

# L'ÉCONOMIE DES SERVICES DE SOINS MÉDICAUX EN FRANCE

par

**Georges RÖSCH**

*Le texte ci-dessous (1) reprend l'essentiel d'un article demandé par l'Institute of Economic Affairs de Londres, présentant une vue d'ensemble de l'économie des services médicaux en France et destiné à une publication réunissant des études identiques sur 14 pays.*

*Dans un tel cadre il n'est fait qu'une revue générale des principaux aspects et problèmes qu'offre ce secteur économique d'importance croissante, sans que chacun puisse être traité de façon approfondie.*

*Il a paru cependant qu'une telle revue générale permettrait de situer les diverses recherches nécessaires pour mieux en comprendre le fonctionnement ; elle indiquerait aussi comment s'articulent les études qui ont été menées au C.R.E.D.O.C. ou les études en cours dont les résultats seront publiés dans les prochains mois.*

---

(1) Dont on trouvera dans ce numéro les première et deuxième parties, les parties 3 et 4 devant paraître dans le numéro 2-1969 de **Consommation**

## SOMMAIRE

1. — INTRODUCTION.....	49
1.1. Les principales caractéristiques du secteur médical .....	49
1.2. Les méthodes d'étude du secteur médical .....	50
2. — L'ÉTUDE MICRO-ÉCONOMIQUE DES FACTEURS conditionnant l'utilisation des soins médicaux .....	51
2.1. La consommation de soins médicaux.....	51
2.2. La production de soins médicaux .....	60
<i>à paraître</i>	
3. — LES ASPECTS MACRO-ÉCONOMIQUES DE LA PRODUCTION ET DE LA CONSOMMATION MÉDICALE	
3.1. Les structures	
3.2. Le « marché » des soins médicaux	
3.3. Les évolutions et les perspectives	
4. — LES CHOIX ET LES ACTIONS	
4.1. Les variables d'action	
4.2. Les choix	
Annexe : Références.	

## I. — INTRODUCTION

La production de soins médicaux a conquis, au cours des 25 dernières années, sa place majeure dans l'économie des pays développés ; elle est pour des pays en voie de développement un de leurs problèmes cruciaux. La situation de la France que nous traitons dans cet article n'est qu'un cas particulier d'un phénomène général.

En France, en 1966, la consommation de soins médicaux <sup>(1)</sup> représentait 9,2 % de la consommation des particuliers, et leur production 6,4 % du Produit National Brut. Cette « industrie médicale » emploie plus de 500 000 personnes, soit un effectif de main d'œuvre plus important que celui des mines ou de l'automobile. La valeur de sa production, estimée en valeur ajoutée, est comparable à celle de la sidérurgie ou de l'industrie pétrolière. Elle montre la rapidité de croissance des « industries de pointe », et tout laisse prévoir que ce rythme se poursuivra lui donnant une place de plus en plus importante dans nos économies.

Il est donc compréhensible que ce développement pose des problèmes complexes. Si nombre de ces problèmes sont identiques à ceux que pose le développement de toute activité économique, certains sont spécifiques des besoins qu'elle doit satisfaire et des techniques qu'elle met en œuvre : ainsi diffèrent les problèmes que posent le développement de l'agriculture ou celui des transports aériens.

### 1.1. LES PRINCIPALES CARACTÉRISTIQUES DU SECTEUR MÉDICAL

Certaines des particularités qu'offre le secteur des soins médicaux tiennent aux aspects particuliers de la demande et des besoins qui l'engendrent. Ces besoins sont vitaux et par conséquent prioritaires. Seuls pourraient être classés avant eux les besoins alimentaires ; mais ceux-ci ne sont plus ressentis comme tels dans nos sociétés où, à de très rares exceptions près, le minimum calorique équilibré est assuré à tous. Par ailleurs les besoins de soins sont très irrégulièrement distribués dans la population, en fonction des aléas de survenue d'affections plus ou moins graves.

La caractéristique principale de l'offre tient à l'évolution scientifique et technique extraordinairement rapide qu'elle doit s'efforcer de mettre en œuvre depuis 25 ans. Or, produisant des « services », qui impliquent la présence simultanée au même lieu du producteur et du consommateur, elle est contrainte à une grande dispersion des entreprises. Elle ne peut donc bénéficier pleinement des méthodes de production de masse, en série, d'autant que chaque malade est un cas spécifique exigeant un assortiment particulier de soins.

---

(1) Pour la définition du champ couvert par cet ensemble. Cf. § 3.1.1.

Le « marché » des soins médicaux a été très anciennement et très profondément influencé par les aspects spéciaux du besoin qu'il devait satisfaire. Ce besoin, prioritaire, a très souvent été pris en charge par les collectivités locales, confessionnelles ou nationales. Le caractère aléatoire de sa survenue a ensuite conduit tout naturellement à répartir ce « risque », par des systèmes d'assurance, sur l'ensemble de la communauté. Mais ces institutions ont aujourd'hui beaucoup de mal à s'adapter à l'évolution si rapide des techniques médicales. De là naissent des problèmes dont les solutions, ou les propositions de solutions, souffrent sans doute d'être conçues ou élaborées dans des contextes trop étroits.

## 1.2. LES MÉTHODES D'ÉTUDE ÉCONOMIQUES DU SECTEUR MÉDICAL

Les difficultés de compréhension des phénomènes économiques dans le domaine des soins médicaux, tiennent naturellement aux faiblesses de la science économique en général, mais aussi au fait que les études menées dans ce secteur n'ont pas l'ampleur de celles qui ont pu être effectuées dans des secteurs industriels dont la puissance est beaucoup plus ancienne. Par ailleurs la dispersion et la faible taille des entreprises (1), leur statut, fréquemment de type administratif, de même que celui des institutions qui en assurent le financement, ne les incitaient pas ou ne leur donnaient pas les moyens de procéder à de telles études. Des analyses plus approfondies deviennent cependant possibles grâce à une certaine amélioration des instruments d'observation. Les données qu'ils fournissent conduisent à considérer les phénomènes sous deux aspects : macro et micro-économiques.

La description **macro-économique** utilise les statistiques générales établies par des services spéciaux de statistiques ou, plus souvent, les sous-produits de l'activité administrative des entreprises ou des organismes de gestion. Ces données ne sont pas toujours bien adaptées à l'étude économique ; souvent parcellaires ou conçues pour de tout autre buts, de contrôle ou de comptabilité. Elles ne prennent un sens que lorsqu'elles sont élaborées pour être intégrées dans un cadre économique général et cohérent. Le cadre des **Comptes Nationaux** semble offrir le plus de possibilités et peut être perfectionné, si nécessaire, pour s'adapter aux problèmes propres au domaine étudié (2). Toutefois des données aussi globales ne permettent pas d'analyses très poussées car les très nombreuses variables en jeu ne peuvent être mises en relations au niveau des unités statistiques élémentaires que sont, par exemple, les malades, les médecins, les hôpitaux, et qui représentent, en fait, les centres de décision essentiels. Au moins est-il nécessaire que ces données statistiques soient établies de façon permanente, les **séries chronologiques** permettant alors de dégager certains phénomènes massifs. Les **comparaisons interrégionales** (3) ou **internationales** peuvent également fournir des indications ou hypothèses utiles, bien qu'elles traitent d'agrégats trop importants et trop hétérogènes pour que l'action des variables puisse à ce niveau être clairement discernée.

Les études **micro-économiques** permettent des analyses beaucoup plus riches. L'unité statistique considérée est alors réellement la personne centre de décision, malade, médecin, responsable hospitalier, etc. Les

---

(1) Naturellement, l'industrie des produits pharmaceutiques qui joue un grand rôle dans le secteur médical a pu prendre tous les caractères de la grande industrie chimique.

(2) Cf. Références : [1] [5] [15] [23] [32] [55] [56] [57].

(3) Cf. Références : [6] [8] [11] [33] [36] [37] [40] [46] [47] [49] [50].

variables peuvent être observées à ce niveau de base et les relations existant entre elles correctement étudiées. L'outil d'observation est l'enquête sur des individus, soit sur dossiers (des hôpitaux, des comptes d'entreprises, des organismes d'assurance) soit par examen ou interview auprès des ménages, malades, médecins (1). Selon les cas elle pourra être exhaustive (par exemple dans les établissements de soins des pays socialistes) ou effectuées sur des échantillons tirés par sondage (par exemple National Health Survey aux U.S.A.). Certes ces enquêtes sont coûteuses et nécessitent de fortes équipes spécialisées ; mais l'observation statistique peut alors être parfaitement adaptée à l'étude projetée et à l'observation de toutes les variables qu'impliquent les hypothèses à vérifier.

Dans la première partie de cet article, nous examinerons d'abord, les résultats des études micro-économiques. Peut-être est-il temps en effet que la présentation de la pensée économique suive l'enchaînement logique des faits (2) cherchant à expliquer par la micro-économie les phénomènes macro-économiques.

Dans la deuxième partie nous présenterons les faits macro-économiques observés.

Dans la troisième partie nous essayerons de poser quelques problèmes de choix des structures et actions.

Dans toute la mesure du possible nous suppléerons à de longs développements par des tableaux ou graphiques plus précis et plus parlants.

## 2. — L'ÉTUDE MICRO-ÉCONOMIQUE DES FACTEURS CONDITIONNANT L'UTILISATION DES SOINS MÉDICAUX

Nous considérerons successivement les conditions de la demande et les conditions de l'offre de soins médicaux.

### 2.1. LA CONSOMMATION DE SOINS MÉDICAUX

Comme on le voit nous passons immédiatement à l'emploi du terme de « consommation ». Seule en effet la consommation effective est une réalité concrète, observable et mesurable.

La notion de **besoin** fréquemment invoquée n'est jamais que subjective et n'a donc que peu de valeur opératoire. Le besoin humain est toujours illimité. Celui auquel la médecine s'efforce de répondre est le besoin de la jeunesse éternelle et de l'immortalité ou plus simplement l'instinct de conservation. On constate là simplement l'origine psychologique et biologique de l'attitude des individus face à la médecine d'où résulte le caractère **prioritaire** du besoin de soins médicaux.

---

(1) Cf. Réf. : [4] [7] [9] [16] [18] [20] [21] [24] [25] [26] [27] [34] [42] [44] [52].

(2) Et non plus, comme il est fréquent dans les sciences à leurs débuts, l'ordre historique du développement des techniques de recherche. Ainsi, l'exposé des lois de la physique et de la chimie commence maintenant par la présentation de la structure et des lois de l'atome pour aller à leurs conséquences sur la cinétique des gaz ou les combinaisons chimiques.

Naturellement l'administrateur ou le politique peut se tourner vers le technicien, le médecin, espérant que celui-ci réponde à la question : quels moyens de soins faut-il mettre en œuvre pour assurer aux malades existant dans une population le plein bénéfice de la science et de la technique actuellement connues ? La réponse est déjà sans intérêt : il y faudrait des moyens peut-être dix fois supérieurs à ceux que les pays les plus riches y consacrent. Mais en outre il n'y a pas de limite aux moyens de recherche que l'on a « besoin » de mettre en œuvre pour découvrir un remède aux causes d'infirmités et de mort les plus fréquentes (rhumatisme, troubles mentaux, maladies virales, cancer, athérome artériel, etc...).

Quant au terme de **demande** il est trop souvent mal utilisé. La demande, en elle-même, n'est pas une entité observable et mesurable. Pour l'économiste il n'existe que des « lois de demande ». La demande n'est définie que par le rapport existant entre la consommation et des conditions d'offre (que les variables qui caractérisent celle-ci soient des quantités, des prix, des proximités, etc). Ce n'est donc qu'à la fin de la 3<sup>e</sup> partie (§ 3.2.) que nous évoquerons cette notion.

Nous considérerons donc comment la **consommation de soins médicaux** varie en fonction des valeurs ou caractères de diverses variables qui ont pu être étudiées dans des enquêtes micro-économiques. Nous traiterons de ces divers facteurs ou variables, dans l'ordre qui paraît être celui de l'importance de leur action : c'est-à-dire de l'importance des différences qu'elles déterminent dans l'utilisation des soins. On nous excusera de présenter les résultats de ces études sous une forme un peu dogmatique, sans les assortir des nuances et réserves, qui devraient être exprimées, sur les erreurs des mesures, les incertitudes aléatoires tenant aux techniques de sondage, les méthodes de traitement statistique, les incertitudes sur les actions respectives des diverses variables que les techniques d'observation ou la limite des échantillonnages ne permettent pas de discriminer. On pourra se reporter aux comptes rendus des études citées en référence pour y trouver ces précisions et analyses critiques nécessaires <sup>(1)</sup>.

### 2.1.1. La maladie

Les affections qui atteignent l'individu — maladie, accidents, infirmités — sont les faits initiaux qui engendrent le besoin de soins médicaux. On ne s'étendra pas sur ce sujet qui relève davantage de la recherche médicale. Mais on soulignera que les instruments d'observation statistique de cette donnée fondamentale naissent à peine et que les méthodes d'enregistrement, et a fortiori de mesure, relèvent encore du stade de l'expérimentation scientifique. Nous ne noterons que quelques aspects essentiels à la compréhension de nos problèmes.

Au niveau général que considèrent le statisticien et l'économiste les atteintes pathologiques des individus d'une population apparaissent comme des accidents aléatoires dont les distributions de fréquence, selon des caractéristiques diverses de l'affection [(gravité <sup>(2)</sup>), durée <sup>(3)</sup>), nombre pour un même individu <sup>(4)</sup>), coût des soins <sup>(5)</sup>], ou des malades [âge et sexe <sup>(6)</sup>] sont assez correctement représentés par des lois de répartition assez simples. Trois faits sont particulièrement importants.

---

(1) Références bibliographiques en Annexe.

(2) Cf. Réf. : [42] [51 III].

(3) Cf. Réf. : [51 III].

(4) Cf. Réf. : [44] [51 III].

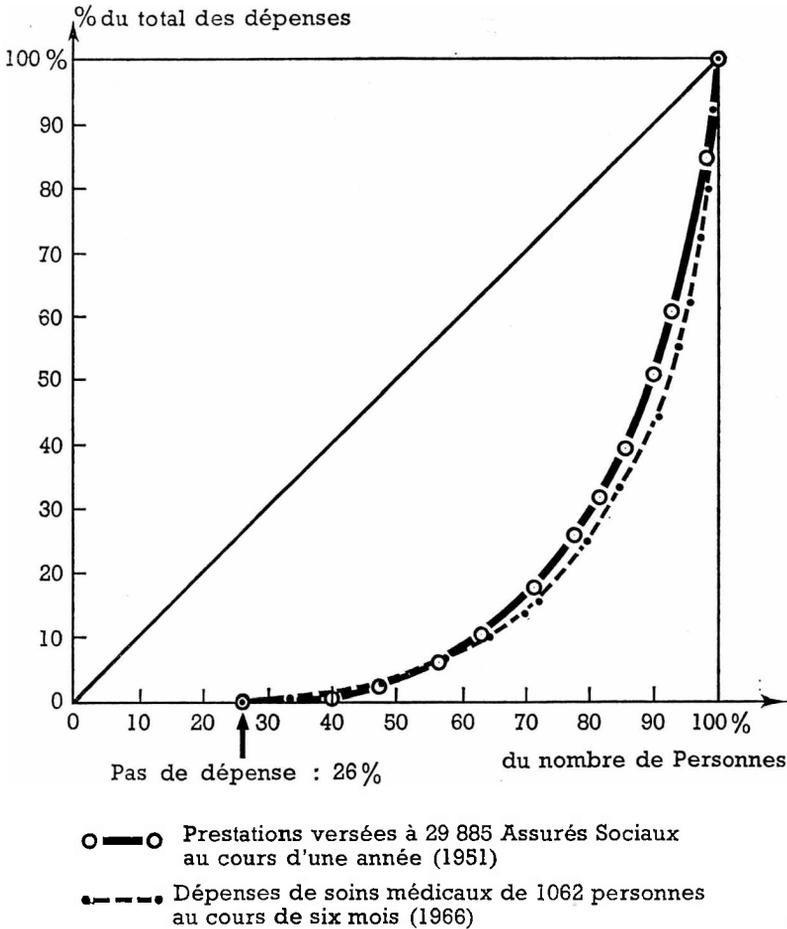
(5) Cf. Réf. : [18] [24] [25] [34] [51 III].

(6) Cf. Réf. : [18] [24] [35] [34] [51 II III].

On observe une très **grande dispersion du risque** de survenue d'une affection, de sa gravité, du coût des soins qu'elle entraîne. En un instant ou année donnée, le coût des soins médicaux auxquels doit faire appel un individu peut varier de zéro à des milliers de Francs. Le graphique 1 qui superpose les courbes de concentration correspondant à deux enquêtes très différentes illustre bien ce phénomène. On voit que, très grossièrement, les 3 % des individus d'une population qui doivent faire le plus appel aux soins, consomment le 1/3 des soins médicaux totaux, et les 15 % les 2/3 ; les 50 % qui doivent y faire le moins appel ne consomment que 3 % du total (1). Ce sont ces caractéristiques du « risque », qui, dès que l'individu ou la société atteint un degré de prévoyance raisonnable, rend l'assurance maladie impérative.

### GRAPHIQUE 1

**Courbes de concentration de la consommation de soins médicaux**



(1) Cf. Réf. : [2] [52 II].

Un deuxième trait spécial est la **répartition selon l'âge** de ce besoin. L'aspect extrême de cette distribution apparaît lorsque l'on considère la mortalité (graphique 2), qui est en relation directe avec la fréquence des atteintes morbides les plus graves. On y a superposé, sur le graphique 2, la répartition de la dépense de soins médicaux (1). Le nombre de maladies existant en un instant ou une année donné dans une population se distribue, selon l'âge, de la même façon (2) de même d'ailleurs que la gravité de l'état morbide (3). Le risque morbide est **très élevé à la naissance** (et plus élevé encore pendant la période fœtale) ; il décroît ensuite très rapidement ; est **minimum entre 10 et 20 ans** ; puis on peut à peu près admettre qu'il **croît exponentiellement avec l'âge**. Ainsi la mortalité est 60 fois plus forte dans la première année qu'à 10/14 ans, et 165 fois plus forte à 70/79 ans. La consommation de soins médicaux, est moins variable mais cependant, selon les enquêtes et les types de soins, 3 à 5 fois plus élevée aux âges extrêmes de la vie. La première conséquence de ces faits ruine l'espoir qu'avaient eu parfois des administrateurs sanitaires : l'espoir que les progrès de la médecine réduiraient un jour, par une plus rapide et plus simple guérison des malades, les dépenses de soins médicaux. En fait chaque fois que l'on sauve un malade et qu'on lui promet une vie plus longue, on sait qu'on aura à le soigner plus tard des maladies plus nombreuses plus longues et plus coûteuses dont il a toutes chances d'être atteint.

Notons que la morbidité est sensiblement **différente selon le sexe**. On sait qu'à tous les âges, sauf aux âges très extrêmes, la mortalité de la femme est moitié seulement de celle de l'homme. On sait aussi que sa morbidité est nettement différente, mais nos moyens d'étude ne nous permettent pas encore de préciser si son niveau moyen de gravité est différent. Les enquêtes sur l'utilisation des soins médicaux semblent montrer, par contre, que les femmes consomment à tous les âges, sauf au-dessous d'un an, plus de soins que les hommes (4).

Un dernier point mérite d'être noté. Il prendra toute son importance lorsque l'on abordera le problème des programmes de développement de l'appareil médical. La morbidité de la population se modifie très lentement. Les études fragmentaires que nous avons pu faire nous conduisaient à cette constatation (5) ; les vastes enquêtes américaines et soviétiques semblent le confirmer. L'éradication d'une maladie même quand elle est relativement rapide (syphilis, tuberculose) ne porte jamais que sur un aspect très local et partiel de la morbidité. A dix ou vingt ans de distance nous pouvons, en une approximation très valable, baser nos programmes sur la situation actuelle de la morbidité.

### 2.1.2. Les facteurs psycho-sociologiques

Les facteurs psycho-sociologiques sont naturellement les plus difficiles à étudier. On doit d'ailleurs reconnaître que si l'épidémiologie et l'économie sont des sciences encore peu avancées, la psycho-sociologie, quant à elle, n'en est qu'à ses premiers pas et n'a pas su encore assurer ses méthodes d'observation et d'analyse.

Du moins a-t-on étudié l'influence des caractéristiques assez sommaires des individus que l'on a l'habitude de considérer dans les recensements ou enquêtes (6). L'effet de ces facteurs est important, mais plus faible que

(1) Cf. Réf. : [18] [24] [52 II].

(2) Cf. Réf. : [44] [52 III].

(3) Cf. Réf. : [42].

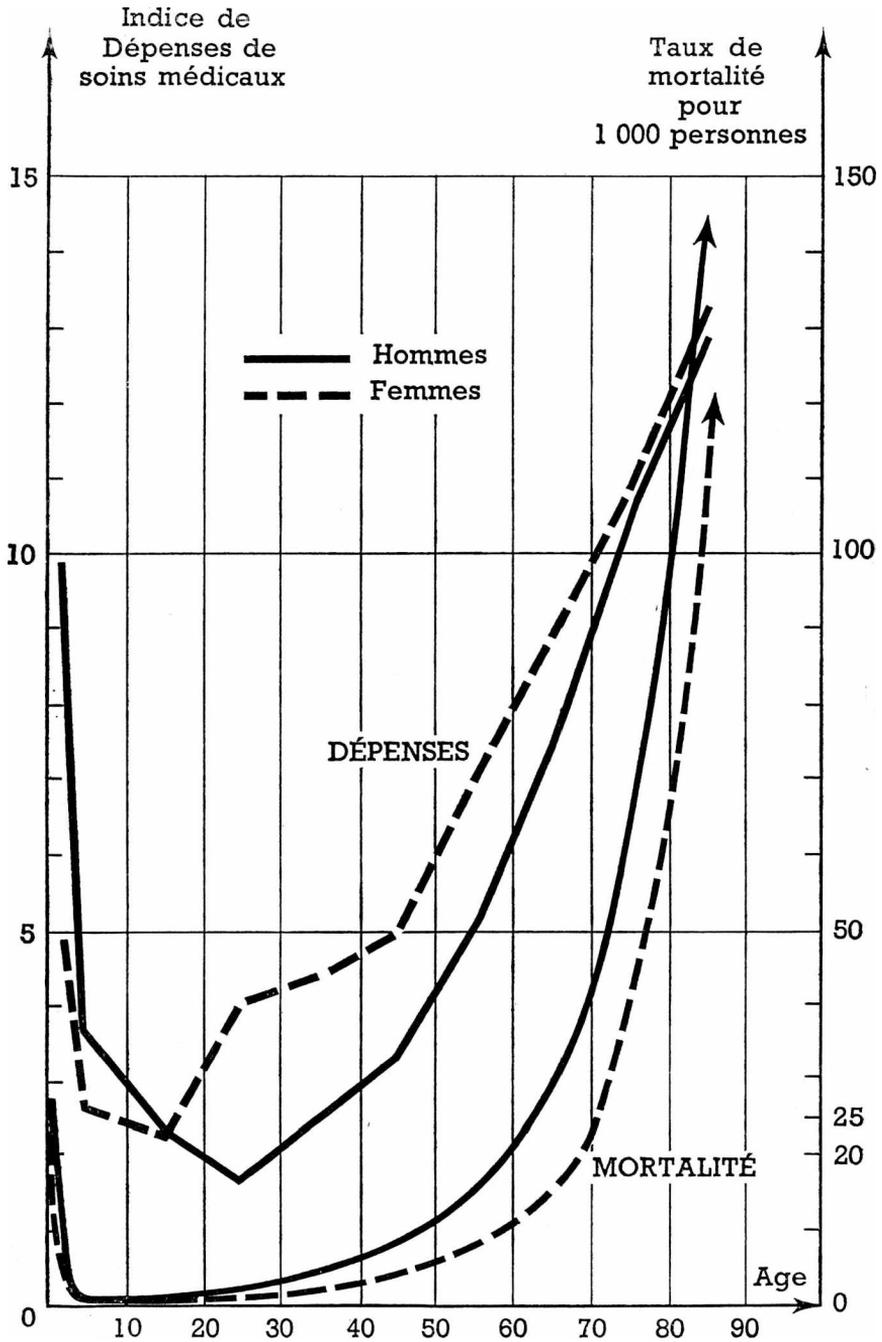
(4) Cf. Réf. : [18] [24] [34] [44] [52 II, III].

(5) Cf. Réf. : [41].

(6) Cf. Réf. : [4] [9] [18] [24] [25] [29] [52 II].

## GRAPHIQUE 2

Mortalité et consommations d'actes médicaux selon le sexe et l'âge



celui des variables que l'on a étudié au paragraphe précédent : ils déterminent des différences de consommation de soins médicaux allant du simple au double environ.

— La **catégorie socio-professionnelle**, essentiellement définie par la profession paraît être le caractère qui a le plus d'influence : les variations extrêmes étant du simple au double. Ce sont essentiellement les populations à activités agricoles (ouvriers et exploitants) qui consomment le moins de soins médicaux. Les ouvriers de l'industrie et du commerce occupent une position moyenne. Il n'y a pas de grandes différences de comportement entre les employés, cadres moyens, cadres supérieurs, professions libérales et professions indépendantes.

— Le **lieu d'habitat**, rural ou urbain dans une petite ou une grande agglomération, a moins d'effet qu'on aurait pu le supposer ; les habitants de la région de Paris consomment 70 % de plus que ceux des communes rurales.

— Le **niveau d'instruction**, défini par le nombre d'années d'études, ne semble pas avoir d'effet plus important.

— Le **nombre de personnes** vivant au foyer a une influence très marquée à laquelle on ne s'attendait pas : les membres des ménages de 2 personnes consomment deux fois plus de soins médicaux que les membres de familles de 5 à 9 personnes.

On doit cependant faire deux importantes critiques à ces analyses.

En premier lieu les variables étudiées (1) sont souvent étroitement corrélées et le sont aussi avec les variables économiques que l'on considérera au paragraphe suivant : par exemple, les petits exploitants agricoles habitent en milieu rural, ont un faible niveau d'instruction, ont une famille plus nombreuse, de bas revenus, et n'étaient pas assurés sociaux. Lorsque les sous-échantillons des enquêtes ne sont pas assez importants pour être analysés **selon toutes** ces variables simultanément (2), il est très difficile de discerner l'action propre de chacune d'elle. Mais si l'on n'étudie qu'une variable à la fois on a tendance à lui attribuer une influence qui, en fait, superpose l'effet de plusieurs variables corrélées. C'est la critique que l'on peut faire aux résultats indiqués ci-dessus.

La deuxième critique est plus grave (3). Il est vraisemblable que les variables que nous observons ne sont pas les variables explicatives fondamentales, mais seulement des variables plus ou moins corrélées avec elles. L'effet de la taille du ménage suggère des hypothèses sur ces facteurs premiers. On a vu aussi que le comportement des **femmes** apparaissait différent de celui des hommes ; les études effectuées sur chaque variable le confirment. On observe également que les **vieillards** ont un comportement caractérisé par une sous-consommation de soins médicaux et, qu'au contraire, la consommation des **jeunes enfants** semble, à morbidité égale, beaucoup plus forte. (Cf. graphique 2). Évoquons simplement des variables qui pourraient être plus réellement explicatives :

— l'**attention** portée à sa santé, ou portée par l'entourage à la santé de ses proches(4). Elle expliquerait les soins attentifs aux jeunes enfants, mais

---

(1) Naturellement, dans ces analyses il faut, au départ, éliminer l'action prédominante de l'âge et du sexe.

(2) Des tentatives dans ce sens ont été poussées au maximum dans nos analyses de l'enquête Française de 1960 : Cf. Réf. : [25].

(3) En effet pour y faire face, il ne suffit pas d'accroître l'importance des échantillons et la dimension des tableaux d'exploitation, il faut changer les types de questionnaires et les méthodes d'observation.

(4) Cette **attention** pouvant témoigner aussi bien d'un esprit raisonnable que d'un esprit névrotique, les attitudes extrêmes vis-à-vis des soins médicaux sont en effet : d'une part une négligence coupable vis-à-vis de soi-même, de ses enfants ou de ses proches ; d'autre part une véritable obsession psychopathique.

la diminution de cette attention dans des familles nombreuses ; la négligence des hommes, toujours plus marquée que celle des femmes ; la négligence des vieillards, par leur entourage, par les médecins ou par eux-mêmes.

— **l'information** sur les possibilités de la médecine et l'opportunité d'y faire appel. Cette information peut être aujourd'hui assez distincte de l'instruction compte tenu des moyens de diffusion que représentent la presse, le livre, la radiodiffusion. Elle expliquerait les différences entre catégories socio-professionnelles, entre populations, urbaines et rurales ; un « effet de génération » qui conduirait les vieillards à ne demander à la médecine que ce qu'elle pouvait leur apporter il y a 30 ans, lors de leur maturité.

— **le temps disponible** pour recourir aux moins médicaux. Nous avons souligné en effet que, s'agissant d'un « service », ils impliquent la présence simultanée du producteur et du consommateur. Or l'organisation des services de soins est actuellement telle qu'elle entraîne souvent pour le « client » des pertes de temps, en déplacement et en attente, prohibitives par rapport à des exigences impératives de l'emploi de son temps. Ces contraintes pourraient peut-être expliquer les consommations relativement faibles de certaines professions indépendantes et libérales, et également des membres des familles nombreuses.

Concrètement il pourra être difficile d'observer et mesurer correctement de telles caractéristiques des personnes.

Une autre variable joue certainement un rôle essentiel et se trouve corrélée avec certaines variables caractéristiques des individus, en particulier l'habitat et la profession : c'est la disponibilité et la proximité des services et équipements médicaux. On est alors conduit, à tort, à attribuer à des comportements particuliers de certaines catégories de population, des caractéristiques de la consommation qui, en fait, sont déterminées par les **conditions d'offre** (Cf. § 2.2.).

### 2.1.3. Les facteurs économiques

Les facteurs spécifiquement économiques qui conditionnent la demande se limitent évidemment à deux : les ressources des particuliers — grâce auxquelles ils peuvent faire face à leurs désirs — et les prix — qu'ils doivent accepter pour les satisfaire.

L'effet du revenu sur le niveau de consommation de soins médicaux semble faible, bien que les mesures des élasticité-revenu des dépenses médicales apportent des résultats quelque peu contradictoires selon les enquêtes <sup>(1)</sup> s'échelonnant de 0,06 à 0,70 <sup>(2)</sup>. Le chiffre le plus bas est celui qui a été trouvé à partir de l'enquête française de 1960. En tout état de cause ces élasticités sont faibles ou très faibles. On doit faire quatre remarques sur l'influence du revenu.

(1) Plusieurs raisons peuvent expliquer ces divergences.

— La bonne observation des consommations médicales est difficile : les soins médicaux sont épisodiques et les paiements, qui ne sont pas toujours effectués au même moment, sont souvent difficiles à saisir et enregistrer.

— Dans l'analyse des résultats il n'est pas facile d'éliminer l'effet, beaucoup plus fort, de l'âge qui est en partie corrélé avec le revenu, selon un certain profil de carrière pour ce qui concerne le chef de ménage et son épouse, mais de façon plus complexe pour ce qui concerne les enfants.

— Les diverses consommations de services médicaux doivent être étudiées séparément : il est certain que les dépenses de dentiste montrent une élasticité-revenu élevée (1,5 à 2). Elles ne se présentent pas, ou du moins pas encore, comme une consommation à caractère indispensable, donc à élasticité faible. Les études faites sur l'enquête de 1960 (Cf. : [24] [25] [29]) excluent pour cette raison les soins dentaires.

— Par ailleurs, il n'est pas impossible que l'élasticité croisse de nouveau au niveau des hauts revenus dont les sous-échantillons, trop faibles, sont mal observés par nos enquêtes.

(2) Les études américaines donnent les élasticités suivantes : visites : 0,21 (R. Fein). — Visites : 0,62 ; dépenses : 0,56 (P. J. Feldstein). — Dépenses : 0,33 (Gorham). — Dépenses : 0,70 (Stigler).

En premier lieu cette basse élasticité-revenu, qui paraît comparable à celle des aliments de base (1), est bien la marque du caractère indispensable et prioritaire que les individus attribuent aux soins médicaux.

En second lieu, l'élasticité-revenu de soins médicaux n'est pas constante, selon les niveaux de revenu. Elle est sensible au niveau des très bas revenus, pour devenir à peu près nulle dès que le revenu atteint un niveau se situant à la limite de l'indigence (1 750 F par an et par tête, en France dans l'enquête de 1960). C'est dire que les plus pauvres seuls souffriront d'un réel manque de soins. Les moins pauvres feront le sacrifice de ces dépenses de soins, même au détriment de leurs autres besoins.

En troisième lieu les élasticités observées sont nettement différentes selon les services médicaux considérés. Comme il est normal, elles semblent d'autant plus faibles que les soins sont considérés comme plus indispensables. Ainsi les soins dentaires se distinguent nettement de tous les autres soins médicaux : leur élasticité est élevée (de 1,5 à 2). Peut-être en est-il de même d'autres soins qui apparaissent encore comme du « luxe » : chirurgie esthétique, massages, etc. A l'opposé les dépenses de produits pharmaceutiques semblent montrer l'élasticité la plus faible, sinon nulle ou négative : le médicament, agent du traitement et de la guérison, est considéré comme le bien dont on ne peut se priver.

En quatrième lieu l'élasticité-revenu des dépenses médicales semble avoir diminué au cours des temps. Les enquêtes françaises ne sont pas assez anciennes pour mettre ce phénomène en évidence, surtout sur une population dont une proportion de plus en plus forte est assurée sociale ; mais les enquêtes américaines menées depuis 1928, le laissent apparaître nettement (2) : l'élasticité-revenu passant de 0,90, environ, en 1928-1931 à 0,25 environ en 1962. La notion d'un faible effet du revenu sur les consommations de soins médicaux est souvent difficilement acceptée, et les observations semblent heurter des conceptions couramment admises, basées, sinon sur des enquêtes, du moins sur une expérience commune. Cette opinion pouvait ne pas être sans fondement il y a 40 ans, peut-être même il y a 20 ans. Les administrateurs doivent cependant prendre conscience de cette évolution du comportement. Si l'on veut en donner une explication, il faut sans doute la chercher dans l'effet du progrès technique. Remontant à une époque nettement différente, nous voyons qu'au XVII<sup>e</sup> siècle, le médecin de Molière, à peu près totalement inefficace, sauf comme confident et soutien moral, pouvait à juste titre être considéré comme un « luxe » ; aujourd'hui le médecin, qui peut guérir, est considéré comme un recours indispensable dont on serait même coupable de se priver. Le plus important de cette transformation s'est fait entre 1930 et 1950.

**L'effet des prix** peut être envisagé sous divers aspects. Nous nous bornerons à considérer ici le plus essentiel. C'est en effet sous la forme d'un effet de prix que peut être envisagé **l'effet des systèmes de protection sociale**. Certes, dans le cas où l'assurance sociale rembourse une dépense faite par l'assuré il serait plus correct, d'un strict point de vue comptable, de considérer que cette opération aboutit à un accroissement

---

(1) Rappels comment se situent les élasticités-revenu (résultats d'enquêtes françaises) :

- On n'observe d'élasticité négative que pour le pain, le lait, les graisses végétales, le sucre.
- L'élasticité n'est inférieure à 0,30 que pour les légumes secs et l'huile.
- Les élasticités des principaux autres groupes de biens et services sont : habillement 1,35, logement 1,45, soins de toilette et hygiène 1,95, culture et loisirs 1,65.
- Pour les biens et services en expansion « technique » rapide, s'apparentant de ce fait à la médecine, les élasticités atteignent : 2,35 pour les appareils ménagers, 2,50 pour les équipements de loisirs, 3,15 pour les dépenses de vacances, 3,74 pour l'automobile.

(2) Cf. Réf. : [31].

des « ressources », du revenu du ménage. En fait même dans ce cas, le remboursement, très spécifiquement lié au paiement d'un service ou d'un bien défini, apparaît plutôt comme une diminution du **prix** de ce service ou bien. A fortiori en est-il ainsi lorsque le service est fourni gratuitement ou à des prix très réduits par un service public, ou privé à but non lucratif.

Il est donc évident que le meilleur moyen d'apprécier l'effet des systèmes d'assurance sociale est de mesurer les élasticités-prix dans les conditions de disparité de ces prix qu'entraînent des différences de taux de couverture des dépenses ou des modifications des « tarifs de responsabilité ». Dans la pratique de telles mesures sont difficiles. D'une part parce que les taux de remboursement sont souvent spécifiques d'un type de soin ou d'un type de maladie et non de catégories de populations dont on pourrait étudier comparativement les sous-échantillons. D'autre part parce qu'on ne dispose plus guère d'échantillon de population non assurée. Enfin parce que les autres variables influant sur le comportement vis-à-vis des soins médicaux ont un effet plus fort : ainsi en France la seule population bénéficiant d'une médecine totalement gratuite, celle des mineurs, a un comportement proche de celui des catégories sociales en retard comme les agriculteurs, et des consommations médicales inférieures à celles des ouvriers assurés sociaux et même des commerçants non assurés.

Du moins ces difficultés prouvent-elles que l'effet du prix, en général et l'effet de l'assurance, en particulier, est assez faible puisqu'il est à la limite des faits observables. Ce n'est que dans des conditions particulièrement extrêmes qu'il nous a été donné de discerner l'action de ce facteur. En effet les responsables politiques et les administrateurs, qui doivent percevoir inconsciemment cette faible action des prix bien qu'ils y attachent en apparence une grande importance, se permettent avec une désinvolture extraordinaire des modifications de tarifs qui aboutissent à des variations de prix comme on en observe dans aucun secteur de l'économie <sup>(1)</sup>. C'est ainsi que nous avons pu étudier de très près en 1959 l'effet d'un accroissement de 300 % du prix, pour les malades, des examens radiologiques <sup>(2)</sup>. La réduction de la consommation perceptible mais faible, permettait d'estimer l'élasticité-prix à 0,10, valeur à peu près négligeable. En fait, on ne pouvait même pas considérer qu'il s'agissait d'un véritable effet de prix, car l'action ne fut que très passagère, un rebond de la consommation s'étant produit au bout de 6 mois, bien avant que les prix soient ramenés à leur niveau antérieur. L'effet pouvait donc être considéré comme un effet psychologique beaucoup plus qu'économique.

De l'ensemble des faits observés on est obligé de conclure que la prise en charge des dépenses de soins médicaux par des Assurances ou les Pouvoirs Publics ne modifie ni de façon très importante ni de façon très rapide <sup>(3)</sup> le comportement qu'ont aujourd'hui les individus vis-à-vis des soins médicaux. On ne peut naturellement en conclure que dans le passé, et dans des conditions toutes différentes de niveau de vie des populations et de possibilités techniques de la médecine, l'institution des Assurances Sociales n'a pas joué un rôle très important dans le développement des soins médicaux.

---

(1) Il est clair en effet qu'une diminution du taux de remboursement des dépenses médicales de 80 % à 70 % par exemple, correspond, pour le malade, à un accroissement du prix à sa charge de 50 %.

(2) Cf. Réf. : [29]. Le tarif de responsabilité de l'A.S. fut abaissé brusquement au 1-1-1959 de 2,38 F à 1,60 F. Ce qui aboutissait à une augmentation de prix de 300 % pour les usagers, compte tenu de la proportion des malades remboursés à 80 % ou 100 %, et des prix réels qui ont été maintenus par les radiologues.

(3) Une étude en cours suit le développement des dépenses de soins médicaux des agriculteurs français. Leurs dépenses ont été observées par l'enquête de 1960, avant l'institution de leur régime d'assurance sociale en 1962. Les premiers résultats (Cf. Réf. : [30]) sur les données de 1964 montrent, en tout cas, que la modification de leur comportement est lente. Au rythme observé il ne rattraperait le niveau de soins médicaux des ouvriers qu'en 20 ou 30 ans.

## 2.2. LA PRODUCTION DE SOINS MÉDICAUX

L'analyse micro-économique des conditions d'offre de soins médicaux est encore peu avancée. Nous en avons évoqué les raisons dès le paragraphe 1.2. Les « entreprises médicales », soit parce qu'elles sont artisanales (cabinets de médecins) (1) soit parce qu'elles sont de type administratif (hôpitaux) soit parce que leurs autorités de tutelle (collectivités ou ministères) sont peu orientées vers les problèmes de gestion économique, n'ont guère fait d'études sur les points essentiels que représente : l'étude de leur marché ; l'établissement de comptes fonctionnels permettant l'analyse des prix de revient, des fonctions de production, de la productivité ; les calculs et choix des investissements ; les réseaux optimum d'implantation ; etc.

Nous nous contenterons donc de souligner quelques points qui semblent importants, passant en revue les principaux éléments caractérisant l'offre de ces services : les possibilités techniques et leur évolution ; la combinaison des facteurs de production ; le réseau de distribution ; la productivité, la qualité et les prix.

### 2.2.1. Le progrès technique

Le progrès de la connaissance scientifique et des techniques d'examen et de soins est l'**élément moteur principal** du développement de ce secteur économique. On doit souligner ce point capital : en fait, la médecine n'a que 25 ans, comme les transports aériens ou les matières plastiques. Toute faute d'appréciation sur ce point conduit à une méconnaissance totale des réalités.

Malheureusement en aucun domaine de l'économie on ne sait encore très bien analyser et prévoir le processus du progrès technique, de l'entraînement de la demande qu'il induit, des effets de feed-back qui se développent alors. Dans le domaine médical cette étude est particulièrement difficile, en raison du nombre considérable de nouveautés techniques apparaissant chaque année, aussi bien en ce qui concerne les méthodes d'examen chimiques, biologiques, microscopiques, isotopiques, endoscopiques, radiologiques, électriques, que les méthodes de traitement, les produits pharmaceutiques, les techniques chirurgicales, etc., et dans des domaines aussi divers que la rhumatologie, la chirurgie esthétique, la cancérologie, la psychiatrie ou la stomatologie. Par ailleurs le passage du stade du laboratoire à celui de la recherche clinique, à l'application pilote dans les hôpitaux universitaires, puis à la diffusion générale, est souvent extrêmement rapide, surtout lorsqu'il s'agit de traitement pharmaceutique. Il n'est en général freiné, dans les autres cas, que par le manque de personnel spécialisé ou la lenteur des investissements. En effet il est moralement impossible de freiner cette diffusion : on pourrait à la rigueur s'efforcer de retarder la mise en service des avions supersoniques ou de la télévision en couleurs ; on ne peut refuser à des malades le bénéfice de techniques nouvelles qui sauveront leur vie.

Peu d'études précises ont été faites sur ces phénomènes de diffusion. On s'est parfois préoccupé des problèmes de développements futurs posés par l'apparition de techniques nouvelles telles que la dialyse périodique des insuffisants rénaux chroniques, la réanimation cardiaque, les cœurs

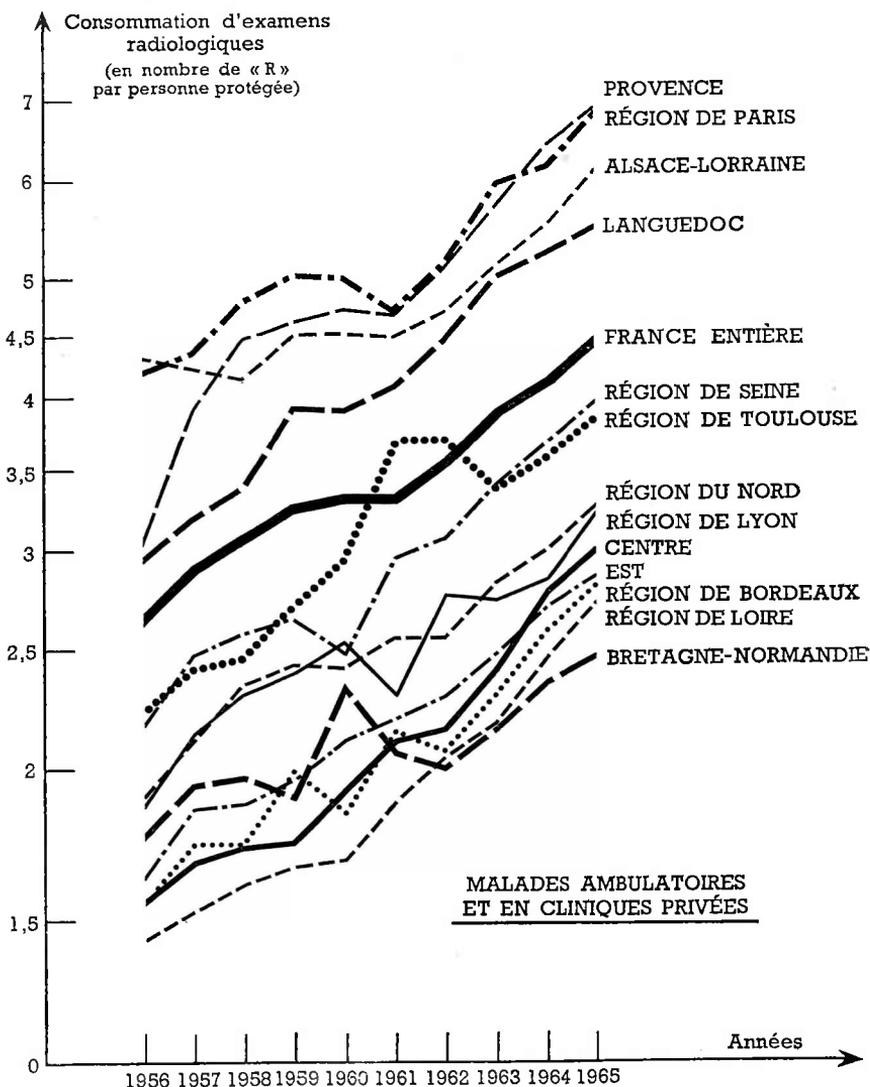
---

(1) A l'initiative et avec l'aide de la Confédération des Syndicats Médicaux Français, nous avons réalisé en 1967 et 1968 une enquête auprès d'un échantillon de 400 cabinets médicaux. Elle est actuellement en cours d'exploitation. Elle permettra sans doute d'étudier correctement les activités, les comptes d'exploitation et d'investissements.

artificiels... (1). On ne dispose malheureusement pas de nombreuses études rétrospectives permettant d'analyser des faits « observés ». Dans le cas d'une technique qui constitue déjà un très vaste ensemble : les examens radiologiques, le graphique 3 montre comment ils se développent en France (2). Il ne s'agit pas véritablement d'une étude micro-économique,

**GRAPHIQUE 3**

**Évolutions régionales de la consommation radiologique en France**  
(Personnes protégées par le Régime Général d'Assurances Sociales)



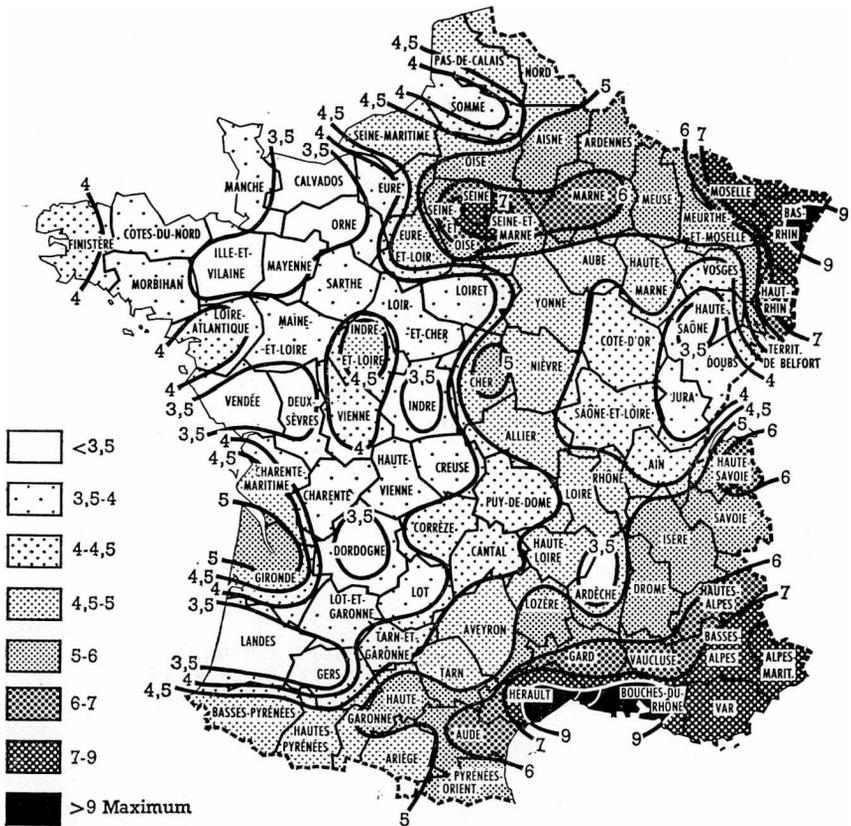
(1) Cf. Réf. : [39] [51].

(2) Cf. Réf. : [49] [50].

les unités statistiques de bases étant les 90 départements français (cf. graphique 4). Notons que la consommation d'examens radiologiques est en 1966 plus de 20 fois supérieure à celle de 1938. On remarquera : que les taux de croissance sont sensiblement identiques dans les diverses régions du pays ; que les disparités des niveaux de consommation sont très marquées (de 1 à 4) ; mais que la diffusion dans les régions en retard ne leur permet pas de rejoindre les régions en avance qui progressent aussi rapidement et où ne se manifeste aucun signe de saturation. Sur la carte (graphique 4) on distingue bien que la diffusion technique se fait à partir des pôles que constituent les grands centres universitaires [Paris, Strasbourg, Marseille, Montpellier (1)]. L'étude du développement des examens de laboratoires (2) donne des résultats semblables pour un taux de croissance plus fort encore.

#### GRAPHIQUE 4

Les niveaux de consommation d'actes radiologiques en France  
(Personnes protégées par le Régime Général d'Assurances Sociales 1965).



(1) Lyon, grand centre universitaire, et sa région montrent un type de comportement particulier.  
(2) Cf. Réf. : [46] [47] [53].

Une conclusion importante s'impose. Ce facteur premier qui explique la plus forte part de l'accroissement des consommations de soins médicaux ne dépend que des réussites de la recherche médicale et technologique. Il est totalement indépendant de la volonté des individus, des collectivités, des pouvoirs publics nationaux. Dire qu'il ne dépend que de la recherche médicale américaine serait un peu caricatural, mais assez proche des réalités. Encore engendrerait-il naturellement des croissances beaucoup plus rapides si les U.S.A., et les autres États consacraient aux recherches et technologies biologiques et médicales des moyens comparables à ceux qui sont mis à la disposition de la physique nucléaire, de l'exploration spatiale, ou de la recherche et technologie militaires.

### 2.2.2. Les moyens de production

Face à ce prodigieux développement des connaissances, l'appareil de production se dégage mal de structures et d'organisations archaïques. Le fait que la plupart des développements importants dépendent, comme on le verra (§ 3.1.2., § 4.1.2 et 3), des pouvoirs publics locaux ou nationaux, en fait d'administrateurs ou financiers ayant peu d'expérience de capacité et de goût des grandes entreprises de création et de production, explique en grande partie cet état de fait inquiétant.

Le graphique 5 et sa légende nous dispensent de longs développements sur les structures de cet appareil qui doit fournir trois types de services :

— Des services de consultation pour les malades ambulatoires ou des services d'examen systématiques et prescriptions préventives, pour les personnes apparemment en bonne santé.

— Des services de soins aux malades devant être alités ou placés sous surveillance continue :

— soit à leur domicile (visite),

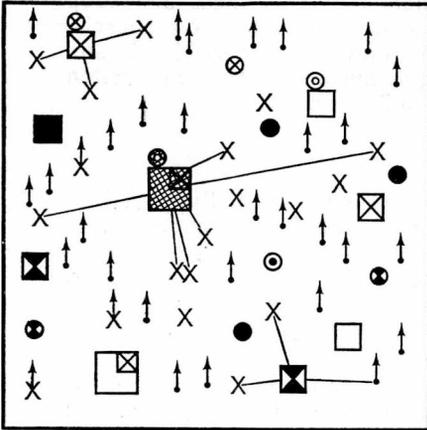
— soit dans un établissement assurant leur hébergement (établissement hospitalier).

Du point de vue de la taille des entreprises, tous les degrés existent, depuis la plus petite entreprise, individuelle de type artisanal comme le cabinet de médecin, jusqu'à la plus gigantesque, telle l'ensemble hospitalier de l'Assistance Publique à Paris, qui gère 30 établissements d'un total de 37 000 lits, occupant un personnel de 45 000 personnes. Certes dans une telle gamme doivent exister nombres d'entreprises se trouvant dans des conditions d'exploitation économique déplorables. Mais ces cas sont difficiles à discerner. L'activité de production des soins médicaux, services souvent très spécialisés, devant être exécutés « sur mesure », « à la demande » de chaque cas de malade, s'accommodent sans doute bien d'une production de type artisanal et la grande entreprise ne doit pas se trouver aussi avantagée qu'un raisonnement économique simpliste pourrait le faire croire. En réalité les quelques études faites sur les cas concrets ne peuvent qu'observer une situation où les organes techniques de gestion restent, ainsi que nous l'avons dit, très insuffisants et peu avancés par rapport à ce qui a pu être réalisé dans la grande industrie (1). Ils se trouvent souvent dépassés dès que la taille atteint un certain niveau (plus de 1 000 lits d'hôpital par exemple). L'incapacité actuelle de ces services de gestion ne doit pas faire accuser les hommes qui en ont la responsabilité. En effet la gestion de grands ensembles hospitaliers est, en fait, beaucoup plus complexe que celle d'une raffinerie de pétrole, d'un supermarché ou d'un grand hôtel, car elle superpose les complexités de ces trois types

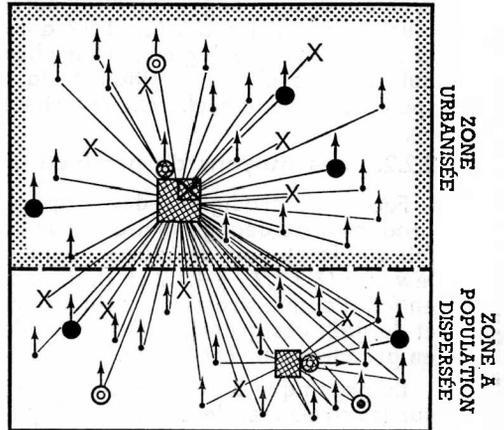
(1) Des études sur le dimensionnement optimal des hôpitaux menées aussi bien en France (AUROC) qu'aux U.S.A. tendent à montrer que la marge de choix reste très large (de 400 à 1 000 lits) et que le gigantisme « ne payerait pas ».

## GRAPHIQUE 5

### L'appareil de production et distribution des soins médicaux



Graphique 5



Graphique 6

Légende :

#### TYPES D'ENTREPRISES

Publiques, ou non lucratives

Privées lucratives

#### Services d'Hospitalisation

<p>▣ Hôpital Universitaire _____</p> <p>□ Etablissement hospitalier polyvalent _____</p> <p>⊠ Etablissement hospitalier spécialisé (Psychiatrie, tuberculose, ... enfants, vieillards, convalescents, de jour... etc..) _____</p>	<p>■ _____</p> <p>⊡ _____</p>
---	-------------------------------

#### Services au domicile du malade

↑ Assure la visite à domicile ou le service d'urgence et de secours ↑

#### Services de consultations pour malades ambulatoires

<p>⊠ (Rattachement à un hôpital ou le praticien participe au diagnostic et au traitement de ses malades hospitalisés) _____</p> <p>⊙ Centre polyvalent (consultations d'hôpital, dispensaire, centre de soins, polyclinique, etc..) _____</p> <p>● Cabinet de groupe (non spécialisé) _____</p> <p>⊗ Centre spécialisé (tuberculose, enfants, etc..) _____</p> <p>⊗ Cabinet de spécialiste isolé (médecin, dentiste, auxiliaire, etc..) _____</p> <p>● Cabinet de généraliste isolé (médecin, auxiliaire, etc..) _____</p>	<p>⊠ _____</p> <p>⊙ _____</p> <p>● _____</p> <p>⊗ _____</p> <p>⊗ _____</p> <p>● _____</p>
--	---

d'entreprises. Elle doit seulement laisser supposer que les économies d'échelle des grands ensembles de soins, qui sont certaines, n'apparaîtront que lorsque leurs techniques de gestion seront à la mesure de cette complexité. Sans doute les progrès de l'automatisation, de l'informatique et de la recherche opérationnelle permettront-ils de franchir ce seuil. La médecine est une des activités qui doit profiter le plus de ces techniques, signe frappant de l'échelle nouvelle à laquelle elle se situe. Mais ce sera certainement au prix d'une période intermédiaire très coûteuse d'investissements d'études et de « gaspillages d'adaptation » ; et à condition qu'on se rende bien compte que le « hardware » le « software » et le « firmware » ne suffisent pas et qu'il faudra beaucoup d'effort intellectuel et d'imagination de la part des médecins et des administrateurs pour créer l'outil de gestion adapté à leurs besoins si particuliers.

Lorsque l'on considère les deux facteurs de production fondamentaux (le personnel, le matériel) (1) on observe que les administrateurs des entreprises médicales, à la fois s'exagèrent le **problème des investissements**, et négligent de le soumettre à un calcul rigoureux. Ce fait provient de ce que les problèmes d'investissements et d'amortissements ne sont pas correctement traités dans les comptabilités hospitalières et que le financement des investissements se fait par des voies trop étrangères à l'entreprise et soumises à des aléas et accidents parfaitement contingents. En réalité les investissements, dans les entreprises médicales, ne représentent en général qu'une **assez modeste charge** (toujours inférieure à 15 % peut-être 10 %) dans l'ensemble des charges d'exploitation. Ils ne devraient pas soulever de difficultés (2) à condition que leurs modalités financières soient plus souple, entre les mains de la direction de l'entreprise : la plus grande possibilité d'ajustement rapide précis étant naturellement fourni par **l'autofinancement**. En effet, la souplesse est ce dont a besoin une industrie aussi évolutive que celle des soins médicaux, soumise aux brusques révolutions de la science et la technologie. Elle doit pouvoir faire face à une constante adaptation, transformation, extension des bâtiments, acquisition et changement de matériels démodés, motivés plus souvent par leur obsolescence que par leur usure.

Par contre le **problème du personnel est le plus vaste, le plus lourd, le plus difficile à résoudre** ; parce que le personnel de haute qualification est le facteur de production essentiel d'une industrie hautement scientifique ; parce que de si étonnants développements n'avaient pas été prévus ; parce que les hommes sont plus longs à produire que les matériels ; parce que les moyens, toujours strictement mesurés de ces entreprises, ne leur permettent pas d'offrir des salaires à la mesure des qualifications et des conditions de travail exigées ; parce qu'elles n'ont pas toujours pu développer les moyens de formation, lorsqu'elles en sont maîtresses (écoles d'infirmières liées aux hôpitaux), ou qu'ils n'ont pas été développés par les autorités responsables (universités). Il n'est que temps de réaliser des institutions d'enseignement à la mesure des besoins futurs.

### 2.2.3. Le réseau de distribution

Les soins médicaux sont des « services ». Ils exigent la présence au même lieu, au même moment, du producteur et du consommateur. Les entreprises médicales assurent en même temps les deux fonctions de production et de **distribution**, qui, lorsqu'il s'agit de biens, sont remplies par deux types différents d'entreprises, de fabrication et de commerce.

(1) Cf. Réf. : [45] [54].

(2) En France, ils soulèvent cependant des difficultés au niveau des budgets de l'État et des Collectivités locales, en raison d'un gigantesque retard à rattraper, très peu d'investissements hospitaliers ayant été réalisés au cours des 50 dernières années, signe supplémentaire d'ailleurs de l'incohérence des plans d'investissements hospitaliers.

Assurer une distribution de façon satisfaisante pour l'usager c'est répondre aux trois exigences fondamentales de cette fonction :

- L'« assortiment », de tous les types de « services » susceptibles d'être demandés.
- La rapidité du « service », satisfaisant les urgences et limitant les attentes.
- La proximité, par rapport à la résidence de l'usager.

L'efficacité avec laquelle sont remplies les deux premières fonctions se mesure par la réduction du **taux de défaillance**, du **temps d'attente**. Ces défaillances seront par exemple : l'absence ou l'inexistence de l'établissement, du matériel ou du spécialiste nécessaire dans un cas donné ; l'absence de place dans un hôpital ; l'intervention chirurgicale urgente trop retardée ; le rendez-vous de consultation trop éloigné, etc. Les moyens de cette efficacité se mesurent en **coût de stockage**. Ici : marge de sécurité des places disponibles ; temps d'inutilisation d'un matériel qui peut être nécessaire de façon urgente mais épisodique (appareil de respiration artificielle, stimulateurs cardiaques...) ou simplement à de longs intervalles (matériel d'examen, analyse ou traitement spécial à des affections rares) ; stockage de produits d'utilisation peu fréquente ; disponibilité de personnel excédentaire capable de faire face à des « pointes » ; disponibilité de spécialistes auxquels on a peu souvent à faire appel, etc.

Quant à la **proximité** du service elle se mesure naturellement en réduction du **coût des moyens et temps de transport** de l'usager (1). Et son coût se mesure lui aussi en **coût de stockage** : car plus on désirera tenir un grand assortiment, rapidement à la disposition des malades et près d'eux, plus les coûts de stockage évoqués au précédent paragraphe s'élèveront.

Certes il n'est pas facile de définir un optimum face à ces critères de satisfactions et de coûts contradictoires. Nous reviendrons sur ce point (cf. § 4.1.2).

## 2.2.4. La productivité, la qualité et les prix

Une fois de plus nous devons déplorer l'absence d'études précises, suivies et nombreuses sur ces points.

On a pu dire qu'aucune mesure directe de l'évolution de la productivité dans les entreprises médicales, n'avait encore été faite dans le monde (2). Ainsi, on ne dispose que de mesures indirectes, faites au niveau macro-économique, de l'évolution de la productivité des médecins. Les résultats qu'elles donnent aux U.S.A. et en France sont assez concordants (3). Mais, superposant en réalité les effets de l'évolution réelle de la productivité à des accroissements de temps de travail, diminutions de qualité, distorsions des prix et des nomenclatures d'actes médicaux, ces résultats ne peuvent être utilisés sans méfiance. Nous venons de disposer récemment d'une première mesure directe de la productivité des médecins, dans un hôpital, elle doit encore être soumise à critique (4). Elle semble

(1) Cf. Réf. : [22].

(2) Pr H. E. Klarman. A un symposium de l'O.M.S. à Budapest (15/19 octobre 1968).

(3) Cf. Réf. : [58].

En France : sur 1961-1966 : taux d'accroissement annuel de 3,3 % pour les généralistes, de 3,4 % pour les spécialistes.

— Aux U.S.A. : les études de plusieurs auteurs, sur diverses périodes donnent des taux d'accroissement dont la plupart se situent entre 2,9 et 3,6 % par an.

(4) Cf. Réf. : [54].

montrer qu'en 10 ans aucun gain de productivité ne s'observe. On doit craindre en effet, et c'est le point de vue économique général, que dans ce secteur de production comme dans tous les secteurs de « services », les accroissements de productivité soient faibles.

Il faut bien préciser naturellement que l'accroissement de productivité entendu dans sa conception simple d'un premier degré, permet de fournir le **même service** élémentaire à un **coût plus faible**. Il existe un deuxième degré plus général qui se situe au niveau physiologique et psycho-sociologique de la satisfaction du besoin exprimé par l'homme. En médecine, comme en d'autres domaines, l'apparition de techniques totalement nouvelles permet de mieux répondre aux objectifs que l'on souhaite, par exemple de guérir des maladies autrefois incurables. Mais il s'agit là d'un **service nouveau**, qui, le plus souvent, sera d'un **coût plus élevé**. Certes on pourra donner beaucoup plus, mais en général pour beaucoup plus cher. Ce n'est pas le bénéfice de la diminution de coût, de la diminution des effectifs de personnel, etc... que l'on calcule d'ordinaire à partir des espoirs de productivité accrue.

Nous parlions là déjà de la **qualité**. Ce problème se présente dans la médecine de façon particulière. La médecine en effet ne vise pas une qualité égale jugée suffisante — comme celle des réfrigérateurs, de l'image T.V., ou du confort des avions — à coût plus bas. Elle vise la meilleure qualité possible quel que soit le prix, car rien n'est suffisant pour remplir son objectif, retarder l'invalidité, c'est-à-dire la vieillesse, et retarder la mort.

En face de cet objectif de qualité, et des espoirs limités que l'on peut fonder sur les accroissements de productivité, comment envisager l'évolution des prix. Ils baisseront chaque fois qu'il s'agit de produits (pharmacie) ou de biens (matériels d'équipement) à condition que l'on sache faire des plans de production de masse et de série de ces produits et matériels. Ils s'accroîtront sans doute (à prix relatifs) quand il s'agira du coût du personnel, ou du coût de l'ensemble des soins médicaux dans lesquels les coûts de personnel ont une part prédominante.

Quant à la recherche de structure d'entreprises assurant les prix de revient minimum, selon les connaissances que l'on peut en avoir et qui ont été évoqués au § 2.2.2., elle ne doit pas nous laisser entraîner à trop d'espoir ; qu'elles soient petites ou gigantesques, publiques ou privées, à but lucratif ou non, il sera sans doute difficile d'aboutir à des conditions d'exploitation entraînant de fortes différences de prix de revient « à service égal ».

(à suivre)

## ANNEXE

### Références

- [1] G. RÖSCH, « Les dépenses médicales en France de 1950 à 1955 », **La Semaine des Hôpitaux de Paris**, n° 36-37 octobre 1967 ; **Annales du CREDOC** n° 1, 1957 ; **Revue de la Sécurité Sociale** n° 82, juillet-août 1957.
- [2] H. PEQUIGNOT, G. ROSCH, J. VORANGER, « Remarques sur le coût du petit risque », **Revue d'hygiène et de médecine sociale**, tome 5, n° 5, 1957, pp. 450-466.
- [3] G. ROSCH, « Perspectives de la médecine française en 1965 », **Le Concours Médical**, n° 1, janvier 1958, pp. 67-82.
- [4] G. ROSCH, « La consommation médicale des ménages d'après l'enquête de 1956 », **Consommation**, n° 3, juillet-septembre 1958, pp. 87-95.
- [5] G. ROSCH, « Les dépenses médicales en 1956 », **Consommation**, n° 3 juillet-septembre 1958, pp. 47-83.
- [6] A. VESSEREAU, « Étude régionale des consommations pharmaceutiques », **Consommation**, n° 1, janvier-mars 1959, pp. 65-79.
- [7] M. MAGDELAINE, « Technique d'étude de la fonction hospitalière », **Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale**, 1959, Thèse de Médecine, M. MAGDELAINE, Paris, 1958.
- [8] A. VESSEREAU, « Les dépenses médicales selon les départements et les régimes de Sécurité Sociale », Rapport ronéoté à tirage limité, CREDOC, 1959.
- [9] M. CHASSERANT, M. MAGDELAINE, G. RÖSCH, « Compte rendu d'une enquête pilote sur la consommation médicale », Rapport ronéoté à tirage limité, CREDOC, 1959.
- [10] M. CHASSERANT, G. ROSCH, A. VESSEREAU, « Problème d'économie médicale, L'évolution des dépenses médicales » ; « La consommation médicale des ménages d'après l'enquête de 1956 sur les budgets familiaux » ; « Étude régionale des consommations médicales dans les régimes de Sécurité Sociale » ; « Analyse régionale des facteurs de la consommation pharmaceutique » ; « La consommation radiologique » ; « Quelques données démographiques sur les assurés sociaux » ; « Les effectifs et la répartition des médecins actifs. **Notes et documents**, n°1, 1<sup>er</sup> trimestre 1960, Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale.
- [11] A. VESSEREAU, « Structure de la consommation médicale des assurés sociaux selon les régimes et selon les départements », Rapport ronéoté à tirage limité, CREDOC, 1960.
- [12] G. ROSCH, A. VESSEREAU, « Équipements sanitaires (Marseille) », Rapport ronéoté à tirage limité CREDOC, 1960.
- [13] G. RÖSCH, A. VESSEREAU, « Équipements sanitaires (Grenoble) », Rapport ronéoté à tirage limité. CREDOC, 1960.
- [14] G. ROSCH, « A propos du prix de la vie humaine ; De quelques prolongements et ramifications en divers domaines », **Revue Française de Recherche Opérationnelle**, pp. 125-139, n° 19, 1961.
- [15] G. RÖSCH, « La consommation médicale », **Revue Économique**, n° 2, 1961.
- [16] C. et M. MAGDELAINE, H. PEQUIGNOT, « Enquête longitudinale sur le devenir des malades hospitalisés dans un service parisien de médecine générale », **Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale**, n° 8, tome 9, 1961. Thèse de médecine, C. MAGDELAINE, Paris, 1961.
- [17] G. RÖSCH, « Les équipements sanitaires : Aix-en-Provence et étang de Berre », Rapport ronéoté à tirage limité, CREDOC, 1961.
- [18] M. MAGDELAINE, J. M. REMPP, G. ROSCH, « Une enquête par sondage sur la consommation médicale », **Consommation**, n° 1, janvier-mars 1962, pp. 3-84.
- [19] G. RÖSCH, « Quelques problèmes économiques posés par la Sécurité Sociale », **Cahiers Laennec**, septembre 1962.
- [20] M. MAGDELAINE, H. PEQUIGNOT, G. ROSCH, J. ROSS, « La morbidité étudiée dans une enquête sur la consommation médicale », **Revue d'Hygiène et de Médecine Sociale**, tome 21, n° 8, 1963, pp. 709-738.
- [21] J. ROSS, « Renseignements obtenus sur la morbidité au cours d'une enquête de consommation », **Thèse de Médecine**, Paris, 1963.
- [22] A. et A. MIZRAHI, G. ROSCH, « Les champs d'action hospitaliers », **Consommation**, n° 3, juillet-septembre 1963.
- [23] CABANNES, G. RÖSCH, S. SANDIER, Perspectives de la consommation médicale en 1970, Rapport ronéoté à tirage limité, CREDOC, 1963.
- [24] A. et A. MIZRAHI, « Un modèle des dépenses médicales appliqué aux données d'une enquête », **Consommation**, n° 1, janvier-mars 1964.
- [25] A. et A. MIZRAHI, « Un modèle des dépenses médicales (Effets simultanés de deux ou plusieurs caractères socio-économiques) », **Consommation**, n° 1, janvier-mars 1965.
- [26] M. et C. MAGDELAINE, J. L. PORTOS, L. FRAIMAN, « La consommation pharmaceutique des Français », Rapport ronéoté à tirage limité, CREDOC, 1964. Thèse de Médecine, L. FRAIMAN, Paris, 1965.

- [27] M. MAGDELAINE, H. PEQUIGNOT, G. ROSCH, « Un modèle mathématique de la consommation de soins médicaux », *Presse Médicale*, n° 22, 1<sup>er</sup> mai 1965.
- [28] M. C. MONTIN, G. RÖSCH, S. SANDIER, « Les perspectives d'évolution du corps médical de 1965 à 1980 », Rapport ronéoté à tirage limité, CREDOC, 1965.
- [29] S. SANDIER, « L'influence des facteurs économiques sur la consommation médicale », *Consommation* n° 2, 1966.
- [30] L. KARAIMSKY, « L'influence de la Sécurité Sociale sur les dépenses médicales des exploitants agricoles », *Consommation* n° 2, 1966.
- [31] J. L. PORTOS, « Les soins médicaux et les revenus des ménages aux U.S.A. — Tendances sur 30 ans », *Consommation*, n° 2, 1966.
- [32] G. RÖSCH, « Quelques problèmes posés par l'analyse des coûts et avantages des actions sociales », **Rapport n°7 de l'Institut de Recherche des Nations-Unis pour le Développement Social** : Analyse des coûts et rendements des projets sociaux, Genève, avril 1966.
- [33] S. SANDIER, « La consommation des actes chirurgicaux et de spécialistes (cotés en « K ») par les personnes protégées par le Régime Général de Sécurité Sociale », Rapport ronéoté à tirage limité, CREDOC, 1966.
- [34] M. et C. MAGDELAINE, J. L. PORTOS, « La consommation pharmaceutique des Français », *Consommation*, n° 3, juillet-septembre 1966.
- [35] G. ROSCH, « Les possibilités de la Recherche Opérationnelle dans le domaine de la santé », **Bulletin de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale**, n° 5, 1966.
- [36] S. SANDIER, « La consommation de consultations et de visites par les personnes protégées du Régime Général de Sécurité Sociale », Rapport ronéoté à tirage limité, CREDOC, 1966.
- [37] A. FOULON, « Les effectifs des médecins libéraux et leur évolution (statistiques fiscales) », Rapport ronéoté à tirage limité, CREDOC, 1966.
- [38] G. RÖSCH, « Aspects économiques d'un droit à la santé », *Cahiers Laënnec*, mars 1967.
- [39] G. RÖSCH, « Le problème économique de la dialyse périodique chez les insuffisants rénaux chroniques », Numéro spécial, **Colloques de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale**, n° 1, avril 1967.
- [40] S. SANDIER, « Influence de la structure par âge dans les départements sur leur consommation médicale », Rapport ronéoté à tirage limité, CREDOC, septembre 1967.
- [41] G. ROSCH, « L'évolution des besoins médicaux et le développement souhaitable des moyens de soins », Rapport ronéoté à tirage limité, CREDOC, octobre 1967.
- [42] M. MAGDELAINE, A. et A. MIZRAHI, G. ROSCH, « Un indicateur de morbidité appliqué aux données d'une enquête sur la consommation médicale », *Consommation*, n° 2, avril-juin 1967.
- [43] G. ROSCH, E. SALEMBIEN, « Les perspectives d'effectifs de médecins en 1975 », **Actes de la Société de Démographie Médicale, Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale**, n° 2, avril-juin 1968.
- [44] H. PEQUIGNOT, G. RÖSCH, A. et A. MIZRAHI, « Le médecin et les vieillards », **Le Concours médical**, numéro spécial, 1<sup>er</sup> janvier 1968.
- [45] A. GEORGE « Analyse économique des conditions de fonctionnement d'un hôpital — Le centre médico-chirurgical Foch de Suresnes (1<sup>re</sup> partie) » Rapport ronéoté à tirage limité, CREDOC-GEEM, février 1968.
- [46] S. SANDIER, « La consommation d'analyses médicales, évolution et étude régionale », *Revue de la Sécurité Sociale*, novembre 1967, n° 193.
- [47] S. SANDIER, « Structures de la consommation médicale selon les différents types d'actes », Rapport ronéoté à tirage limité, CREDOC, mars 1968.
- [48] A. FOULON, « Les recettes professionnelles et les revenus des médecins libéraux d'après les sources fiscales en 1962, évolution 1959-1965 », rapport ronéoté à tirage limité, CREDOC, mars 1968.
- [49] S. SANDIER, « La consommation radiologique », *Revue de la Sécurité Sociale*, n° 196, mars 1968.
- [50] S. SANDIER, « Le développement de la radiologie, exemple de diffusion d'une technique et d'une consommation », *Consommation*, n° 4, octobre-décembre 1967.
- [51] G. ROSCH, « Les problèmes économiques posés par le développement de la réanimation cardiaque » Numéro spécial « **Colloque de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale** n° 4.
- [52] C. GUILLOT, A. et A. MIZRAHI, G. RÖSCH, VILLENEUVE. Enquête pilote 1965-1966.  
I. Fascicule 1 : résultats méthodologiques.  
II. Fascicule 2 : facteurs conditionnant la consommation médicale.  
III. Fascicule 3 : la morbidité et ses relations avec le recours aux soins.  
Rapports ronéotés à tirage limité, CREDOC, décembre 1968.
- [53] S. SANDIER, « Quelques données sur la production et la consommation d'actes médicaux (Structures, chiffre d'affaires, évolution, prix) ». Rapport ronéoté à tirage limité, CREDOC, 1969.
- [54] A. GEORGE, « Analyse économique du fonctionnement d'un hôpital (2<sup>e</sup> partie). »
- [55] A. FOULON, : « Les comptes économiques des hôpitaux publics, 1961-1964. » Tomes 1 et 2.
- [56] A. FOULON, « Les comptes économiques du secteur médical ».
- [57] L. KARAIMSKY, « La consommation de soins médicaux en France de 1950 à 1967 ».
- [58] B. COUDER, G. ROSCH, « Situation évolution et perspectives des effectifs de médecins en France, dans les pays d'Europe et aux U.S.A. » **Actes de la Société de Démographie Médicale, Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale**.