

L'INFLUENCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE SUR LES DÉPENSES MÉDICALES DES EXPLOITANTS AGRICOLES

par

Liliane KARAIMSKY

On a souvent essayé de déterminer les phénomènes susceptibles de modifier le comportement des individus en matière de consommation médicale : l'augmentation des prix, la croissance du revenu, l'urbanisation, la catégorie socio-professionnelle, le mode de protection contre la maladie, sont autant de facteurs dont il est difficile de quantifier l'influence.

Dans quelle mesure la couverture des dépenses médicales par un régime d'Assurance Sociale est-elle un facteur d'accroissement de ces dépenses? Cette question, qui se pose dans la plupart des pays, fait l'objet de notre étude dans le cas précis des exploitants agricoles.

Ceux-ci, comme les autres travailleurs indépendants, ne bénéficièrent pendant longtemps d'aucune forme de protection pour leurs dépenses médicales, à l'exclusion d'assurances privées, facultatives et onéreuses. La création de la « Mutualité agricole » en avril 1961 allait les assimiler, dans ce domaine au moins, à l'ensemble des salariés, agricoles ou non. Leur comportement allait-il à son tour se rapprocher de celui des bénéficiaires d'autres régimes de Sécurité Sociale, entraînant ainsi un accroissement marqué de leur consommation de services médicaux? Quelle allait être l'importance de ce phénomène s'il se produisait?

I. — LES SOURCES STATISTIQUES

Il est rare, aussi bien en France qu'à l'étranger, qu'il nous soit donné d'observer le comportement d'une population à la fois avant et après l'institution d'un système d'Assurance Sociale. L'étude exceptionnelle que nous pouvons présenter ici, n'a été possible que grâce à un concours de circonstances particulièrement favorables. Nous possédons deux sources d'informations, l'une établie **avant** l'adoption de la Sécurité Sociale par les agriculteurs exploitants : ce sont les résultats de l'enquête sur les dépenses médicales réalisée par l'I.N.S.E.E. et le C.R.E.D.O.C. en 1960 ; l'autre établie **après** l'institution de l'Assurance Sociale des exploitants agricoles : statistiques de dépenses de cette institution.

De chacune de ces sources, on a retenu à titre comparatif, à côté des données concernant les exploitants agricoles, celles relatives à deux autres groupes : les bénéficiaires du Régime général qui sont assez représentatifs de l'ensemble de la population, à la fois par leur nombre (43% de la population totale) et la diversité des professions qu'ils recouvrent, et les salariés agricoles dont le mode de vie est sans doute le plus proche de celui des exploitants. Pour ces derniers, il pourrait sembler préférable de retenir les résultats de

TABLEAU I
Dépenses médicales par personne et par an

(en francs courants)

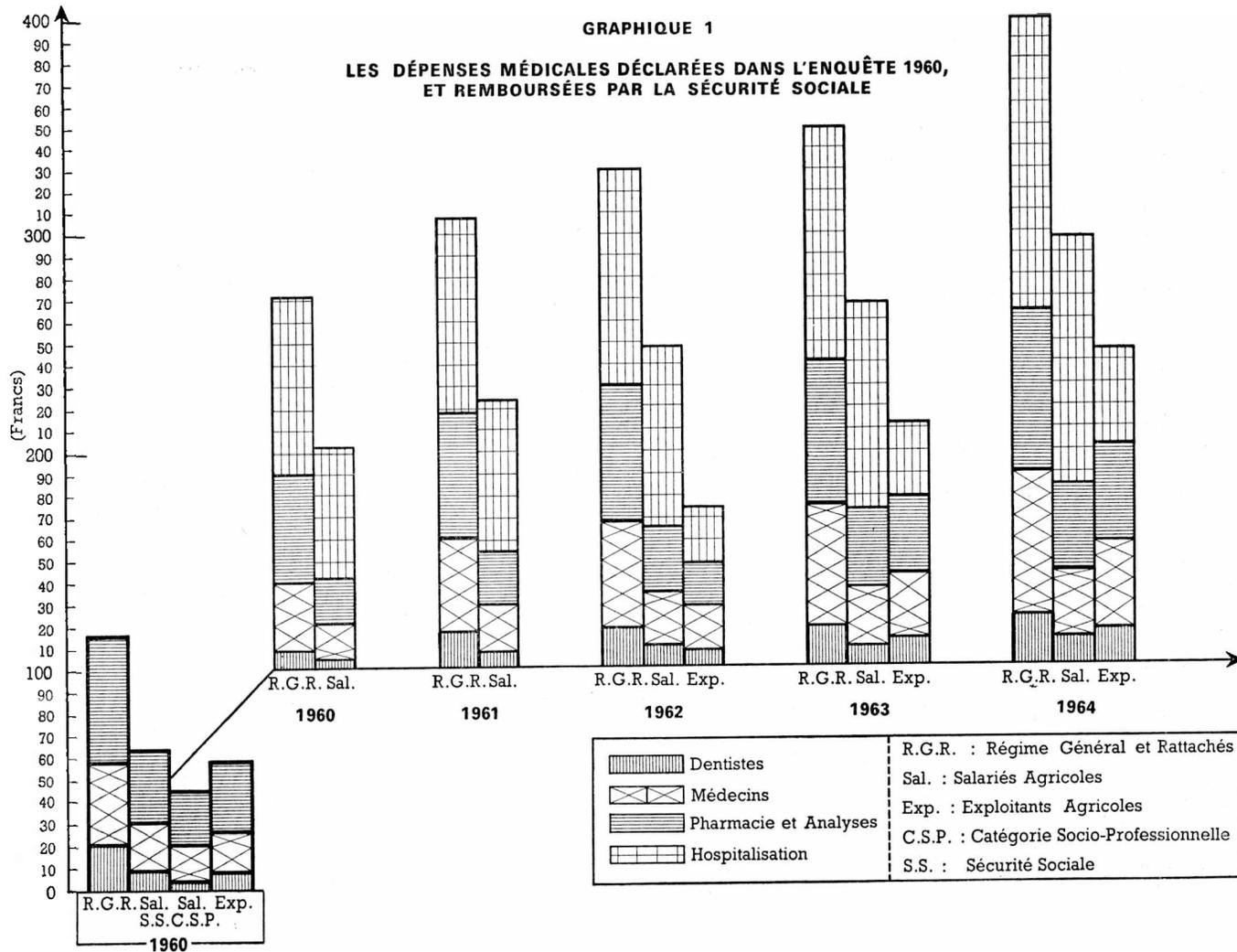
	MÉDECINS	PHARMACIE ET ANALYSES			DENTISTES	Total Médecins, Pharmacie, Analyses, Dentistes	HOSPITALISATION	TOTAL
		Pharmacie et analyse avec ordonnance	Pharmacie sans ordonnance	Total				
Dépenses des assurés en 1960 (1)								
Régime Général (R.G.) et Rattachés (R.)	—	59,90	14,62	74,52	21,89	134,24		
Régimes des salariés agricoles	22,55	34,43	9,15	43,58	8,23	74,36		
Dépenses des exploitants agricoles ..	18,30	32,88	11,13	44,01	8,09	70,40		
Sécurité Sociale (2): Dépenses des régimes de Sécurité Sociale								
1960								
R.G. et R.	32,90	50,83			8,98	92,71	82,32	175,03
Salariés agricoles ..	17,51	22,24			3,82	43,57	60,99	104,56
1961								
R.G. et R.	43,06	58,46			17,54	119,06	91,67	210,73
Salariés agricoles ..	20,78	25,94			9,01	55,73	70,16	125,89
1962								
R.G. et R.	49,53	63,66			18,39	131,58	100,81	232,39
Salariés agricoles ..	25,47	30,67			10,58	66,72	83,50	150,22
1963								
R.G. et R.	57,63	66,33			19,32	143,28	109,09	252,37
Salariés agricoles ..	28,22	36,29			10,86	75,37	95,16	170,53
Exploitants agricoles ..	31,77	35,48			13,41	80,66	34,51	115,17
1964								
R.G. et R.	66,44	75,00			23,74	165,18	136,26	301,44
Salariés agricoles ..	31,56	40,69			13,41	85,66	114,97	200,63
Exploitants agricoles ..	41,00	43,91			17,63	102,54	45,14	147,68

(1) G. RÖSCH, J.-M. REMPP, M. MAGDELAINE, *Une enquête par sondage sur la consommation médicale*, Consommation, n° 1, 1962, p. 70 et 83.

(2) *Statistiques du Travail et de la Sécurité Sociale*, Ministère du Travail, avril : 1961, 1962, 1963, 1964, 1965.
— Les assurances sociales en agriculture.
— L'assurance maladie, maternité, invalidité des exploitants agricoles, Union des Caisses centrales de la Mutualité agricole.

GRAPHIQUE 1

LES DÉPENSES MÉDICALES DÉCLARÉES DANS L'ENQUÊTE 1960,
ET REMBOURSÉES PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE



l'enquête 1960 relatifs à la catégorie socio-professionnelle plutôt que ceux relatifs aux assurés du Régime de Sécurité Sociale des salariés agricoles qui groupe des métiers très divers liés à l'agriculture, mais n'y participant pas directement. La motivation du comportement en matière de consommation médicale paraît, en effet, due davantage à l'origine sociale et au mode de vie, qu'à l'appartenance à un régime particulier de Sécurité Sociale. Mais le souci d'une comparabilité aussi rigoureuse que possible avec les données fournies par les statistiques de Sécurité Sociale, nous conduit toutefois à retenir ce dernier critère dans l'analyse de l'évolution 1960-1964. Les deux types de données ont été présentés sur le graphique 1.

Notons que l'enquête n'était pas conçue pour saisir correctement les dépenses d'hospitalisation et que la comparaison ne peut s'étendre à l'utilisation de ce type de service. On verra que cet inconvénient n'est pas grave en ce qui concerne les exploitants agricoles : leur attitude dans ce domaine, même en qualité de protégés par la Sécurité Sociale, échappe totalement à la comparaison avec les autres catégories de population.

Enfin, bien que la Mutualité agricole ait été fondée en 1961, on a éliminé les statistiques concernant les deux premières années, trop proches de la création pour permettre d'enregistrer des résultats valables.

Le tableau 1 rassemble les informations disponibles ; elles sont illustrées par le graphique 1 (1).

La comparaison ne peut donc se faire que sur des données issues de sources différentes : **avant**, l'enquête 1960 ; **après**, les statistiques de Sécurité Sociale. Une comparaison sur source identique, donc plus rigoureuse, ne pourra se faire que lorsque l'enquête aura été répétée.

Il a cependant paru intéressant de considérer dès maintenant comment évoluait le phénomène.

2. — RÉSULTATS DE LA CONFRONTATION

La comparaison portera donc soit sur l'ensemble des dépenses, à l'exclusion de l'hospitalisation (médecins, auxiliaires, analyses, pharmacie, dentistes), soit sur certains secteurs particuliers : les soins de médecins, les soins de dentistes, les achats de pharmacie et les analyses de laboratoire.

La comparaison de chiffres absolus n'est pas possible car les données fournies par l'enquête représentent des **dépenses totales** (remboursées ou non, soumises au ticket modérateur ou, non) celles de la Sécurité Sociale (remboursements ou tiers payant) correspondent à **une part** seulement de la dépense totale. Toutefois les dépenses de pharmacie relevées dans l'enquête 1960, ont été distinguées selon qu'elles répondaient ou non à une prescription. Les dépenses de pharmacie sur ordonnance peuvent être rapprochées des remboursements de la Sécurité Sociale puisqu'elles n'en diffèrent, en principe, que par le pourcentage du ticket modérateur.

Nous ne pouvons donc comparer que des **niveaux relatifs** de consommation, essentiellement ceux de deux populations : les assurés du Régime général et les exploitants agricoles, les salariés relevant du Régime agricole n'intervenant qu'à titre complémentaire. Les données concernant ces évolutions relatives sont présentées dans le tableau 2 et le graphique 2.

En 1960, selon l'enquête, **l'ensemble des dépenses médicales** des exploitants agricoles ne représentait par personne que 49,5% des dépenses des protégés du Régime général. En 1964, les dépenses du régime des exploitants agricoles par personne protégée représentent 64% de celles du Régime général. On peut considérer que les dépenses des régimes d'assurance donnent une bonne indication des consommations médicales globales et de leurs niveaux relatifs, puisque les réglementations concernant le taux de remboursement sont identiques dans les deux régimes. Sur ces bases on peut donc admettre que les dépenses médicales des exploitants se sont accrues, en 4 ans, de 25% de plus que celles des personnes protégées par le Régime général.

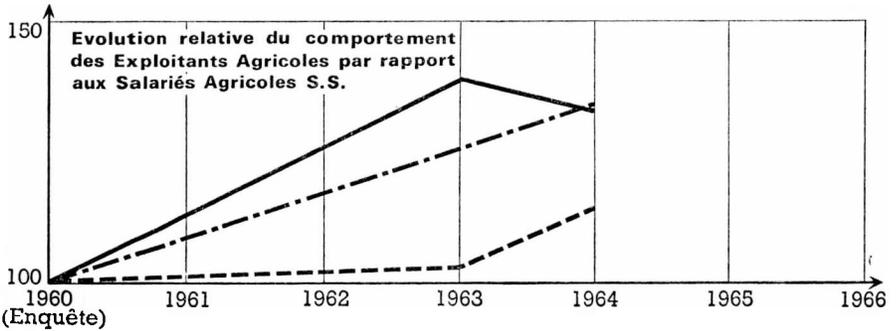
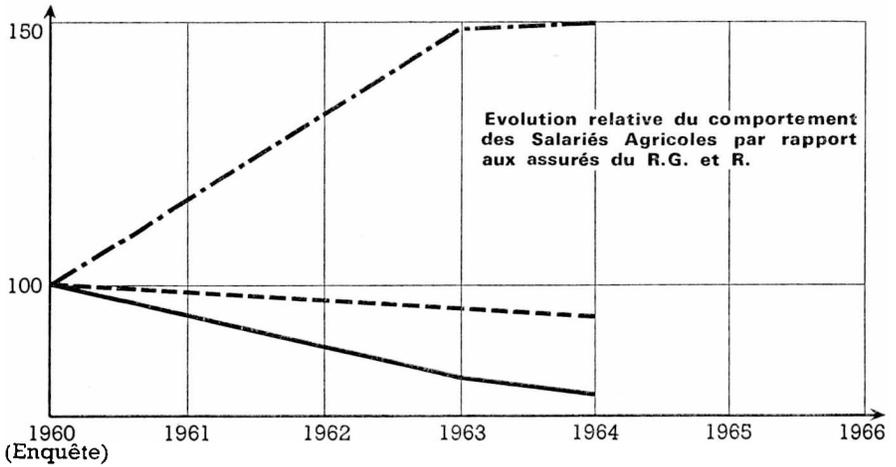
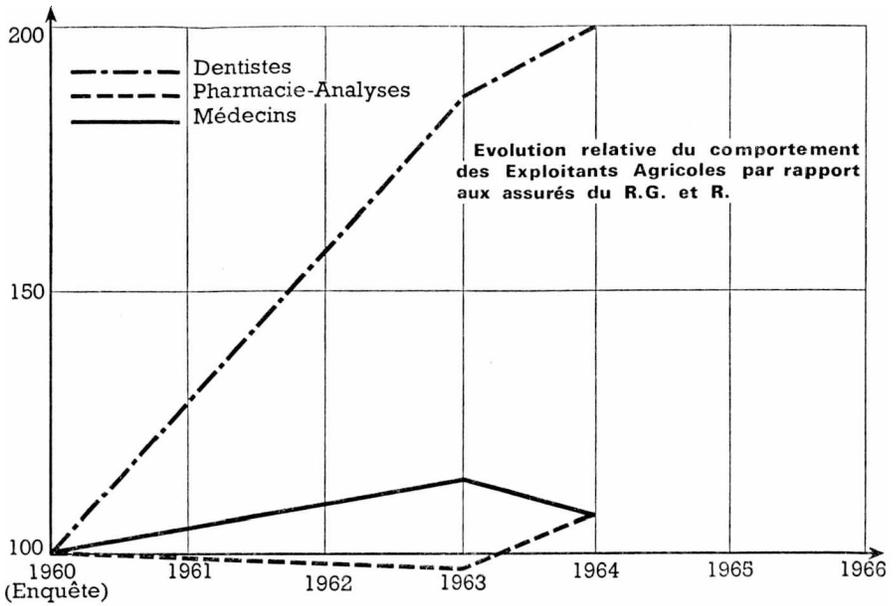
(1) Les dépenses sont exprimées aux prix courants. Elles ne sont donc pas corrigées des hausses de prix et leurs accroissements entre 1960 et 1964 ne traduisent donc pas les accroissements réels. Cette correction était inutile puisque nous ne procéderons qu'à des comparaisons de niveaux relatifs.

TABLEAU 2
L'évolution des niveaux relatifs pour 1960 (enquête) et 1964 (Sécurité Sociale)

		MÉDECINS (%)	PHARMACIE ET ANALYSES (2)		Total (%)	PHARMACIE SANS ORDONNANCE %	Total général %	DENTISTES (%)	Total Médecins, Pharmacie, Analyses, Dentistes (%) (2)
			Pharmacie (%)	Analyses					
Exploitants agricoles } Assurés Régime Général et Rattachés	1960 Enq...	48,4	55,6	46,8	54,9	76,1	59,1	37,0	49,5
	1964 S.S. ...	52,0	—	—	59,0	—	—	74,0	62,0
Accroissement relatif		7	—	—	7	—	—	100	25
Exploitants agricoles } Salariés agricoles (1) ...	1960 Enq. .	81,2	91,0	32,4	95,5	121,6	101,0	98,3	90,9
	1964 S.S. ...	108,0	—	—	109,0	—	—	132,1	119,7
Accroissement relatif		33	—	—	14	—	—	34	32

(1) Salariés agricoles (selon le régime S.S.)
(2) Pharmacie et analyses avec ordonnance.

GRAPHIQUE 2



Cet accroissement relatif de 5,7% par an, est très élevé. Mais en fait, on doit examiner chacun des services médicaux pour distinguer clairement les effets de l'Assurance Sociale.

L'augmentation relative des dépenses de **médecins** n'était que de 7% (1,7% par an) donc faible.

Les dépenses de **pharmacie** s'étaient également accrues de 7% seulement. Pour cette catégorie de dépenses on doit d'ailleurs considérer qu'il peut ne pas correspondre à cette augmentation de la consommation de pharmacie sur ordonnance, un égal accroissement de la consommation pharmaceutique totale. Il est vraisemblable que la possibilité de remboursement a abouti à une demande de prescription sur ordonnance de produits pharmaceutiques, acquis auparavant sans ordonnance. Il se peut donc que l'accroissement relatif observé ne corresponde pas en fait à un accroissement de la consommation pharmaceutique réelle ; celui-ci n'a pu être, à coup sur, que faible.

Ajoutons que de tels accroissements sont à la limite des valeurs pouvant être considérées comme significatives, ainsi que les montrent les fluctuations de ces valeurs pour les années 1963 et 1964 (graphique 2).

Les dépenses de **dentistes** se sont par contre accrues de façon considérable et incontestablement significative : leur augmentation relative est de 100% en 4 ans, soit de 19% par an. On retrouve là un phénomène bien connu : si les facteurs économiques ont peu d'influence sur les consommations médicales prises au sens strict, les consommations de soins dentaires y sont par contre très sensibles. L'enquête de 1960 a bien montré ce fait ⁽¹⁾ ; il est général et apparaît également dans les enquêtes américaines ⁽²⁾.

On voit ainsi qu'une grande partie de l'accroissement des dépenses médicales des agriculteurs, au cours de ces quatre années, provient de l'augmentation de leurs dépenses consacrées aux soins dentaires. Déjà leur consommation en ce domaine doit être très proche de celle des ouvriers, telle qu'elle apparaissait selon l'enquête de 1960. Elle reste naturellement encore fort éloignée de celle des employés ou cadres qui était, en 1960, 4 fois plus élevée que celle des ouvriers. Même au rythme d'accroissement relatif de 19% par an, il faudrait plus de 20 années aux agriculteurs pour atteindre ce niveau. En fait, il serait imprudent d'extrapoler ces tendances : si la consommation de soins dentaires est très sensible aux facteurs économiques, c'est aussi celle qui peut se saturer le plus rapidement.

Sur l'utilisation des **soins hospitaliers** nous ne pouvons faire, ainsi que nous l'avons dit, aucune comparaison d'évolution. On doit cependant souligner la très faible fréquentation hospitalière des agriculteurs. Elle est connue ⁽³⁾ et facilement explicable. En 1964, les dépenses d'hospitalisation des agriculteurs sont trois fois plus faibles que celle des personnes protégées par le Régime général (33,1%). Si l'on tient compte de ce fait, on perçoit mieux la faible consommation médicale des agriculteurs. La dépense totale du régime des exploitants agricoles, hospitalisation comprise, ne représente plus par personne protégée, que 49% de celle du Régime général. Il est certain que ce retard ne se comblera que très lentement.

Par rapport à la consommation des **salariés agricoles**, celle des exploitants agricoles s'est accrue plus rapidement et leur position relative s'est améliorée. Mais ceci traduit essentiellement la stagnation, sinon le recul, de la situation des salariés agricoles. Ceux-ci ne réussissent pas à réduire leur retard sur les assurés du Régime général, sauf en ce qui concerne également les soins dentaires. Au surplus, le comportement médical des exploitants et des salariés agricoles diffère profondément. L'hospitalisation est beaucoup plus fréquente chez les salariés que chez les exploitants. L'exploitant agricole semble limiter l'utilisation des soins hospitaliers seulement aux cas les plus graves. Les salariés agricoles, au contraire, moins liés par leurs obligations professionnelles, et en même temps souvent privés d'attaches familiales, sont dans l'obligation de recourir à l'hospitalisation même pour des affections relativement bénignes.

(1) G. RÖSCH, J. M. REMPP, M. MAGDELAINE, « Une enquête par sondage sur la consommation médicale », *Consommation*, n° 1, 1962, p. 81.

(2) Cf. dans ce numéro : J. L. PORTOS, *Les soins médicaux et le revenu des ménages aux U.S.A. : tendances sur 30 ans*.

(3) Arié et Andrée MIZRAHI, G. RÖSCH, « Les champs d'action des équipements hospitaliers » *Consommation*, n° 3, 1963.

CONCLUSION

Quel aurait été le comportement des exploitants agricoles s'ils n'avaient pas bénéficié, à partir de 1961, d'un régime d'Assurance Sociale ? On peut se demander, par exemple, quelle était l'évolution de leur consommation médicale avant 1961 et supposer qu'elle se sera poursuivie. Nous ne possédons pas de données statistiques solides sur ce point ; seule l'enquête de 1956 sur les budgets des ménages nous fournit quelques indications (1). Il semble que le retard des agriculteurs était à ce moment moins marqué qu'en 1960 et que leur progression, entre 1956 et 1960, ait été plus lente que celle des assurés sociaux du Régime général.

Tirant les conclusions de ces observations, on doit faire deux remarques :

— L'influence de l'Assurance Sociale sur la consommation des agriculteurs a été **sensible**. Elle semblerait même avoir inversé l'évolution antérieure ; alors que le retard des agriculteurs semblait s'accroître, ils ont, au cours des 4 dernières années, progressé un peu plus vite que les assurés du Régime général.

— Cependant on doit prendre conscience de l'ordre de grandeur de ce phénomène. Il est de **faible importance**. Il ne s'agit nullement d'un bouleversement de comportement.

En ce qui concerne les dépenses médicales, au sens strict (médecins et pharmacie), les valeurs observées sont à peine significatives. Si l'on extrapolait, à très long terme, les tendances relatives observées (1,7% par an), on concluerait que les dépenses des agriculteurs n'atteindraient celles des salariés du Régime général que dans 30 ans pour la pharmacie, dans 40 ans pour les services de médecins.

Seules les attitudes vis-à-vis des soins dentaires — qui représentent 8 à 12% de la dépense médicale totale — suivent des lois très différentes.

En fait rien ne permet de projeter ces conclusions à si long terme. Il est possible que l'effet observé s'amortisse : l'exemple des salariés agricoles nous le montre. Dans les années à venir l'influence de la protection sociale ne pourra que rester limitée. Le comportement des agriculteurs vis-à-vis des soins médicaux dépendra d'une modification plus générale de leur mode de vie et aussi de la capacité et du niveau technique des équipements médicaux et hospitaliers développés à leur portée.

(1) G. RÖSCH, « La consommation médicale des ménages d'après l'enquête de 1956 », *Consommation*, n° 3, 1958.

BIBLIOGRAPHIE

LES SOINS MÉDICAUX ET LE REVENU DES MÉNAGES AUX U.S.A.

TENDANCES SUR 30 ANS

HEALTH INFORMATION FOUNDATION : Medical Care and Family Income; A 30-year Trend Progress in Health Services.
Vol. XIII, n° 5, novembre, décembre 1964, Chicago.

Le grand intérêt de cette étude réside dans une comparaison du comportement des ménages qui montre leur évolution sur une période de 30 ans.

Il est important de tenir compte de ces observations bien que les situations, en France, au cours de cette période, n'aient vraisemblablement pas été identiques en raison des différences tant des niveaux de vie que des équipements médicaux et hospitaliers et des modes d'assurance de la population par les institutions sociales.

Les études faites en France sont en effet trop récentes pour que l'on puisse observer de telles évolutions des comportements. L'enquête de 1960 sur les soins médicaux a seule permis, jusqu'à présent, d'obtenir des données comparables. En tout état de cause, il nous sera impossible de savoir quelles ont été ces évolutions dans les périodes antérieures. Les études américaines peuvent à cet égard nous conduire à quelques suppositions raisonnables.

Les résultats de quatre enquêtes sur les soins médicaux effectuées aux U.S.A. et échelonnées de 1928 à 1964, ont été confrontés dans l'article de « Progress in Health Services ».

Parmi les facteurs qui conditionnent la consommation médicale des ménages l'étude considère plus particulièrement la relation entre cette consommation et le revenu des ménages tels qu'elle apparaît dans ces quatre enquêtes.

— La première fut réalisée en 1928-1931 par le Committee on the Cost of Medical Care (C.C.M.C.) (1).

— La deuxième et la troisième en 1952-1953 (2) et en 1957-1958 (3), par la Health Information Foundation et le National Opinion Research Center (H.I.F.-N.O.R.C.).

(1) I. S. FALK, M. C. KLEM et N. SINAI, **The Incidence of Illness and the Receipt and Costs of Medical Care among Representative Families, Experience in Twelve Consecutive Months during 1928-1931.** Publication du Committee on the Cost of Medical Care, n° 26, University of Chicago Press, janvier 1933.

(2) O. W. ANDERSON et J. J. FELDMAN, **Family Medical Costs and Voluntary Health Insurance : A Nationwide Survey,** New York, McGraw-Hill, 1956.

(3) O. W. ANDERSON, P. COLLETTE et J. J. FELDMAN, **Changes in Family Medical Care Expenditures and Voluntary Health Insurance : A Five-Year Resurvey,** Cambridge, Harvard University Press, 1963.

— La quatrième en 1957-1963 par la National Health Survey (N.H.S.) (1)

I. LES DÉPENSES MÉDICALES GLOBALES

Cette étude montre que l'influence du revenu des ménages sur les dépenses médicales qui était très nette dans la première enquête tend régulièrement à décroître depuis 30 ans.

Les résultats d'ensemble sont présentés dans le tableau I. Les données ont été corrigées de l'effet de l'âge. On sait en effet que l'âge est le facteur ayant la plus forte incidence sur la consommation médicale (2).

TABLEAU I

Dépenses médicales par personne et par an
selon le revenu des ménages aux U.S.A.

Revenu Enquêtes	1 200 \$	1 200 \$ 2 000 \$	2 000 \$ 3 000 \$	3 000 \$ 5 000 \$	5 000 \$ 10 000 \$	Plus de 10 000 \$	Tous revenus
	1928 1931 (C.C.M.C.)	10,57	14,70	21,88	29,99	56,10	115,12
1952 1953 (H.I.F.- N.O.R.C.)	Moins de 2 000 \$	2 000 \$ 3 500 \$	3 500 \$ 5 000 \$	5 000 \$ 7 500 \$	Plus de 7 500 \$		
	54	48	61	76	102	66	
1957 1958 (H.I.F.- N.O.R.C.)	75	80	88	95	119	94	
1962 (N.H.S.) Juillet- Décembre	Moins de 2 000 \$	2 000 \$ 4 000 \$	4 000 \$ 7 000 \$	Plus de 7 000 \$			
	93	110	128	160	129		

(1) NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, SERIES 10, n° 9, VITAL AND HEALTH STATISTICS, DATA FROM THE NATIONAL HEALTH SURVEY, *Medical Care, Health Status and Family Income*, U.S.A., mai 1964, Washington, D. C.

(2) G. RÖSCH, J. M. REMPP, M. MAGDELAINE, « Une enquête par sondage sur la consommation médicale », *Consommation*, 1962, n° 1.
Andrée et Arié MIZRAHI, « Un modèle des dépenses médicales appliqué aux données d'une enquête », *Consommation*, 1964, n° 1.

En 1928-1931, l'enquête du C.C.M.C. faisait apparaître une dépense médicale annuelle moyenne par tête de 24,16 \$. Mais cette dépense qui était de 10,57 \$ dans les ménages aux revenus inférieurs à 1 200 \$ atteignait 115,12 \$ pour ceux dont les revenus étaient supérieurs à 10 000 \$. Elle était donc pour ces derniers, 11 fois plus forte.

En 1952-1953 d'après l'enquête H.I.F.-N.O.R.C. la dépense moyenne annuelle par tête était de 66 \$; elle variait de 54 \$ pour les ménages aux revenus inférieurs à 2 000 \$, à 102 \$ pour ceux dont les revenus étaient supérieurs à 7 500 \$. Elle était pour ceux-ci deux fois plus forte.

En 1957-1958, la même enquête montrait une dépense annuelle moyenne par tête de 94 \$, allant de 75 \$ pour les ménages aux revenus de moins de 2 000 \$ à 119 \$ pour ceux aux revenus de plus de 7 500 \$. A cette période la dépense des ménages à hauts revenus n'est donc que de 59% plus forte.

Enfin en 1962, selon la National Health Survey, la dépense annuelle moyenne par tête aurait été de 129 \$, allant de 112 \$ par tête dans les ménages aux revenus inférieurs à 2 000 \$, à 160 \$ pour les ménages aux revenus supérieurs à 7 000 \$. Les dépenses médicales des familles les plus aisées ne sont donc plus supérieures que de 43% à celle des familles les plus défavorisées.

Remarquons qu'entre 1928 et 1962, la proportion de la population composant les ménages aux revenus inférieurs à 2 000 \$ a décru de 55% à 12%, alors que la proportion de la population dans les ménages aux revenus supérieurs à 7 000 \$ passait de 6 à 31%.

Le graphique I illustre ces résultats.

En raison du faible nombre de points, et aussi du fait que les deux classes extrêmes sont « ouvertes », il n'était pas justifié de calculer des élasticité-revenus. Le simple ajustement graphique suffit cependant à montrer comment ont évolué en 30 ans ces élasticité-revenus : de l'ordre de 0,90 en 1928-1931, elles sont actuellement inférieures à 0,25.

Cette élasticité-revenu est extrêmement faible. On ne trouve d'exemples comparables que pour certains produits alimentaires de base. Pour beaucoup de biens et services non alimentaires, l'élasticité est supérieure à 1, pouvant même dépasser 2 ou 3 (1).

Les observations faites aux U.S.A. confirment donc bien celles que nous avons été amenés à faire en France. La très faible influence du revenu sur les dépenses médicales est une caractéristique fondamentale et exceptionnelle de cette consommation. Elle souligne qu'elle répond à un besoin vital de base peu compressible. Elle est bien considérée comme telle par les individus et ils conforment bien leur comportement à ce sentiment.

Deux remarques doivent être faites à propos de ces résultats.

On peut s'interroger sur les causes d'une telle modification du comportement des ménages au cours de ces 30 années. Évoquons simplement la cause psychosociologique première que peut représenter un changement d'attitude vis-à-vis de la médecine, changement d'attitude qui peut lui-même être dû à diverses raisons : à une meilleure information, une « éducation sanitaire » plus répandue ; mais aussi à la plus grande efficacité de la science médicale, car l'usage des soins médicaux fait d'autant plus partie du « superflu » qu'ils sont inefficaces, telle la médecine de Molière, d'autant plus du « nécessaire » qu'ils sont véritablement utiles.

Soulignons aussi l'important développement au cours de cette période des nombreux systèmes d'assurance qui se sont étendus à une proportion croissante de la population des U.S.A.

(1) Selon les résultats de l'enquête de 1956, de l'I.N.S.E.E. et du C.R.E.D.O.C. sur les budgets familiaux des Français :

- on n'observe d'élasticité négatives que pour le pain, le lait, les graisses végétales et le sucre ;
- l'élasticité n'est inférieure à 0,30 que pour l'huile et les légumes secs ;
- les élasticité des autres groupes de biens et services sont : habillement 1,35, logement 1,45, équipement du logement 1,64, soins personnels 1,95, culture et loisirs 1,65. Les élasticité atteignent 2,38 pour les appareils ménagers, 2,50 pour les équipements de loisir, 3,15 pour les dépenses de vacances, 3,74 pour les moyens de transports individuels.

G. ROTTIER, *Consommation*, 1959, n° 3.

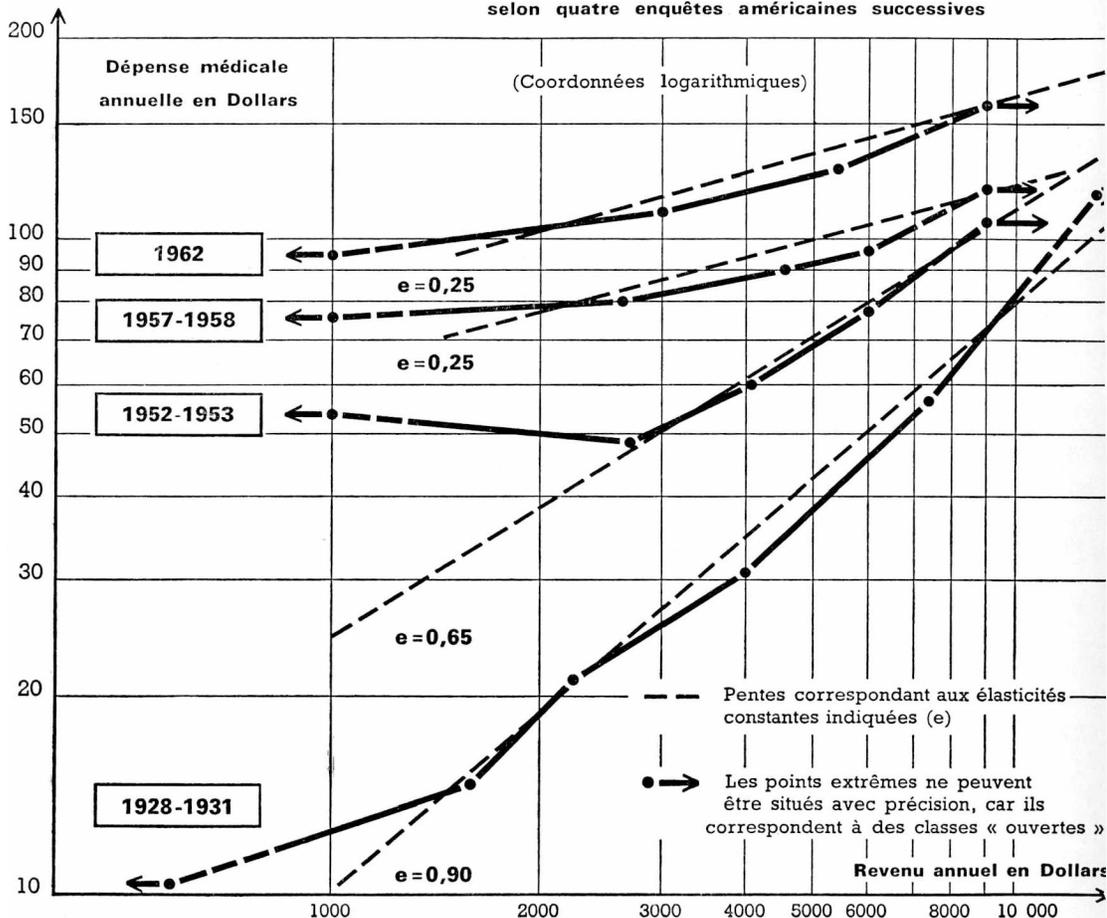
- L'analyse des budgets familiaux.

- Niveau de vie et consommation de la population non agricole.

La deuxième remarque concerne l'effet du revenu sur l'élasticité. Les résultats des quatre enquêtes, tels qu'ils apparaissent sur le graphique 1, évoquent une élasticité croissante avec le revenu. Certes ce phénomène est peu sensible. Il mériterait peut-être cependant d'être analysé. Les élasticité sont rarement constantes avec le revenu, en général décroissantes lorsqu'on les considère par grandes fonctions. Notons que l'enquête française de 1960 sur les soins médicaux semblait montrer une décroissance de l'élasticité, mais cette décroissance était seulement sensible au niveau des très bas revenus, très inférieurs à la catégorie la plus basse (moins de 2 000 \$) considérée par les enquêtes américaines. Nous n'avions, par contre, pas assez d'observations au niveau des hauts revenus pour pouvoir déceler un phénomène comme celui que semblent indiquer les enquêtes américaines.

GRAPHIQUE 1

La dépense médicale en fonction du revenu selon quatre enquêtes américaines successives



Les dépenses médicales dans le budget des ménages

Cette tendance à l'égalisation des dépenses médicales des ménages, quels que soient les revenus, entraîne naturellement un accroissement proportionnellement plus élevé des dépenses médicales des ménages les moins favorisés.

Entre 1952-1953 et 1957-1958 par exemple, les ménages aux revenus situés entre 2 000 et 3 499 \$ ont augmenté leurs dépenses médicales de 67% (passant de 48 à 80 \$ par tête) tandis que les ménages aux revenus supérieurs à 7 500 \$ augmentaient leurs dépenses de 17% seulement, passant de 102 à 119 \$.

Les coefficients budgétaires des dépenses médicales, proportion du budget du ménage affectée à ce poste, sont donc d'autant plus élevés que le revenu est plus faible (1).

Les pourcentages du budget des ménages consacrés aux dépenses médicales étaient aux U.S.A., selon l'enquête de 1957-1958, les suivants :

Revenu du ménage	Part des dépenses médicales
— de 2 000 \$	13,0%
2 000 à 3 499 \$	8,4%
3 500 à 4 999 \$	6,4%
5 000 à 7 499 \$	5,4%
7 500 \$ et plus	3,9%
Ensemble	5,5%

En 1957-1958 également, les ménages qui consacraient plus de 10% de leurs revenus aux dépenses médicales représentaient 20% de l'ensemble. Plus de la moitié (52%) y consacrait moins de 5% de leurs revenus.

L'enquête N.H.S. de 1962-1963 a montré que 30% des ménages aux revenus inférieurs à 2 000 \$ n'avaient aucune dépense médicale dans l'année. Ce pourcentage n'était que de 11% pour les ménages aux revenus supérieurs à 7 000 \$.

2. L'EFFET DU REVENU SUR LA CONSOMMATION DES DIVERS TYPES DE SERVICES MÉDICAUX

En fait, si l'on considère les divers types de services médicaux, on constate que pour certains, parmi les plus importants, l'effet du revenu est encore moins marqué.

a) Hospitalisation

En ce qui concerne le taux d'admission à l'hôpital, la différence entre les ménages selon leur revenu, qui était observée en 1928 dans l'étude du C.C.M.C., tend à disparaître.

En 1928 ce taux d'admission était de 51 ‰ pour les familles aux revenus compris entre 1 200 et 2 000 \$, contre 106 ‰ pour les ménages aux revenus supérieurs à 10 000 \$.

En 1962-1963, selon la N.H.S., le taux d'admission est de 120 pour 1 000 personnes quel que soit le revenu.

Les dépenses annuelles d'hospitalisation par tête sont actuellement comparables, quel que soit le revenu, allant de 28 \$ pour les ménages aux revenus inférieurs à 2 000 \$ à 31 \$ pour ceux aux revenus supérieurs à 7 000 \$.

En pourcentage des dépenses médicales totales, la part des frais d'hospitalisation est donc plus lourde dans les ménages aux revenus les plus bas : 25% pour ceux aux revenus inférieurs à 7 000 \$ contre 20% pour les revenus supérieurs à 7 000 \$.

(1) Cf. *op. cit.*, note (2), page 104.

b) Consultations et visites de médecins

En ce qui concerne les consultations et visites des médecins, la différence n'est sensible que pour les revenus les plus élevés. Les dépenses consacrées par les ménages à ces services sont peu différentes jusqu'à un revenu de 7 000 \$: 28 \$ pour les revenus inférieurs à 2 000 \$, 26 \$ pour les revenus de 2 000 à 3 999 \$ et 23 \$ pour les revenus de 4 000 et 6 999 \$. La dépense moyenne serait de 52 \$ dans les ménages ayant plus de 7 000 \$ de revenu.

c) Soins dentaires

Par contre la N.S.H. de 1962 montre que la consommation de soins dentaires restait, elle, très sensible à l'effet du revenu. Les ménages aux revenus supérieurs à 7 000 \$ consacraient 29 \$ par personne et par an aux soins dentaires, alors que les ménages aux revenus inférieurs à 2 000 \$ y consacraient 9 \$: soit une différence du simple au triple.

Des résultats analogues, concernant l'effet important du revenu sur les dépenses de soins dentaires des ménages, ont été retrouvés dans l'enquête du C.R.E.D.O.C. en 1960 (1). On observe donc, en fait, que le faible effet du revenu sur les dépenses médicales totales ne résulte, pour une forte part, que de son effet sur la consommation de soins dentaires.

CONCLUSION

Le très faible effet du revenu sur les consommations médicales est donc observé actuellement de façon concordante par des enquêtes très diverses. Ce résultat avait parfois surpris, et semblait se heurter à des notions couramment admises qui pouvaient se baser sinon sur des enquêtes systématiques, du moins sur une expérience commune. L'intérêt des enquêtes américaines est donc double.

Elles montrent que ces opinions pouvaient ne pas être sans fondement puisque l'effet du revenu sur la consommation médicale était, aux U.S.A., très net il y a 30 ans, et encore sensible il y a 15 ans. Il en était peut-être de même en France. Faut-il observer qu'on ne pouvait que faire des hypothèses prudentes sur ce qu'a pu être l'évolution du comportement des Français en ce domaine. De telles réserves ont été exprimées dans diverses études du C.R.E.D.O.C. (2).

Par contre l'interprétation des faits actuels ne peut se baser que sur les observations récentes et l'on doit considérer avec réserve des notions qui se fonderaient sur des expériences anciennes. Les enquêtes américaines confirment sur ce point les observations faites récemment en France.

Ces études amènent à souligner que dans le domaine des sciences économiques et sociales, les « lois » que nous nous efforçons de tirer de nos observations et de nos analyses paraissent ne pas avoir le caractère stable des lois naturelles du monde physique et biologique. En fait si la forme et les paramètres de ces lois semblent se modifier rapidement, c'est sans doute en premier lieu, parce que nous ne sommes pas capables d'introduire dans nos modèles les variables réellement essentielles. Dans le cas présent, le revenu n'est certainement pas la principale des variables explicatives du comportement médical des individus.

J. L. PORTOS.

(1) Cf. *op. cit.*, note (2), page 104.

(2) C.R.E.D.O.C., « Problèmes d'économie médicale », *Notes et documents F.N.O.S.S.*, 1960, n° 1

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

1960

- N° 1. — Développement économique et équipements urbains. — L'appareil commercial français.
- N° 2. — La consommation des ménages français en 1956 : compte rendu d'une enquête, volume 1.
- N° 3. — La consommation des ménages français en 1956 : compte rendu d'une enquête, volume 2.
- N° 4. — Numéro spécial sur l'épargne. — La consommation des Français en 1958 et 1959.

1961

- N° 1. — La consommation alimentaire en 1956. — La consommation des boissons.
- N° 2. — Consommation et niveaux de vie de quelques groupes sociaux. — Les perspectives à long terme de la demande de textile.
- N° 3 et 4. — Tableau général de la consommation des Français de 1950 à 1960.

1962

- N° 1. — Une enquête sur la consommation médicale. — Théorie sommaire de la distribution.
- N° 2. — Les perspectives de consommation dans le 4^e Plan. — L'appareil commercial français en 1960. — Essai d'analyse régionale de la consommation des ménages agricoles.
- N° 3. — Les conditions de logement des Français en 1961.
- N° 4. — L'écart entre revenus et dépenses et la dispersion des dépenses dans une enquête sur les budgets familiaux. — Croissance industrielle et développement du commerce dans le bassin de Berre, — Les achats de produits alimentaires par les collectivités.

1963

- N° 1. — Une enquête sur les dépenses d'utilisation des automobiles (Partie I). — La consommation des Français en 1961.
- N° 2. — Une enquête sur les dépenses d'utilisation des automobiles (Partie II). — Précision des estimations dans les enquêtes sur les budgets familiaux.
- N° 3. — Aspect de la croissance urbaine 1954-1962. — Les activités tertiaires. — Les champs d'action des équipements hospitaliers.
- N° 4. — La consommation en France en 1961 et 1962. — Liste des enquêtes de consommation effectuées en France de 1959 à 1963.

1964

- N° 1. — Un modèle des dépenses médicales appliqué aux données d'une enquête. — L'épargne des ménages en Israël.
- N° 2. — Évolution de la population des ménages de 1954 à 1962. — L'étude de la demande des biens de consommation en économie planifiée.
- N° 3. — Comparaison internationale des dépenses d'habitation. — Quelques problèmes de mesure et de prévision de la consommation d'énergie des ménages.
- N° 4. — La consommation en France en 1963. — La demande des principaux fruits consommés en France. — Évolution de l'équipement des ménages depuis 1959. — Les dépenses de loisirs (évolution passée et prévisions).

1965

- N° 1. — Quelle est la rentabilité des capitaux investis dans les logements en location ? — Analyse des phénomènes d'induction (Évolution de l'emploi dans le commerce par région entre 1954 et 1962). — Quelques réactions des ménages à l'égard de leur logement. — Un modèle des dépenses médicales. — La consommation en France de 1963 à 1964.
- N° 2. — Analyse économique et planification urbaine. — Louer ou acheter son logement. — Réflexions sur le rôle de l'avenir dans ce choix. — Les produits surgelés. — La consommation des boissons de 1960 à 1963. — La fréquentation des colonies de vacances jusqu'en 1964.
- N° 3. — Les études d'armature urbaine régionale. — Quelques problèmes posés par la prévision de la demande en services collectifs. — Conditions de logement et insatisfaction des ménages en 1961. — Les dépenses de location de voitures sans chauffeur.
- N° 4. — Le Plan, accélérateur de croissance. — L'ajustement de l'offre de viande à la demande. — Étude de la série épargne des ménages (1950-1964).

1966

- N° 1. — Recherche et aménagements urbains.

SOMMAIRE DES PROCHAINS NUMÉROS

Projection de la consommation alimentaire des ménages de 1960 à 1970. — Les conditions du marché du logement et le comportement des ménages en France en 1961. — Les jeunes ménages et leurs conditions de logement en 1963. — La loi et les travaux d'Engel. — Les dépenses de loisirs aux États-Unis.

sommaire

ÉTUDES

C.R.E.D.O.C. - I.N.S.E.E.

La consommation des Français en 1964 3

Jean-Yvon CORRE et Agnès PITROU

Étude bibliographique sur l'utilisation des services collectifs. 50

NOTES ET CHRONIQUES

Simone SANDIER

L'influence des facteurs économiques sur la consommation médicale. 71

Liliane KARAIMSKY

L'influence de la Sécurité Sociale sur les dépenses médicales des exploitants agricoles 95

BIBLIOGRAPHIE

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

**30, rue d'Astorg, PARIS - 8^e
Tél. : ANJ. 79-57**

**1966 n° 2
avril juin**