	91 357	270	3,856	198

321. L'évolution générale

Au cours de ces dix années, la consommation radiologique s'est accrue à un rythme plus rapide que l'ensemble des consommations médicales. Pendant une première période, de 1951 à 1958, le taux annuel moyen d'accroissement était d'environ 13%. Dans une seconde période, une relative stagnation était observée de 1958 à 1961 où le taux n'était plus que de 4%. Après 1961, la reprise de la consommation radiologique s'est faite à un taux comparable à celui de la première période : 15% (tableau 6).

322. Les phénomènes observés en 1959

Le tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale concernant les actes de radiologie a été ramené au 1^{er} janvier 1959 de 2,38 F (moyenne pour la France entière) à 1,60 F. Ce tarif particulier n'a été appliqué que pendant un an. Le 1^{er} janvier 1960 il est redevenu identique à celui des actes en K, soit 2,41 F (1).

Les prix des praticiens n'ont pas suivi le même mouvement. A la suite d'une enquête effectuée en 1959 auprès de radiologues, il apparaît que les tarifs pratiqués avant les décisions de janvier 1958 correspondaient sensiblement au tarif de responsabilité de la Sécurité Sociale pour la lettre-clé E.R.K. En 1959, les tarifs pratiqués ont été maintenus dans l'ensemble au même niveau (2,38 F) très supérieur par conséquent au tarif de responsabilité de l'E.R.K. (1,60 F) ; cependant, certains radiologues sont revenus durant l'année 1959 au prix-tarif pratiqué au début de 1958, soit 2,08 F.

Le prix à la charge du particulier subissait donc, de ce fait, en 1959, une augmentation considérable, sans commune mesure avec celles qui s'observent sur les autres marchés. Pour un remboursement de 80% le prix restant à la charge de l'assuré était de 0,41 F au début 1958 et de 0,47 F à la fin de 1958. En 1959, en fonction des prix pratiqués par les radiologues, il reste à payer à l'assuré de 0,80 F à 1,10 F. Ainsi, l'augmentation des prix pour l'assuré a été de 70 à 134% selon le cas. Lorsque le remboursement est de 100 %, les prix des radiologues étant, avant le 1^{er} janvier, très voisins du tarif de l'E.R.K., les dépenses sont ou très faibles, ou le plus souvent nulles pour l'assuré. En 1959, la dépense à la charge de l'assuré, différence entre le prix pratiqué par le radiologue et le tarif de l'E.R.K. est,

(1) Pour l'homogénéité de ce texte, les dépenses et tarifs sont exprimés en nouveaux francs, même sur la période antérieure à 1960.

suivant les deux cas envisagés, de 0,48 F ou de 0,78 F. Connaissant la proportion des cas où le remboursement est fait à 80% ou à 100%, on peut déduire que les décisions de janvier 1959 ont entraîné pour l'assuré une **augmentation moyenne des prix de l'ordre de 300%**. On pouvait supposer qu'une pareille hausse de prix aurait un effet sur la consommation.

En fait, la baisse de la consommation a été de faible importance : sensible au deuxième trimestre, elle atteint son maximum au troisième trimestre, la consommation se situant alors à 14% au-dessous de la tendance générale estimée. Par ailleurs, ce mouvement de baisse est très passager et la reprise s'est faite dès le quatrième trimestre de l'année, avant même le rétablissement du tarif de responsabilité à son taux antérieur.

Au total, l'ensemble de l'année 1959 marque un accroissement de la consommation radiologique de 2% par rapport à 1958. Si on compare cet accroissement à celui observé sur d'autres périodes (8% en moyenne entre 1953 et 1958 ; 7% entre 1957 et 1958 ; 8,4% entre 1959 et 1960 ; 12% entre 1960 et 1961), on voit qu'une hausse des prix de 300% a conduit à une baisse de consommation de l'ordre de 5 à 10%.

L'influence du prix a donc été très faible : l'élasticité-prix de la consommation de radiologie aurait une valeur de 0,017 à 0,033, ce qui apparaît négligeable. D'ailleurs, cette consommation a repris un rythme d'augmentation rapide avant même le rétablissement du prix antérieur, ce qui montre que l'effet d'une forte modification de prix n'était, en tout état de cause, que très passagère.

Remarquons enfin, que l'on suppose ici que la totalité du mouvement conjoncturel observé en 1959 est imputable à la modification du tarif. En fait, on peut le voir sur le graphique, des mouvements aussi amples se sont produits, par exemple, en 1962 et en 1964 qui n'étaient pas explicables par des facteurs économiques. Il pourrait en être de même en 1959. On peut donc seulement conclure que l'effet du prix, s'il a existé, a été très faible, à la limite de la possibilité d'observation.

33. Pharmacie (1)

Si l'on reste dans l'optique de l'étude des facteurs présentés dans l'introduction, la consommation pharmaceutique devrait être décomposée en trois catégories : consommation des personnes non couvertes par les Assurances Sociales, consommation sans ordonnance (donc non couverte) des assurés sociaux, consommation sur ordonnance (donc couverte) des assurés sociaux.

Les données statistiques existantes et la valeur qu'on peut leur accorder, imposent des limites à notre étude. En particulier, il n'est pas possible sur les séries temporelles, comme cela a été fait grâce à l'enquête, pour l'année 1960, de distinguer les consommations sans ordonnance des assurés sociaux et les consommations des non assurés. A fortiori, il ne sera pas possible d'obtenir des séries de consommation par tête pour ces deux types de consommation. Nous devons donc considérer des agrégats et c'est seulement à partir des résultats obtenus sur ces ensembles, que nous pourrions tirer des conclusions sur l'influence des facteurs économiques.

331. Données de base

Nous utilisons ici des séries temporelles couvrant la période 1950-1962. Les principales séries ainsi élaborées sont présentées dans le tableau 7. Elles concernent :

- les consommations :
 - remboursement des régimes de Sécurité Sociale (tableau 7, ligne 1) et en particulier du Régime général ;
 - évaluation globale de la consommation pharmaceutique en France (tableau 7, ligne 2) établie à partir de l'ensemble des renseignements disponibles sur le sujet ;
- les effectifs :
 - nombre d'assurés du Régime général (F.N.O.S.S.) ;
 - population française (I.N.S.E.E.).

(1) Les séries de consommation dont nous disposons ne distinguent pas, la plupart du temps, les trois postes : pharmacie, lunetterie, orthopédie.

TABLEAU 7
Dépenses de pharmacie

(aux prix courants)

	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960	1961	1962
1. Dépenses des régimes de Sécurité Sociale (millions de F)	319	453	593	657	734	850	1 003	1 216	1 316	1 270	1 611	1 942	2 336
Indice 1950 = 100	100	142	186	206	230	266	314	381	412	398	505	609	732
2. Dépenses totales des Français (millions de F)	740	1 010	1 310	1 580	1 740	1 950	2 270	2 820	3 050	3 590	3 939	4 583	5 117
Indice 1950 = 100	100	136	177	213	235	263	307	381	412	485	539	619	691
3. Dépenses à la charge des particuliers et des organismes autres que la S.S. (millions de F)	421	557	717	923	1 006	1 100	1 267	1 604	1 734	2 320	2 378	2 641	2 781
Indice 1950 = 100	100	132	170	219	239	261	300	380	412	551	565	627	660
4. Dépenses par tête des Français (en F)	18,93	25,68	33,05	37,04	40,51	45,06	52,01	63,05	68,41	77,61	87,59	99,28	108,87
Indice 1950 = 100	100	136	175	196	214	238	275	333	361	410	463	528	575
5. Dépenses sur ordonnance, par protégé du Régime général (remboursement + T.M.) (en F)	15,79	19,85	24,88	26,96	29,54	33,56	40,14	47,83	50,13	55,75	63,18	72,60	79,95
Indice 1950 = 100	100	126	158	171	187	213	254	303	318	353	400	460	506

A partir des données brutes nous avons élaboré d'autres séries :

- dépenses à la charge des particuliers (tableau 7, ligne 3) ;
- dépenses par tête des Français (tableau 7, ligne 4) ;
- dépenses sur ordonnance par personne protégée du Régime général (1) (tableau 7, ligne 5).

Les incertitudes sur l'évaluation du nombre d'assurés du Régime général font que les consommations par tête que nous avons calculées sont moins précises que les consommations globales. Il est donc indispensable d'appuyer nos conclusions sur l'étude de ces deux types de données.

332. Influence du prix sur les tendances d'évolution de la consommation pharmaceutique

Nous montrons ci-dessous, à partir de l'étude des consommations globales, puis par tête, que les prix qui restent à la charge du consommateur, différents suivant qu'il est ou non assuré social et suivant que sa dépense est couverte ou non, n'influent pas sur les rythmes d'évolution des différentes composantes de la consommation pharmaceutique.

Les dépenses globales

Nous subdivisons la consommation pharmaceutique en :

- pharmacie remboursée par les organismes de Sécurité Sociale (2) ;
- pharmacie non remboursée qui comprend elle-même trois parties bien distinctes :
 - le ticket modérateur correspondant aux dépenses de pharmacie sur ordonnance des assurés sociaux ;
 - les dépenses de pharmacie sans ordonnance des assurés sociaux ;
 - la totalité des dépenses de pharmacie des non assurés (3).

Ces dépenses sont à la charge des particuliers ou, dans une faible mesure, d'autres collectivités (4) que la Sécurité Sociale.

On constate (cf. tableau 7 et graphique 8) que de 1950 à 1962 :

- la dépense totale des Français estimée aux prix courants, a augmenté de 591 % (+ 17,5% par an) ;
- la dépense remboursée par la Sécurité Sociale a augmenté de 632% (+ 18% par an) ;
- la dépense non remboursée par la Sécurité Sociale a augmenté de 560% (+ 17% par an).

Les taux moyens de progression de ces trois grandeurs sont donc très voisins sur l'ensemble de la période, bien que les parts respectives des dépenses remboursées ou non aient varié certaines années.

Les dépenses des assurés sociaux correspondant au ticket modérateur augmentent au même rythme (18%) que les dépenses sur ordonnance. On en déduit que la somme des dépenses sans ordonnance des assurés sociaux et des dépenses des non assurés sociaux a augmenté d'un peu moins de 17% par an. Il n'est pas pensable que l'accroissement de la somme soit dû au fort accroissement de l'un seulement de ces termes, l'autre ne variant que peu ; il est plus vraisemblable que les deux termes de la somme ont progressé au même rythme.

Les dépenses par tête

L'étude des dépenses par tête s'impose donc avant toute conclusion puisque les dépenses globales concernent des populations qui ne sont pas accrues au même rythme.

(1) Les dépenses annuelles moyennes par personne protégée sont calculées par division des remboursements du Régime général par le taux de remboursement correspondant à chaque année, puis par division du résultat par le nombre estimé des protégés.

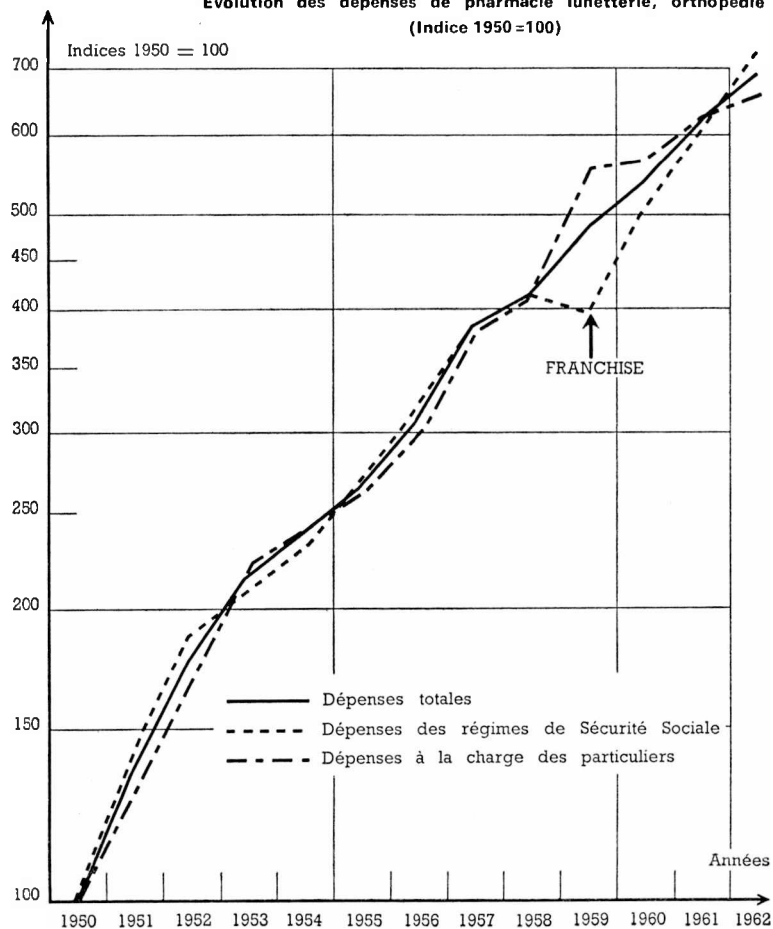
(2) Régime général, régimes rattachés et régimes spéciaux.

(3) D'après les résultats de l'enquête médicale, en 1960 les parts respectives de ces trois postes, dans l'ensemble des dépenses pharmaceutiques non remboursées, étaient 25 %, 31 %, 44 %.

(4) L'aide médicale gratuite, l'article 115, les mutuelles couvrant 5,5% environ des dépenses totales de pharmacie.

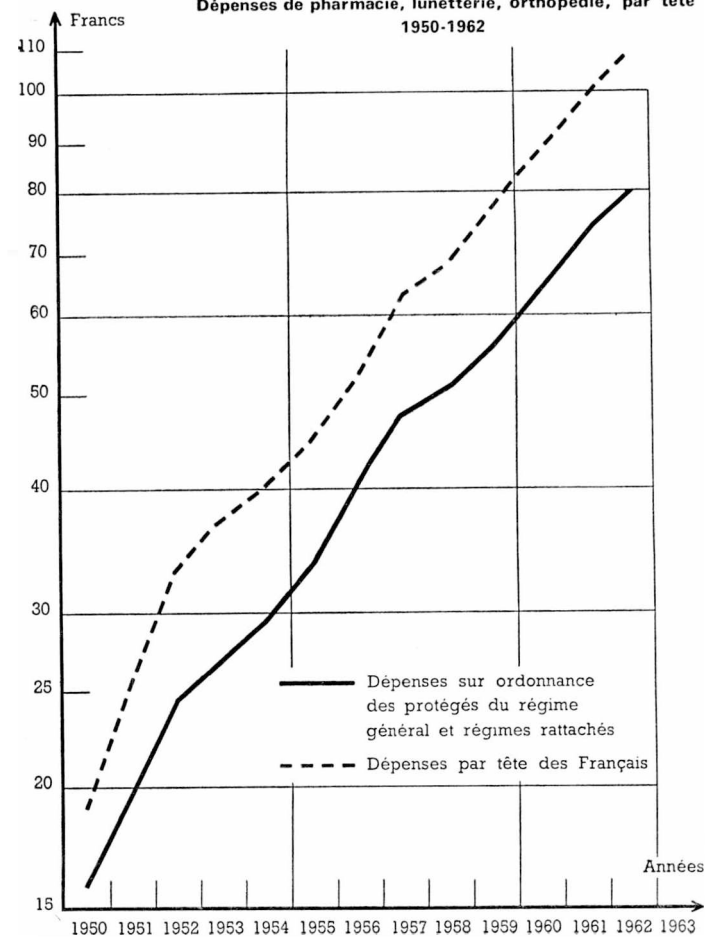
GRAPHIQUE 8

Evolution des dépenses de pharmacie lunetterie, orthopédie
(Indice 1950=100)



GRAPHIQUE 9

Dépenses de pharmacie, lunetterie, orthopédie, par tête
1950-1962



Les statistiques disponibles ne permettent pas, comme il serait souhaitable, d'étudier les évolutions des trois dépenses élémentaires que nous avons distinguées ci-dessus et nous ne pouvons connaître que les grandeurs :

- dépense par tête de l'ensemble de la population ;
- dépense par tête sur ordonnance des protégés du Régime général.

Comme le montre le graphique 9, on observe sur la période considérée des rythmes annuels d'accroissement voisins : 14,5% pour les dépenses sur ordonnance des protégés du Régime général ; 15,7% pour les dépenses avec ou sans ordonnance des Français.

On peut donc penser (1) que les dépenses des non assurés sociaux et les dépenses sans ordonnance des assurés sociaux augmentent toutes deux à un rythme annuel moyen de l'ordre de 15 à 16%. L'influence des facteurs économiques considérés semble donc négligeable.

333. Influence des changements de la législation sociale sur les tendances évolutives des consommations pharmaceutiques

La législation sociale en matière de remboursement des frais pharmaceutiques a été doublement modifiée à la fin de 1958 :

— le 30 décembre 1958 a été instituée une « franchise » de 30 F, c'est-à-dire que les dépenses de pharmacie n'étaient prises en charge par la Sécurité Sociale que si elles dépassaient cette somme. Cette disposition n'a duré qu'un semestre et a pris fin le 25 juin 1959 ;

— le 31 décembre 1958, les produits pharmaceutiques qui étaient uniformément remboursés à 80% de leur valeur ont été divisés en trois groupes :

- les préparations magistrales remboursées à 80%,
- les spécialités remboursées à 70%,
- les spécialités considérées comme irremplaçables remboursées à 90%.

Ces deux décisions ont modifié le prix restant à la charge des consommateurs assurés. Mais ces modifications ont été de types bien différents : la première a été de très courte durée et ne permet donc que de saisir un effet instantané du facteur « dépense couverte » en 1959 ; la seconde a entraîné une modification durable du taux de couverture et pourrait avoir un effet prolongé sur la période 1959-1962.

3331. L'année 1959

En 1959, les deux modifications agissent simultanément. Nous étudierons donc spécialement cette année.

(1) En effet, si au temps t , on note :

α_t = proportion de la population qui est protégée par les assurances sociales.

β_t = $1 - \alpha_t$ = proportion de la population non protégée par les assurances sociales.

f_t^A = dépenses sans ordonnance par tête des protégés.

O_t^A = dépenses sur ordonnance par tête des protégés.

φ_t^B = dépenses avec ou sans ordonnance par tête des non protégés.

θ = taux de remboursement de la Sécurité Sociale.

φ_t = dépenses par tête des Français.

on a :

$$\varphi_t = \underbrace{\theta \alpha_t O_t^A}_{\text{à la charge de la S. S.}} + \underbrace{(1 - \theta) \alpha_t O_t^A + \alpha_t f_t^A + \beta_t \varphi_t^B}_{\text{à la charge des particuliers}}$$

Pour α_t constant, si φ_t augmente plus vite que O_t^A , c'est que l'ensemble f_t^A et φ_t^B augmente plus vite que O_t^A . Cependant, α_t augmente aussi légèrement. C'est pourquoi on peut avoir une forte présomption et non une certitude.

Si l'on considère l'ensemble de la consommation pharmaceutique en 1959, on observe que les particuliers ont pris à leur charge les dépenses que la Sécurité Sociale ne remboursait plus. Les modifications intervenues ont diminué les dépenses de la Sécurité Sociale mais n'ont pas freiné les dépenses totales de pharmacie qui correspondent à la satisfaction d'un besoin ressenti. En effet :

- les dépenses des régimes de Sécurité Sociale diminuent de 3,5% en 1959 ;
- les dépenses totales de pharmacie, remboursées ou non, ne sont pas freinées : elles augmentent de 17,7% en 1959 ;
- lorsque la « franchise » est supprimée, un transfert se produit naturellement vers les dépenses de la Sécurité Sociale qui, de ce fait, augmentent plus rapidement en 1960 (de 26,8%).

La pharmacie sur ordonnance

Si l'on considère, en étudiant les données du Régime général, l'incidence de l'augmentation du prix à la charge des assurés sur leurs dépenses de pharmacie sur ordonnance, on constate qu'une forte augmentation de prix (68%) n'a entraîné qu'une baisse très faible (3,7% au maximum) de cette consommation particulière. En effet, les modifications du taux de remboursement des produits pharmaceutiques et l'institution de la « franchise » réduit le taux de couverture des dépenses de pharmacie sur ordonnance des assurés sociaux de 82,5% en 1958 à 70,6% en 1959. La part du prix restant à la charge de l'assuré augmente donc de 68% puisqu'elle passe de 17,5% à 29,4%.

Pour estimer l'incidence de la hausse du prix à la charge de l'assuré sur sa consommation de produits sur ordonnance, nous cherchons l'écart entre la consommation réelle de 1959 et une consommation théorique estimée à partir de prolongations de la tendance observée sur une période de référence. Il est évident que les résultats du calcul dépendent du taux d'accroissement caractérisant cette tendance et par conséquent de la période de référence choisie. Pour plus de sécurité, nous avons choisi deux périodes : 1950-1958 et 1952-1958. Les calculs et résultats figurent dans le tableau 8.

TABLEAU 8

Dépenses de pharmacie sur ordonnance (remboursement + ticket modérateur) par personne protégée du Régime général

Dépense en 1958 (F)	Taux d'accroissement annuel	Dépense observée en 1959 (F)	Dépense théorique en 1959 (F)	Différence entre dépenses théoriques et dépenses observées en 1959 (F)	Écart en % de la dépense observée à la dépense théorique
50,13	Période 1950-1958 15,5%	55,75	Par référence à 1950-1958 57,90	2,15	— 3,7%
	Période 1952-1958 12,5%		Par référence à 1952-1958 56,39	0,64	— 1,0%

Ce calcul n'a qu'une valeur indicative. Cependant, il conduit à penser que l'élasticité de la consommation pharmaceutique sur ordonnance par rapport aux prix est très faible. On voit que la baisse de la consommation n'a pu être qu'inférieure à 5% — quelle que soit la base d'estimation — donc insignifiante par rapport à l'accroissement du « prix » pour le consommateur : 68%.

3332. Comparaison des rythmes d'accroissement des dépenses de pharmacie pendant les périodes 1950-1958 et 1958-1962

Durant ces deux périodes les taux de couverture des dépenses de pharmacie sur ordonnance des assurés sociaux étaient respectivement de 82,5% et 78,4% (1), ce qui correspond, pour la période 1958-1962, à une augmentation de 23% du prix à la charge de l'assuré (qui passait en moyenne de 17,5% à 21,6% du prix total des produits).

L'effet de cette hausse du prix est impossible à préciser de façon absolue ; on constate cependant que l'augmentation annuelle moyenne de la consommation de produits sur ordonnance par personne protégée est de 12,4% sur la période 1958-1962, taux identique à celui observé entre 1952 et 1958.

Il semble donc que la hausse des prix à la charge des assurés, n'a pas, sur une longue période, ralenti la tendance à l'expansion de leur consommation de produits prescrits sur ordonnance.

CONCLUSION

Nous avons montré que les facteurs économiques revenus-prix, n'avaient qu'une influence minime sur le volume et sur le développement des consommations médicales. Cette observation ne peut surprendre puisque l'on sait que les soins médicaux, qui n'ont pas de substitut, ont une importance prioritaire et quelquefois vitale pour les personnes qui y ont recours.

La portée de nos conclusions est cependant limitée par le fait que l'influence des facteurs économiques n'a pu être étudiée systématiquement. Nous n'avons pu traiter que les cas particuliers — qui couvraient d'ailleurs un champ assez vaste — pour lesquels des données étaient disponibles. De plus, les résultats chiffrés auxquels nous avons abouti doivent être considérés comme des ordres de grandeur : leur précision est fonction de la qualité des données de base sur lesquelles ils s'appuient.

En ce qui concerne les études faites à partir des données de l'enquête sur la consommation médicale, des réserves ont été exprimées sur le degré de signification des résultats utilisés (2). Les conclusions que nous avons tirées sur l'influence du revenu ne sont valables que pour une année donnée, c'est-à-dire dans un contexte économique et social défini : niveau de revenus, étendue de la protection sociale à 75% de la population, connaissance des possibilités thérapeutiques, niveau des techniques... Il aurait été intéressant de comparer des situations en diverses périodes comme cela a été possible pour les États-Unis (3). On observe, en effet, qu'à revenu fixe la consommation médicale des Américains a augmenté avec le temps beaucoup plus rapidement pour les bas revenus que pour les revenus élevés et que, par conséquent, l'élasticité-revenu a diminué et est actuellement très faible.

Dans les études faites sur séries temporelles, la plus grande lacune provient de l'ignorance de l'évolution des consommations des non assurés sociaux. En ce qui concerne les assurés sociaux, les conclusions ne sont valables que dans les limites des durées et des amplitudes de variations des facteurs économiques qui ont été observées. Les élasticités-prix calculées dans le cas de baisse ou de hausse des prix sont certes faibles, mais on devra les interpréter avec prudence. Il est impossible d'affirmer que la « franchise pharmaceutique », si elle avait duré plus longtemps, n'aurait pas entraîné une baisse de consommation du moins des produits sur ordonnance ; ou qu'une forte hausse des prix des actes de médecins n'entraînerait pas une modification des habitudes des consommateurs.

On peut en tout cas affirmer que les modifications de législation sociale **telles qu'elles sont survenues ces dernières années n'ont ni freiné, ni accéléré** l'évolution des consommations médicales. Il semble que ces consommations suivent un rythme propre d'accroissement déterminé avant tout par le rythme extrêmement rapide du progrès technique et de sa diffusion.

(1) Sauf en 1959 comme on vient de le voir.

(2) « Une enquête par sondage sur la consommation médicale », G. RÖSCH, J. M. REMPP, M. MAGDELAINE, *Consommation*, n° 1, 1962, pp. 13 à 15.

(3) Cf. dans le même numéro, J. L. PORTOS, « Les soins médicaux et le revenu des ménages aux U.S.A. : tendances sur 30 ans ».

Des mesures administratives ont pu, à un moment donné, diminuer les dépenses de la Sécurité Sociale, elles n'ont pu empêcher que les particuliers prennent en charge ce que la Sécurité Sociale ne remboursait plus. Pourtant, laisser aux particuliers le poids entier des soins médicaux dont ils ont besoin, pourrait avoir de graves répercussions. En effet, s'ils se résignent à supporter, lorsqu'ils y sont contraints, cette dépense prioritaire, il n'en reste pas moins que la survenue accidentelle d'une telle charge — parfois considérable — entraîne un déséquilibre du budget du ménage et peut lui imposer, sur d'autres postes, des sacrifices très lourds. On peut d'ailleurs penser que si les individus ne s'estimaient plus suffisamment assurés par la Sécurité Sociale, on assisterait à un développement important des assurances mutualistes ou privées qui se substitueraient ainsi au système actuel pour couvrir les risques attachés à la maladie.