

Le Centre de Recherches et de Documentation sur la Consommation, association à but non lucratif régie par la loi de 1901, est un organisme scientifique fonctionnant sous la tutelle du Commissariat Général du Plan d'Équipement et de la Productivité. Son Conseil d'Administration est présidé par M. Jacques DUMONTIER, Directeur de la Statistique Générale à l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Ses travaux sont orientés par un Conseil Scientifique nommé par le Conseil d'Administration.

Les travaux du C.R.E.D.O.C. se développent dans les cinq lignes suivantes :

- Étude de l'évolution de la consommation globale par produit et par groupe socio-professionnel.
- Analyse du comportement du ménage et économétrie de la demande.
- Établissement de perspectives de consommation à moyen et long termes.
- Méthodologie de l'étude de marchés des biens et services individuels et collectifs.
- Étude du comportement de l'épargnant.

Les résultats de ces travaux sont en général publiés dans la revue trimestrielle « Consommation ».

Exceptionnellement, ils peuvent paraître sous forme d'articles dans d'autres revues françaises ou étrangères ou bien faire l'objet de publications séparées, lorsque leur volume dépasse celui d'un article de revue.

Le Centre de Recherches et de Documentation sur la Consommation peut en outre exécuter des études particulières à la demande d'organismes publics ou privés. Ces études ne font qu'exceptionnellement l'objet de publication et seulement avec l'accord de l'organisme qui en a demandé l'exécution.

Président : Jacques DUMONTIER

Directeur de la Statistique Générale
à l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

Vice-Présidents : R. MERCIER

Directeur Général de la Société d'Études pour le Développement Économique et Social.

Ph. HUET

Directeur Général au Ministère de l'Économie et des Finances, chef de la mission R.C.B

Président du Conseil Scientifique : G. ROTTIER

Directeur Général du Centre d'Études et de Recherches sur l'Aménagement Urbain.

Directeur : E. A. LISLE

Secrétaire Général du Centre de Recherche Économique sur l'Épargne.

Directeur adjoint : G. RÖSCH

*Toute reproduction de textes ou graphiques est autorisée
sous réserve de l'indication de la source.*

COMMISSARIAT GÉNÉRAL DU PLAN D'ÉQUIPEMENT ET DE LA PRODUCTIVITÉ
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES

CENTRE DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION SUR LA CONSOMMATION

45, Boulevard de la Gare — PARIS 13^e

DUNOD

É D I T E U R

92, rue Bonaparte PARIS-6^e

Téléphone : DANton 99-15 C. C. P. PARIS 75-45

France : 50 F - Étranger : 60 F - Le numéro : 14 F

N° d'appel Service « Abonnements » 633.52.40

sommaire

ÉTUDES

Georges RÖSCH

L'économie des services de soins médicaux en
France 3

Roger COSTE

La formation de l'épargne liquide (l'exemple du
Crédit Mutuel) 37

NOTES ET CHRONIQUES

Jacques DESCE

Consommation individuelle et consommation collec-
tive. 67

Anne VUILLIOD-MOUNIER

Étude sur la demande en logement des ménages . . 83

BIBLIOGRAPHIE

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 troisième et quatrième parties, les parties 1 et 2 ayant été publiées dans le numéro 1-1969 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 CONDI- TIONNANT L'UTILISATION DES SOINS MÉDICAUX	51
2.1. La consommation de soins médicaux	51
2.2. La production de soins médicaux	60

Paru dans **Consommation** 1-1969

* * *

3. — LES ASPECTS MACRO-ÉCONOMIQUES DE LA PRODUC- TION ET DE LA CONSOMMATION MÉDICALE	5
3.1. Les structures	5
3.2. Le « marché » des soins médicaux	13
3.3. Les évolutions et les perspectives	16
4. — LES CHOIX ET LES ACTIONS	25
4.1. Les variables d'action	25
4.2. Les choix	31
Annexe : Références	34

3. — LES ASPECTS MACRO-ÉCONOMIQUES DE LA PRODUCTION ET DE LA CONSOMMATION MÉDICALE

Si nous y voyions clair dans la micro-économie de la médecine, la présentation de ses aspects macro-économique serait maintenant simple et brève. Il ne s'agit en effet que de la description des **structures** économiques ou juridiques et de la description du fonctionnement d'un **système** qui devrait être expliqué par les relations et actions micro-économiques.

3.1. LES STRUCTURES

On situera tout d'abord le secteur économique médical et les diverses structures connexes dans le cadre économique général de la nation. On considérera ensuite les structures de l'appareil de production et les structures juridiques et financières qui le soutendent.

3.1.1. L'activité médicale dans le cadre général de l'économie ⁽¹⁾

1^o La production et la consommation des soins médicaux ont été définies comme l'ensemble de services et biens visant au **diagnostic** et au **traitement** des affections pathologiques des individus. Il s'y ajoute une partie des services et biens visant à la **prévention** ⁽²⁾ de ces affections. Ici doit être tracée une première limite aux activités du secteur médical. En effet toutes les activités économiques visent, plus ou moins, à la prévention de la maladie et de la mort : les consommations d'alimentation, d'habitation, de chauffage, d'habillement, d'eau, etc. ; les conditions de production, les horaires de travail, la sécurité et salubrité des ateliers, etc. Dans tout acte économique entre une part de prévention sanitaire qui est incluse dans son coût. Il ne peut être question de comptabiliser ces activités diffuses. Nous avons admis, par contre, que tous les actes de **prévention** effectués par des entreprises médicales ou des sections médicales ⁽³⁾ d'entreprises de tout type, devaient être inclus dans les activités du secteur médical. On remarquera que les services et biens ainsi définis sont strictement **individualisés**, c'est-à-dire destinés, dans chaque cas, à une personne physique précise. C'est là un caractère fondamental de cette production et de cette **consommation finale individuelle**.

Si l'on considère l'ensemble plus large des activités directement affectées à la lutte contre la maladie et à la défense de la santé, on devra y inclure :

2^o Les **activités d'hygiène publique collective** non destinées à un individu précis, et qui sont, le plus souvent le fait d'entreprises ou administrations non médicales (surveillance sanitaire générale, contrôles aux frontières, eaux, égouts, pollution de l'air, désinfection, désinsectisation, contrôle de l'hygiène des industries, des aliments, des habitations, etc.).

(1) Cf. réf. : [1], [5], [19], [32], [41], [48], [55], [56], [57].

(2) Le terme prévention est pris ici dans son sens strict : « évitant l'apparition d'une maladie » (vaccination par exemple). Il va de soi que les examens de dépistage systématique visant au **diagnostic** d'affections existantes entrent automatiquement dans les limites du secteur.

(3) Par exemple :

- services de médecine et hygiène scolaire des Écoles et Universités,
- services de médecine du travail des entreprises industrielles,
- etc.

3° Les activités de gestion des administrations sanitaires et des organismes d'assurances sociales.

Par ailleurs une question se pose sur la façon de traiter certains aspects de la formation du **capital**. Nous serions tentés, compte tenu de l'aspect essentiel que jouent en ce domaine, d'une part la formation du personnel médical et auxiliaire, d'autre part la recherche scientifique et technique d'inclure ces activités dans les comptes de capital du secteur de production. C'est là une conception qui n'est pas encore introduite dans les systèmes de comptabilité nationale mais tiendrait mieux compte des faits et permettrait de meilleurs calculs et choix entre les diverses formes d'investissements à long terme que doit faire une société :

- investissements de connaissance (recherche scientifique) ;
- investissements de capital humain (instruction et formation) ;
- investissements matériels (immobiliers et matériels).

Ainsi seraient inclus dans nos comptes :

4° Activités de formation du personnel.

5° Activités de recherche scientifique et technique.

Ajoutons, pour bien faire la distinction, dans certains comptes des administrations sanitaires ou des assurances sociales, entre les dépenses qui devront être prises en compte et celles qui devront être exclues, que les « charges consécutives à la maladie » ne répondent pas à une activité du secteur médical. Il s'agit des indemnités journalières versées au travailleur en arrêt de travail pour cause de maladie, des pensions d'invalidité, des secours de subsistance aux indigents etc. Ces dépenses ne correspondent pas à une « activité » de lutte contre la maladie. Elle ne correspondent pas non plus à la consommation de services ou biens fournis par le secteur médical précédemment défini. Elles s'efforcent de compenser les conséquences d'un mauvais état de santé, la plus grave de ces conséquences étant la diminution temporaire ou définitive de la capacité de travail et de gain du malade ou de l'invalidé.

Le tableau 1 présente en un schéma simplifié (1) les rapports des divers « comptes d'opérations » des quatre types « d'agents économiques » qui sont considérés dans le cadre des Comptes Nationaux — entreprises, ménages, administrations, institutions financières (2) — et les divers flux financiers correspondant aux flux de services et biens produits, consommés ou investis.

Parmi les activités que l'on vient d'énumérer, le tableau 1 vise à décrire avant tout l'activité (1°) des entreprises médicales et la consommation de services et biens médicaux. Les activités (2°) ne sont pas prises en compte puisque pour l'essentiel elles ne relèvent pas d'entreprises médicales. Mais on voit que les activités de gestion des administrations (3°) sont retenues en [7] et que les problèmes de la formation (4°) et de la recherche (5°) sont indiqués, pour mémoire, en [**].

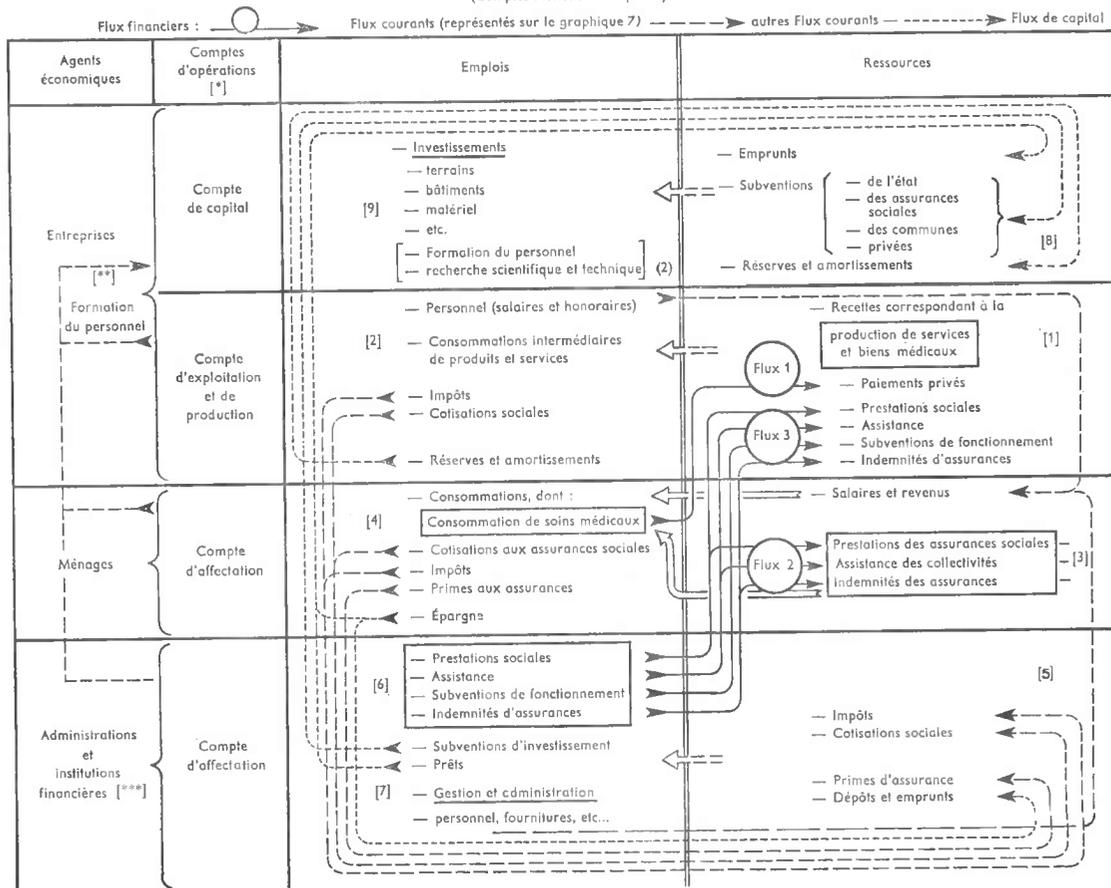
Nous ne nous étendrons pas ici en explications détaillées sur ce tabl. 10. Il nous servira de guide dans notre description des aspects macro-économiques du secteur médical, et apparaîtra sans doute alors plus clair.

(1) En particulier, dans le tableau 1, tous les comptes d'opérations (*) de chaque catégorie d'agents n'ont pas été figurés. Cette simplification entraîne quelques incorrections comptables dans le schéma. Les comptes réels sont naturellement établis dans les cadres stricts des Comptes Nationaux.

(2) Dans le tableau 1, les « institutions financières » [***] (les assurances privées, étant les plus importantes dans le domaine) ont été réunies avec les administrations. Elle jouent en effet un rôle très proche de celui des assurances sociales ou mutuelles. En fait il serait sans doute plus satisfaisants, tant d'un point de vue comptable que du point de vue des concepts et de l'analyse économique, que les assurances sociales, et même le Trésor, soient traités comme des « institutions financières ».

TABLEAU 1
Comptes du secteur économique des soins médicaux

(Comptes Nationaux simplifiés)



3.1.2. Les structures de production

Le tableau 2 et les graphiques 7 et 8 donnent immédiatement une assez nette idée de la structure de la production de soins médicaux en France et de la structure des services et biens produits et consommés (1). On doit noter que dans tout secteur économique de « services », la **production est rigoureusement égale à la consommation**. Au niveau des biens par contre (produits pharmaceutiques par exemple) peuvent exister des variations de stocks créant de minimes différences (2).

Deux précisions doivent être données.

Ces comptes, comme tous les Comptes Nationaux, visent à être **exhaustifs**. Ils constituent l'instrument indispensable pour avoir une vision complète du phénomène à étudier. En particulier les analyses faites à partir des dépenses des systèmes sociaux ne permettent de discerner qu'une partie des faits. Dans les tableaux et graphiques présentés ici, seules les dépenses **totales** donnent une idée exacte de la production et de la consommation. Les dépenses des régimes sociaux sont fonction de la part de ces dépenses qu'ils acceptent de couvrir.

Le tableau 2 ne présente que les **dépenses courantes** de soins médicaux donnant les valeurs correspondant aux postes [1], [3], [4] et [6] encadrés dans le tableau 1. Les dépenses de capital n'y sont qu'indirectement traduites par les amortissements et réserves figurant en Emplois du compte d'exploitation des entreprises (poste [2] du tableau 1) et répercutées sur les valeurs de la production (en [1]).

Le graphique 7, montre quelle est l'importance, en valeurs monétaires, des flux (1), (2) et (3), figurés en traits pleins sur le tableau 1, et s'écoulant entre les postes [1], [3], [4] et [6].

Le graphique 8, précise la répartition des divers types de services et biens produits et consommés. On a ajouté la répartition, entre ces divers postes, des dépenses du Régime Général d'Assurances Sociales (67,5 % des dépenses des Administrations).

La structure de l'appareil français de production de soins médicaux, telle qu'elle apparaît dans ces tableaux et graphiques présente des caractéristiques propres à chacun des secteurs de production.

— Il y a équilibre entre les **deux secteurs fondamentaux** des soins hospitaliers (38,5 % de l'ensemble des dépenses médicales) et des soins aux malades à domicile ou ambulatoires (32,3 %). On verra que cet équilibre se maintient sensiblement depuis 17 ans. Mais on ne saurait dire s'il s'agit là d'un équilibre satisfaisant. La France souffre en effet de facteurs limitatifs, voire de pénurie, aussi bien dans le premier secteur — insuffisance des investissements et du personnel — que dans le second — insuffisance des effectifs de médecins (3). Chaque secteur tente de rejeter sur l'autre les charges auxquelles il ne peut faire face (4).

(1) Cf. réf. : [11], [18], [47], [53], [57].

(2) Les données du tableau 2 concernent la « consommation ».

(3) En 1965, les effectifs totaux de médecins étaient de 52 112 soit 109,1 pour 100 000 habitants ; 38 807 exerçaient en cabinets libéraux, soit 79,3 pour 100 000 habitants.

(4) Une comparaison avec les structures d'autres pays serait peut-être instructive. Par exemple avec : — La Grande-Bretagne où la situation des moyens de production semble s'apparenter à la situation Française.

— La Suède, où la pénurie de médecins est très marquée mais où l'effort de développement des établissements hospitaliers a été considérable.

— L'Italie ou l'Allemagne Fédérale, où la densité de médecins est très forte mais où la situation des hôpitaux ne semble pas plus favorable qu'en France.

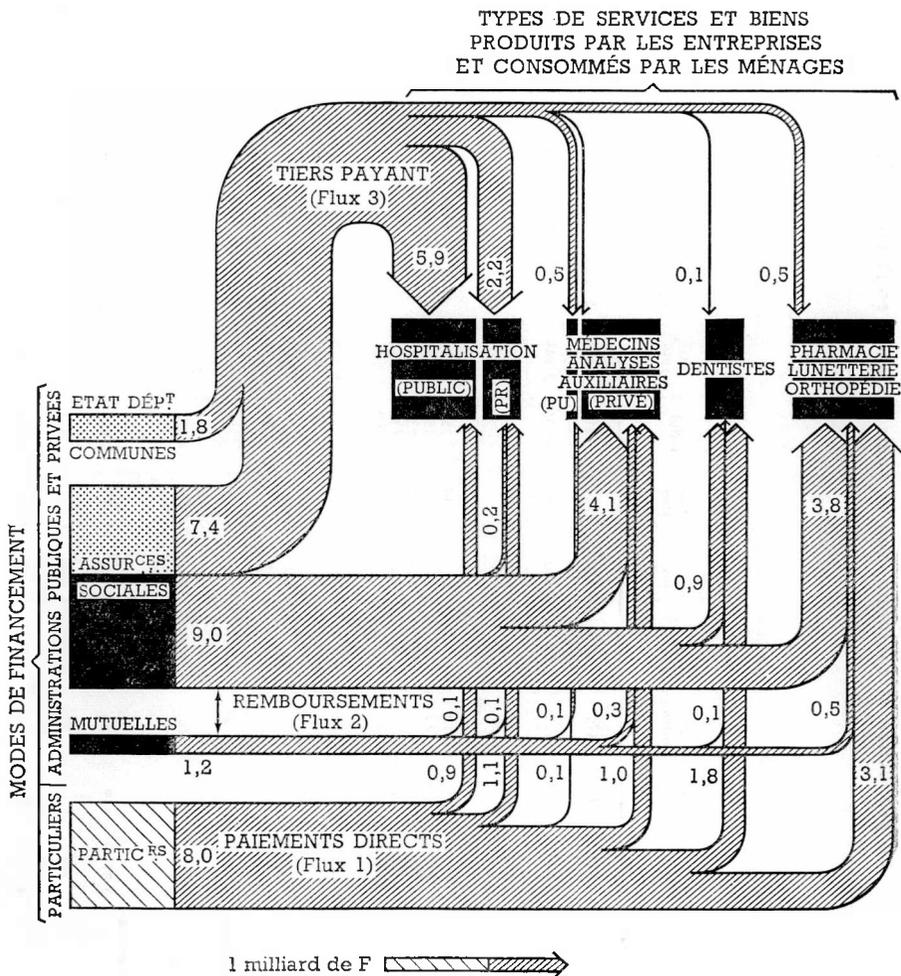
TABLEAU 2

La production et consommation de soins médicaux en France en 1966

1966 en 10 ⁶ -F	Services médicaux										Total « des services médicaux »	Biens médicaux		Total des « biens médicaux »	Total des soins médicaux	%
	Soins à domicile et ambulatoires						Hospitalisation					Phar- macie	Lunet- terie et ortho- pédie			
	Méde- cins	Ana- lyses	Auxi- liaires	Cures	Soins de méde- cins total	Den- tistes	Total	Ets publics	Ets privés	Total						
Assurances Sociales : Total	3 421	449	471	89	4 430	988	5 418	4 444	2 468	6 912	12 330	3 798	234	4 032	16 362	59,7
Régime Général et rattachés	2 809	377	430	64	3 680	756	4 436	3 546	1 985	5 531	9 967	2 956	182	3 138	13 105	47,8
Régimes spéciaux : Total	612	72	41	25	750	232	982	898	483	1 381	2 363	842	52	894	3 257	11,9
Régimes agricoles :																
Salariés	101	11	10	1	123	34	157	239	107	346	503	132	10	142	645	2,4
Exploitants	218	25	20	2	265	85	350	254	195	449	799	332	23	355	1 154	4,2
Régime minier	90	12	—	12	114	24	138	132	15	147	285	97	7	104	389	1,4
Régime S.N.C.F.	62	7	11	8	88	50	138	152	95	247	385	139	12	151	536	2,0
Régimes divers	141	17	—	2	160	39	199	121	71	192	391	142	—	142	533	1,9
Assistance : Total	92	—	—	—	92	5	97	1 368	—	1 368	1 465	145	—	145	1 610	5,9
Aide médicale gratuite	61	—	—	—	61	5	66	487	—	487	553	114	—	114	667	2,4
Aide aux tuberculeux	—	—	—	—	—	—	—	91	—	91	91	—	—	—	91	0,3
Aide aux malades mentaux	—	—	—	—	—	—	—	617	—	617	617	—	—	—	617	2,3
Aide à l'enfance	31	—	—	—	31	—	31	173	—	173	204	31	—	31	235	0,9
Ministère des Anciens Combattants	43	—	4	—	47	1	48	50	17	67	115	81	—	81	196	0,7
Mutuelles	(323)	—	(30)	—	(353)	(77)	(430)	(122)	(68)	(190)	(620)	(545)	(35)	(580)	(1 200)	4,4
(Euvres privées (pour mémoire)	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dépenses totales des administra- tions	3 879	449	505	89	4 922	1 071	5 993	5 984	2 553	8 537	14 530	4 569	269	4 838	19 368	70,7
Dépenses des particuliers	781	106	77	119	1 083	1 781	2 864	911	1 105	2 016	4 880	2 888	259	3 147	8 027	29,3
Dépenses totales	4 660	555	582	208	6 005	2 852	8 857	6 895	3 658	10 553	19 410	7 457	528	7 985	27 395	100

GRAPHIQUE 7

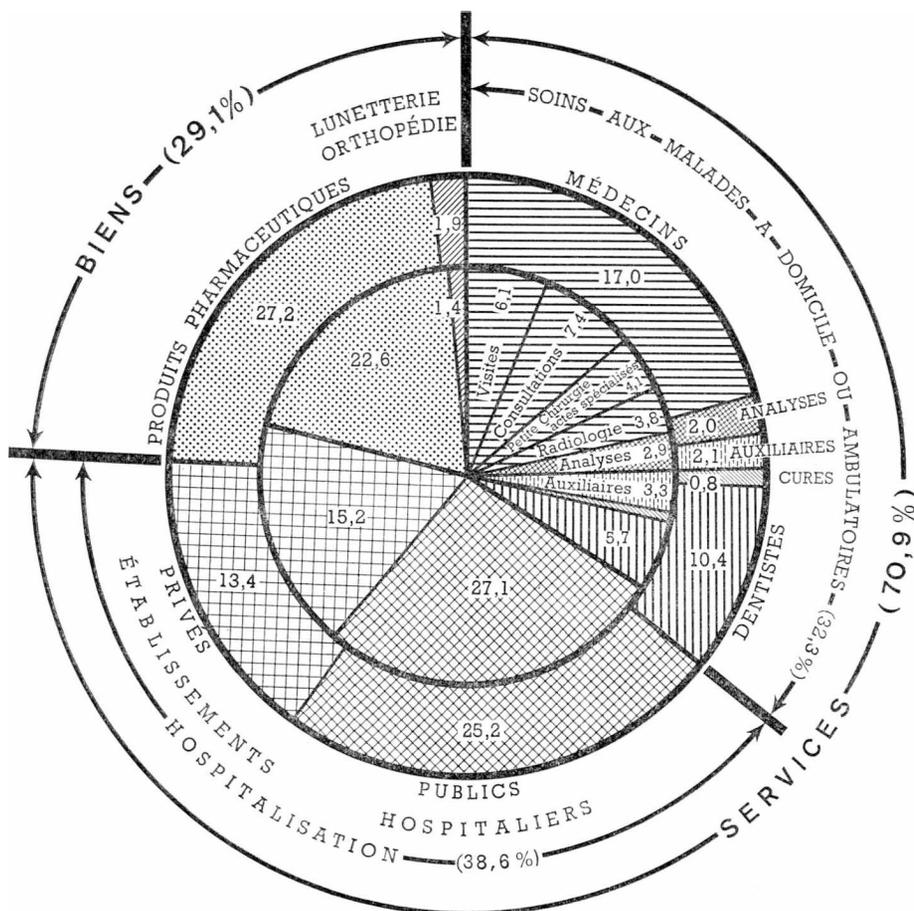
Les divers flux financiers assurant la couverture de la consommation de soins médicaux en France (1966).



GRAPHIQUE 8

Structures des services et biens produits et consommés

Cercle central : Dépenses du Régime général d'Assurances Sociales
Cercle périphérique : Ensemble de la Consommation Médicale Française



— Les soins aux **malades à domicile ou ambulatoires** sont assurés pour la plus grande part par les médecins exerçant en pratique libérale, de façon indépendante, et le plus souvent isolée — les cabinets « de groupe » réunissant plusieurs médecins, sont encore peu nombreux. Il en est de même pour les analyses de laboratoires, les soins d'auxiliaires (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, etc.), les soins dentaires (1).

(1) En 1965 il y avait 16 856 dentistes, soit 34,6 pour 100 000 habitants; 13 523 cabinets libéraux soit 28,2 pour 100 000 habitants.

Les soins assurés par des centres à but non lucratif (dispensaires, consultations d'hôpitaux, centres de soins gérés par des mutuelles, etc.) ne représentent que 9 % environ de l'ensemble de ces services.

— **Le secteur hospitalier**, du point de vue de la spécialisation médicale comporte quatre grandes catégories d'établissements : les établissements généraux polyvalents, les établissements psychiatriques (très déficients), les établissements anti-tuberculeux (pléthoriques mais difficilement reconvertis en raison de leur fréquente implantation en montagne), enfin une catégorie plus floue (maisons de cure, de convalescence, de repos, etc.), dont les limites sont mal tranchées avec des établissements qui ne peuvent être considérés comme médicaux (1),

Du point de vue du statut juridique et financier on peut distinguer trois catégories d'établissements : des établissements publics (environ 70 % des capacités en lits) fonctionnant comme des administrations locales, sous tutelle du Ministère des Affaires Sociales ; des établissements privés non lucratifs 10 % (dépendant d'organisations confessionnelles, mutualistes, professionnelles, fondations, etc.) ; des établissements privés, entreprises à but lucratif, 20 %. Les établissements publics représentant la capacité la plus importante comportent les établissements de haute technicité. Les établissements à but non lucratif, les moins nombreux fonctionnent souvent dans les mêmes conditions techniques et financières que les établissements publics. Les établissements à but lucratif, spécialisés le plus souvent dans la moyenne chirurgie et l'obstétrique, ils sélectionnent la clientèle la plus rentable et représentant le moins de risques de difficultés techniques ; par contre ils lui offrent des conditions de confort hôtelier, de souplesse de discipline et de proximité face auxquelles les établissements publics luttent difficilement.

3.1.3. Les structures de financement

Les structures de financement des soins médicaux en France ressortent nettement du tableau 2 et du graphique 7 (2). En 1966, 70,7 % de l'ensemble des dépenses qui leur correspondent, étaient couvertes par les diverses « administrations ».

Les 22 régimes (3) **d'Assurances Sociales obligatoires** auxquels étaient rattachés en 1966, 93 % de la population Française couvraient 59,7 % de l'ensemble des dépenses de soins médicaux.

L'Aide Sociale (ancienne Assistance) en couvrait 5,9 %.

Les Mutuelles 4,4 % selon des estimations qui restent assez imprécises (4).

(1) Le seul critère de classification simple est l'acceptation par les assurances sociales de remboursement des frais de séjour.

Les hospices de vieillards et maisons de retraite qui sont considérés comme établissements d'hébergement n'ont pas été considérés ici comme faisant partie du secteur des soins médicaux. Pourtant, celui-ci devrait inclure les services médicaux de ces établissements. Les difficultés statistiques ne l'ont pas encore permis.

(2) Les dépenses de produits pharmaceutiques indiquées sur le tableau 2 et sur les graphique 7 et 8 représentent seulement les achats des particuliers (sur prescription ou non) dans les officines. Les dépenses de produits pharmaceutiques dans les établissements hospitaliers sont incluses dans leurs comptes d'exploitation.

(3) L'importance respective de ces divers régimes d'assurance sociale, résidus du processus historique de leurs créations, apparaît clairement sur le tableau 2, en fonction des sommes qu'ils versent.

(4) Nous ne possédons que des données anciennes (enquête de 1960) sur les effectifs de mutualistes. A cette époque 24 % des personnes non assurées aurait été affiliées à une mutuelle et 40 % des personnes assurées sociales. Une enquête en 1966, dans la région parisienne a indiqué que 55 % des personnes assurées sociales étaient affiliées à une mutuelle.

3.2. LE « MARCHÉ » DES SOINS MÉDICAUX

En présence des facteurs que nous avons considérés dans la deuxième partie et des structures de l'offre, comment se présente le « marché » des soins médicaux ? Mais, tout d'abord, y a-t-il véritablement « marché » ?

En fait, bien qu'il joue de façon complexe, il existe véritablement. Trois grands secteurs peuvent en effet être distingués. Le premier a toutes les apparences d'un Service Public au même titre que les Universités publiques ou le réseau routier : ce serait le secteur des Établissements médicaux publics (hôpitaux et leurs consultations, dispensaires, etc.) dans la mesure où ils assurent des services réglés par « tiers payant » couverts à un très haut taux ; il semble correspondre à environ 25 % de l'ensemble des soins médicaux. Dans le second, le consommateur bénéficie certes de prix particulièrement réduits du fait de la couverture des Assurances Sociales, couverture qui est d'ailleurs très variable, mais le producteur privé joue, lui, entièrement le jeu de ce marché particulier (médecins libéraux, dentistes, cliniques privées, industries pharmaceutiques et officines de distribution, etc.) : ce secteur semble représenter 60 % de l'ensemble. Enfin le troisième secteur est un marché entièrement libéral (médecins et cliniques non conventionnés, vente de produits pharmaceutiques sans prescription médicale, etc.) ; il doit représenter 15 % environ de l'ensemble.

Sur ce marché la demande est très forte, et, induite par le progrès technique, se développe très rapidement.

Le désir de prévoyance et d'assurance s'est répandu chez tous. La pression de l'opinion publique agit très fortement dans le sens d'une généralisation de l'assurance et d'une couverture totale des dépenses par la Sécurité Sociale ou à défaut par des mutuelles.

L'effet des facteurs économiques est faible et a toutes chances de jouer de moins en moins dans la perspective de ces évolutions. Le jeu du ticket modérateur que les pouvoirs publics ne peuvent d'ailleurs manier en toute liberté n'a pas semble-t-il assez d'ampleur pour influencer profondément et durablement la consommation. Certes le frein du prix peut agir, mais seulement semble-t-il pour des disparités beaucoup plus élevées du triple ou du quintuple.

En fait **des goulots d'étranglement** existent :

Les médecins qui assurent la plus forte part des services à domicile et aux malades ambulatoires, sont en nombre insuffisant (1). L'offre étant limitée la pression sur les prix est très forte. Car le médecin peut, lui, jouer sur la très forte marge de liberté qui, ainsi qu'on vient de le voir, lui est laissée. Il est tenté de le faire, ne serait-ce que pour freiner le développement d'une clientèle trop nombreuse et trop lourde.

Les hôpitaux publics (et leurs consultations, les dispensaires, etc.) souffrent d'investissements et d'effectifs de personnel insuffisants. Les Pouvoirs Publics n'ont pas su suivre la demande. Si l'effort des médecins, avec l'aide des administrations hospitalières, a réussi à maintenir un haut niveau technique, certains éléments de la qualité du service ont été négligés : le confort, le service « hôtelier », l'accueil, la disponibilité (en proximité et réduction des attentes) (2).

(1) Cf. note 1, p 12. Cf. réf. : [26], [37], [43], [58].

(2) Depuis quelques années une campagne est menée pour « l'humanisation » des hôpitaux. Le mot est bien gros pour désigner une chose aussi simple qu'un service correct. On se pose souvent, en effet, le problème du choix entre la qualité technique et la qualité hôtelière et administrative. Mais négliger cette dernière est, à la fois, de mauvaise gestion et de mauvaise médecine puisqu'elle éloignera le malade du bénéfice des bonnes techniques. On se pose alors la question : que doit être le niveau minimum du service hôtelier et d'accueil ? La réponse paraît simple : celui qui est donné de façon habituelle dans l'hôtel ou motel moyen (de plus en plus standard), dans les aéroports, dans les stations de vacances, etc., en tenant compte du fait que des « malades » exigent un peu plus d'attention. Ceci n'est naturellement qu'une question d'aménagement des bâtiments et d'effectifs et qualité du personnel.

TABLE.
L'évolution de la production et c
en Franc
(estimées)

En 10 ⁶ francs	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Dépenses des Assurances Sociales.								
1. Médecins, analyses, dentistes, auxiliaires, cures	423	579	695	741	807	889	1 013	1 085
2. Hospitalisation	559	689	913	1 034	1 147	1 246	1 453	1 646
3. Pharmacie, lunetterie, orthopédie	318	454	593	657	735	850	1 003	1 216
4. TOTAL	1 300	1 722	2 201	2 432	2 689	2 985	3 469	3 947
5. Dépenses de l'Aide Sociale	380	443	599	632	672	715	831	968
Production et consommation totale de soins médicaux								
6. Médecins, analyses, dentistes, auxiliaires, cures.	866	1 130	1 422	1 640	1 872	2 100	2 371	2 788
7. Hospitalisation	1 112	1 432	1 749	1 848	1 937	2 069	2 480	2 610
8. Pharmacie, lunetterie, orthopédie	851	1 164	1 518	1 717	1 893	2 119	2 466	2 760
9. TOTAL.....	2 829	3 726	4 689	5 205	5 702	6 288	7 317	8 158
10. Consommation française totale des particuliers. ...	67 032	83 123	95 033	100 009	105 372	112 977	125 648	140 235
11. Pourcentages soins médicaux	4,2	4,5	4,9	5,2	5,4	5,6	5,8	5,8
12. Produit National Brut Français.	100 800	123 700	145 600	151 900	160 800	172 200	191 300	213 000
13. Pourcentages de soins médicaux	2,8	3,0	3,2	3,4	3,5	3,7	3,8	3,8

mmation de services médicaux

1967

ourants)

1958	1959	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1966	1967	Indice d'accroissement 1950 = 100 (19)	Taux d'accroissement annuel moyen (20)
(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)		
1 190	1 314	1 627	2 426	2 982	3 647	4 443	4 818	5 418	6 198	1 465,2	17,0
2 049	2 268	2 661	3 092	3 858	4 558	5 546	6 207	6 912	7 739	1 384,4	16,5
1 313	1 167	1 445	1 731	2 123	2 597	2 968	3 506	4 032	4 521	1 421,7	17,0
4 552	4 749	5 733	7 249	8 963	10 802	12 957	14 531	16 362	18 458	1 419,8	17,0
1 043	933	917	959	1 121	1 446	1 596	1 588	1 610	1 678	441,6	9,2
3 209	3 565	4 089	4 350	4 925	5 849	7 022	7 613	8 857	9 917	1 145,2	15,5
3 186	3 812	4 362	5 188	6 118	7 232	8 361	9 377	10 553	11 472	1 031,7	15,0
3 057	3 112	3 464	4 269	4 869	5 472	6 212	7 005	7 985	9 214	1 082,7	15,0
9 452	10 489	11 915	13 807	15 912	18 553	21 595	23 995	27 395	30 603	1 081,8	15,0
58 180	169 696	185 282	201 550	224 672	251 820	272 466	289 161	310 859	332 422	495,9	9,9
6,0	6,2	6,4	6,9	7,1	7,4	7,9	8,3	8,8	9,2	219,0	4,7
244 700	267 400	296 200	319 700	356 300	396 000	435 200	464 700	500 500	537 700	533,5	10,3
3,9	3,9	4,0	4,3	4,5	4,7	5,0	5,2	5,5	5,7	203,6	4,3

3.3. LES ÉVOLUTIONS

Le tableau 3 et le graphique 9 présentent l'évolution de la production et de la consommation de soins médicaux en France au cours de 17 années, de 1950 à 1967 ⁽¹⁾. Ces production et consommation sont estimées **en valeur aux prix courants**. Seuls les principaux postes du tableau 2 sont indiqués. Naturellement les évolutions ainsi décrites superposent à l'accroissement réel du volume des soins médicaux les hausses de prix survenues dans la période.

Le tableau 4 et le graphique 10 présentent les mêmes données estimées **en volume réel à prix constants**, aux prix de 1962 ⁽²⁾. Chaque poste a, dans la mesure du possible, été déflaté en fonction de l'indice des prix particulier aux services ou biens qu'il comporte. En fait, la précision des indices de prix est, le plus souvent, inférieure à la précision des estimations en valeurs courantes. Ces évolutions en volume sont donc moins précises que les évolutions en valeur. Elle peuvent seules, cependant, nous donner une idée des évolutions réelles. Toutefois, en raison de la difficulté à établir un indice des prix des produits pharmaceutiques, et de l'incertitude qui pèse sur les données en volume relatives à ces biens, on a cru devoir présenter une estimation toute différente à titre de contrôle ⁽³⁾.

On ne soulignera que les traits les plus marquants de ces évolutions et des perspectives qu'elles laissent supposer.

3.3.1. La tendance générale

Le développement de la production et de la consommation de soins médicaux a été rapide et à peu près constant. Compte tenu de l'incertitude concernant les estimations des « volumes » des produits pharmaceutiques, le taux de croissance annuel moyen doit être de l'ordre de 8 % par an (entre 6,8 et 8,9 %, plus près de ce dernier chiffre) : le volume réel des soins médicaux a donc presque quadruplé en 17 ans.

Or l'ensemble des facteurs morbides, démographiques, psycho-sociologiques et économiques n'explique qu'une faible part de cette croissance. Certes ils rendent compte des différences de comportement entre catégories de population ou régions ; mais les modifications des structures de la population française, selon la morbidité, l'âge, les répartitions selon les professions ou habitats sont trop lentes pour entraîner un tel taux de croissance. Il est difficile qu'elles en expliquent plus du tiers. Les 2/3 de la croissance semblent donc provoqués par le progrès technique et sa diffusion.

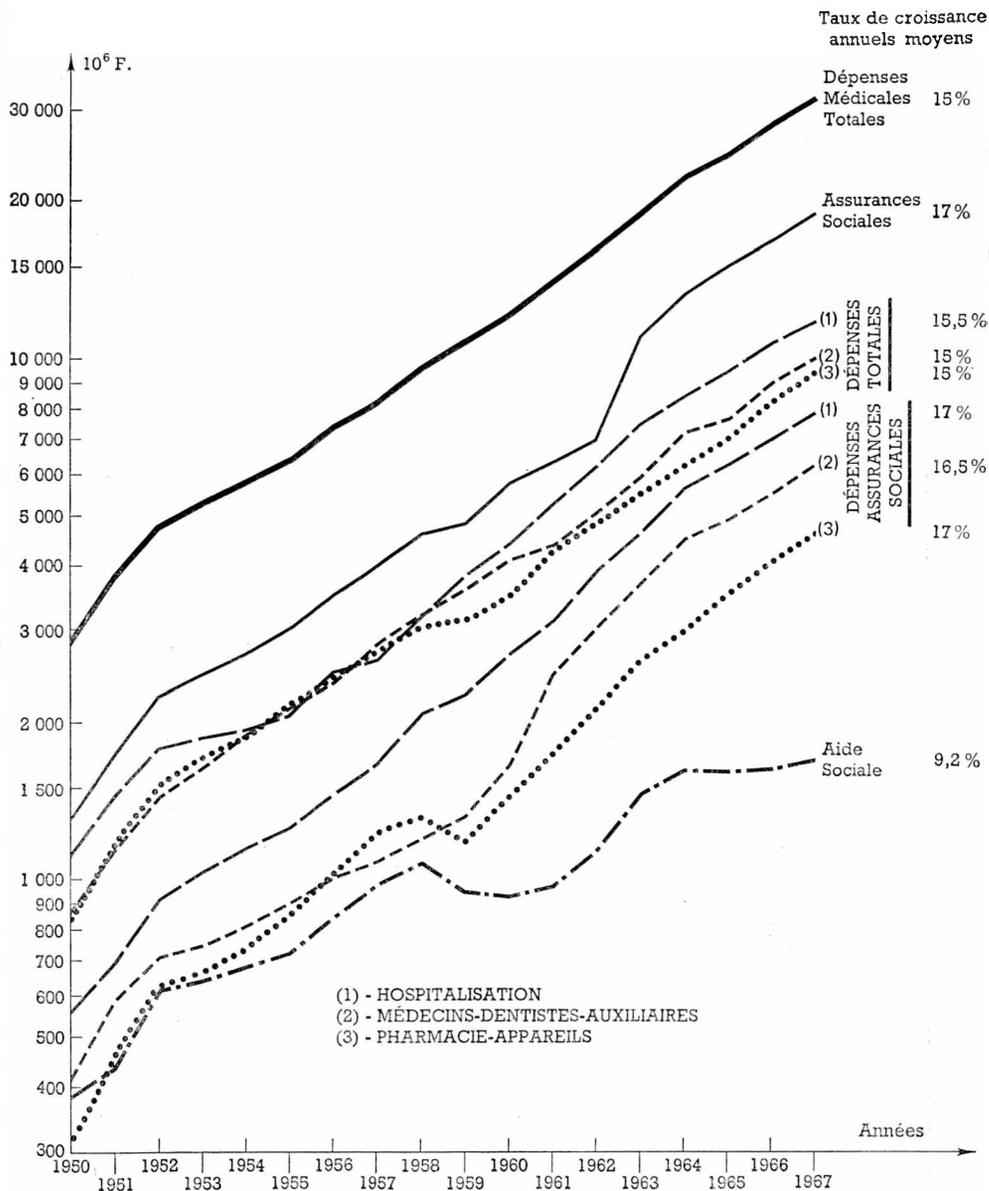
Si l'on s'interroge sur les tendances prévisibles à long terme, les observations, que traduisent aussi bien les courbes du graphique 10, sur de vastes agrégats, que les courbes du graphique 11, sur des types de services plus précis, ou du graphique 3, sur des évolutions régionales, ne laissent percevoir aucun signe de saturation. Seules des **tendances exponentielles** s'ajustent assez correctement sur ces données.

(1) Les estimations concernant les années 1966 et 1967 n'ont pu tenir compte de toutes les données statistiques ; elles doivent donc être considérées comme provisoires (cf. réf. : [57]).

(2) Toutes les estimations sont faites en référence à l'année 1962 qui est l'année de base de toutes les projections devant servir à la préparation du VI^e Plan Français (1971-1975).

(3) Chaque fois qu'il est possible, les données en volume ont été étayées par la confrontation avec les données en quantité (nombre d'actes, nombre de journées d'hospitalisation, etc.).

GRAPHIQUE 9
Évolution de la production
et de la consommation de soins médicaux en France de 1950 à 1967.
 (à prix courants)



Indices d'évolution de la production et de la consommation
(à prix constants)

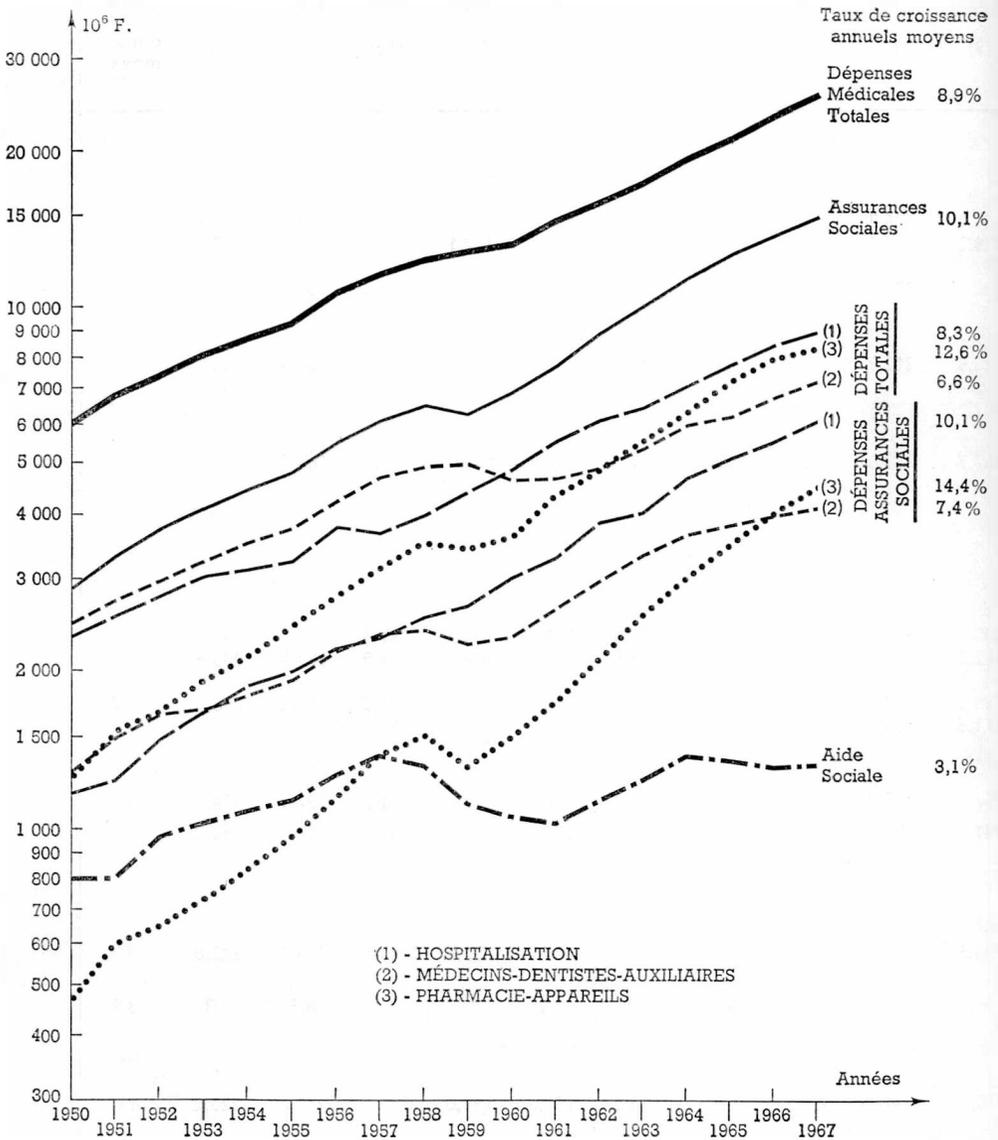
Indice d'accroissement :	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
1950 = 100	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Dépenses des Assurances Sociales.								
1. Médecins, analyses, dentistes, auxiliaires ..	100,0	116,3	127,4	132,4	138,8	148,7	169,4	181,4
2. Hospitalisation.....	100,0	105,4	125,5	145,2	159,3	169,8	190,4	200,3
3. Pharmacie, lunetterie, orthopédie (I).....	100,0	129,5	139,7	159,9	180,2	209,3	247,5	300,4
4. TOTAL (I).....	100,0	114,0	128,6	141,9	153,6	166,7	190,2	207,8
5. Dépenses de l'Aide Sociale (I).....	100,0	99,6	121,4	128,8	136,5	142,3	159,2	173,8
Production et consommation totale de soins médicaux.								
6. Médecins, analyses, dentistes, auxiliaires ..	100,0	110,1	120,1	132,6	143,8	152,8	172,9	190,9
7. Hospitalisation.....	100,0	110,2	120,9	130,5	135,2	141,7	163,3	159,7
8. Pharmacie, lunetterie, orthopédie (I).....	100,0	124,1	133,8	156,3	173,6	195,1	227,5	255,0
9. (Série « quantités ») (II)	100,0	106,0	111,5	129,9	136,0	145,4	159,0	166,0
10. TOTAL (I).....	100,0	113,0	123,2	136,6	146,6	157,2	180,4	192,0
11. TOTAL (II).....	100,0	108,7	117,3	131,0	138,3	146,7	165,0	172,3
12. Consommation française totale des particuliers	100,0	106,6	110,4	116,3	121,1	128,0	136,4	144,7
13. Pourcentages de soins médicaux.....	4,7	5,0	5,3	5,6	5,7	5,8	6,3	6,3
14. Produit National Brut Français	100,0	105,9	109,2	112,2	117,2	123,3	130,4	137,0
15. Pourcentages de soins médicaux.....	2,9	3,1	3,3	3,6	3,7	3,7	4,0	4,1

n de soins médicaux en France de 1950 à 1967

2)

1958 (9)	1959 (10)	1960 (11)	1961 (12)	1962 (13)	1963 (14)	1964 (15)	1965 (16)	1966 (17)	1967 (18)	Taux d'accrois- sement annuel moyen (19)
186,2	176,2	170,3	204,7	231,9	261,8	287,4	300,2	314,2	342,8	7,5
220,3	227,8	257,9	283,3	330,6	347,2	402,1	441,0	475,0	517,3	10,1
328,2	277,6	326,9	385,4	460,5	565,0	656,1	778,5	888,9	995,6	14,5
222,3	212,9	230,2	264,8	307,6	344,0	391,7	432,3	469,5	516,0	10,1
167,7	139,6	130,7	128,5	141,0	163,8	172,5	168,8	165,5	168,6	3,1
200,9	202,0	189,6	189,9	199,6	219,6	241,1	251,4	274,9	293,7	6,5
172,2	192,5	212,5	239,0	263,5	276,9	304,7	334,9	364,5	385,4	8,3
286,0	277,0	292,9	355,5	394,9	445,1	513,5	581,5	658,2	758,6	12,7
171,5	155,1	158,3	179,5	187,1	192,5	204,4	213,1	227,0	247,5	5,5
207,1	213,7	219,6	242,7	264,2	287,8	321,4	351,2	387,9	424,3	8,9
181,5	182,5	185,8	201,6	215,3	228,0	248,1	264,2	286,2	306,2	6,8
145,3	148,1	156,0	165,1	176,6	188,9	197,4	204,4	214,0	222,8	4,8
6,8	6,8	6,7	7,0	7,1	7,2	7,7	8,1	8,6	9,0	3,9
140,8	144,6	155,5	162,6	173,2	182,3	193,0	201,1	210,8	220,2	4,8
4,3	4,3	4,1	4,4	4,5	4,6	4,9	5,1	5,4	5,6	4,0

GRAPHIQUE 10
Évolution de la production
et de la consommation de soins médicaux en France de 1950 à 1967
 (à prix constants 1962)
 Hypothèse I



3.3.2. L'évolution des moyens de production

L'évolution de l'appareil hospitalier a été lente. On ne note pas de croissance très sensible du nombre de lits d'hôpitaux publics en 10 ans de 1956 à 1966. Il a cependant été fait un sensible effort : mais il a porté davantage sur la modernisation du matériel et l'amélioration du confort des locaux de séjour. Le nombre de lits d'établissements privés a semble-t-il progressé plus vite, mais les statistiques anciennes sont imprécises. Cependant au cours des 3^e, 4^e et 5^e Plans d'équipement (qui s'étendront de 1957 à 1970), un développement, relativement très important, des investissements hospitaliers a été déclenché. Alors qu'au cours du 2^e Plan (1953/1956) ils ne semblaient pas dépasser 100 à 200 millions de F par an, ils semblaient approcher de 300 millions au cours du 3^e Plan, pour atteindre 600 en fin du 4^e Plan, et devoir se développer jusqu'à 1 500 à 2 000 en fin du 5^e. L'effort d'investissement a donc décuplé, malheureusement il partait d'un si bas niveau qu'il n'a pas encore un sens très positif et promet de très longs délais pour combler les retards accumulés (1).

La progression du personnel hospitalier a été lente. Le nombre total des infirmières diplômées n'a progressé que de 1,8 % (2) par an en 10 ans (3). L'accroissement des effectifs employés, dans les hôpitaux publics ne semble guère avoir été plus rapide. Un net effort est fait actuellement pour accroître les capacités des écoles d'infirmières. Elle se heurte à la difficulté de recrutement des cadres de formation.

Les effectifs totaux de **médecins** ont augmenté de 3,8 % par an faisant passer la densité médicale pour 100 000 habitants de 78,9 à 116,4. Cette croissance est manifestement très insuffisante par rapport à celle de la population et de sa consommation de soins (qui a crû on l'a vu de 6,6 % par an).

Les perspectives ne sont guère favorable jusqu'en 1978 (4) les effectifs ne devant croître que de 3 % par an. Au-delà le développement du corps médical français dépendra de l'orientation des jeunes, beaucoup plus nombreux en raison de la vague démographique de 1947. Il dépendra surtout des décisions que l'on prendra sur le développement de notre enseignement supérieur et des actions qui seront menées dans nos facultés de médecine.

3.3.3. Les évolutions des structures selon les types de soins

Nous avons déjà indiqué qu'il n'y avait pas eu de grandes modifications dans l'équilibre des trois grands secteurs. De 1956 à 1966 la part des soins aux malades à domicile et ambulatoires est restée stable (32,4 à 32,3 %) ; la part de l'hospitalisation a légèrement progressé (33,9 à 38,6 %) ; celle de la pharmacie et des autres biens a diminué (33,7 à 29,1 %).

En fait, il faut descendre à un degré d'analyse plus fine pour percevoir les modifications de la structure des soins médicaux. Le graphique 11 montre les évolutions différentes de divers types d'actes, les plus « techniques » progressant le plus vite. L'étude des actes effectués à l'hôpital donne des résultats du même ordre (5).

(1) En effet, on peut estimer que les seuls crédits d'amortissement et renouvellement, de l'appareil hospitalier, considéré en période stable, sans constructions nouvelles imposées par le rattrapage d'un retard ou une expansion de la capacité, devraient être de l'ordre de 1 000 à 1 500 millions par an.

(2) 74 320 en 1954, 88 000 environ en 1964, soit 19 % d'accroissement en 10 ans.

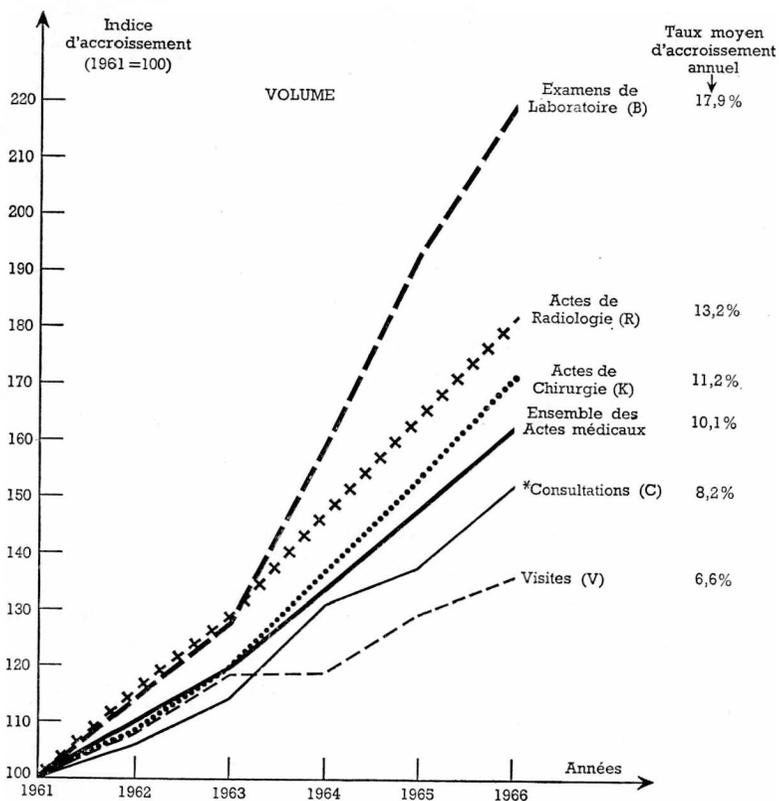
(3) La population française s'est accrue de 1,2 % par an en moyenne dans la même période.

(4) Cf. réf. : [43], [58]

(5) Cf. réf. : [33], [46], [47], [49].

GRAPHIQUE 11

Évolution de la consommation de divers types d'actes médicaux.



* Il s'agit du "volume" de l'ensemble des consultations;
le "C" de généraliste servant d'unité

3.3.4. Les systèmes sociaux

Dans leur ensemble les divers systèmes sociaux (les « administrations ») ont réduit leur part de couverture globale des dépenses de soins de la population de 1950 (62,6 %) à 1959 (59,0 %). A partir de ce point minimum (cf. graphique 9) une série de mesures a accru la part couverte, jusqu'à 71,0 % en 1967.

Le rôle des divers systèmes a évolué de façon différente.

La part de **l'assistance** s'est considérablement réduite avec l'élévation du niveau de vie et l'accroissement du pourcentage de la population couverte par les Assurances Sociales : elle est tombée de 13,4 % en 1950 à 5,5 % en 1967 (1). L'accroissement annuel moyen à prix constants, n'a été sur la période que de 3,1 % (cf. graphique 9).

Au contraire la part des **mutuelles**, bien que restant marginale, s'est considérablement accrue (de 2,0 % en 1950 à 4,4 % en 1967). Ce phénomène mérite d'être noté car il s'est produit malgré l'extension de la couverture de la population par les assurances sociales.

La politique d'**Assurances Sociales** a été marquée par des orientations diverses.

La proportion des personnes protégées par l'ensemble des régimes s'est accrue constamment, passant, par déplacement naturel de l'agriculture au salariat, de 75 % en 1956 à 78 % en 1961. L'extension des Assurances Sociales aux exploitants agricoles l'a amené à 90 % en 1962. En 1966, la proportion est de 93 %. Elle atteindra sans doute 97 % avec l'assurance en cours d'application, des professions indépendantes. De ce fait, les Assurances Sociales qui couvraient 46 % des dépenses de soins en 1950, en couvrent plus de 60 % en 1967. On discerne, sur le graphique 9, l'accroissement du taux général de couverture dû à l'assurance des exploitants agricoles.

Les taux de remboursements ont fait l'objet de décisions contradictoires. Jusqu'en 1959, alors que les dépenses d'hospitalisation et de pharmacie étaient correctement couvertes, l'absence de conventions entre les médecins et les caisses d'assurance amène le ticket modérateur « réel » à croître jusqu'à atteindre vraisemblablement 50 %, sans que ce fait, semble-t-il, ralentisse sensiblement la progression de la consommation de soins de médecins.

En 1959, le désir de freinage des dépenses conduisit le gouvernement à diverses mesures de restrictions (2).

Ces mesures peu efficaces en elles-mêmes furent rapportées au bout de 6 mois et 1 an, mais eurent cependant un effet psychologique plus étendu que le domaine qu'elles couvraient (3) ainsi qu'on le voit sur le graphique 9. En 1960, une politique de convention entre les médecins et les caisses fut instaurée ; elle aboutit à assurer un remboursement de ces actes conforme aux principes des Assurances Sociales (80 %), entraînant naturellement un accroissement des dépenses de celles-ci (cf. graphique 9).

(1) Les données concernant les années 1959 à 1962 sont imprécises, les modalités de comptabilisation ayant été modifiées.

(2) « Franchise » sur les dépenses de pharmacie qui n'étaient pas remboursées lorsqu'elles étaient inférieures à 30 F. Réduction du tarif de remboursement des actes de radiologie (Cf. réf. : [29]).

(3) Combiné sans doute à un effet de la conjoncture générale.

Un effort de freinage des dépenses a été de nouveau tenté à la fin de 1967 (accroissement du ticket modérateur à 30 %, pour les actes de médecins). Mais on a dû revenir en arrière dès la crise sociale de mai 1968 (ticket modérateur ramené à 25 %). Il sera intéressant de voir si ces mesures ont eu, comme en 1959, un effet psychologique. Dans l'ensemble cependant la tendance générale (ainsi qu'on le voit sur le graphique) n'a jamais été très fortement modifiée.

Il est intéressant par ailleurs de considérer la proportion des soins médicaux couverts à 100 % par les Assurances Sociales, sans ticket modérateur : assurances maternité, accidents du travail, maladies de longue durée, hospitalisations longues, interventions chirurgicales importantes. Le pourcentage de ces types de soins s'accroît : soit parce que la proportion des affections chroniques augmente (régression des maladies infectieuses, accroissement de l'âge moyen) ; soit parce que le traitement des maladies chroniques se généralise (maladies cardio-vasculaires, mentales, etc.) ; soit parce que les moyens techniques mis en œuvre sont plus puissants (hospitalisation, interventions chirurgicales).

Ces diverses mesures concernant les taux de remboursement étaient naturellement motivées par les difficultés d'assurer une croissance des **ressources des Assurances Sociales** leur permettant de faire face à la croissance des dépenses. Il est certain que les dépenses de soins médicaux couvertes par les Assurances Sociales, et qui progressent, à prix constants, de plus de 9 % par an ne peuvent pas être rigoureusement équilibrées par des cotisations fixes prélevées sur une masse salariale qui a crû, également à franc constant, de 7 % par an en moyenne dans la même période. On perçoit cependant que l'ajustement n'offre pas d'énormes difficultés compte tenu de la faible part que représentent sur cette masse, les dépenses de soins médicaux des assurés : passant de 3 % environ en 1950 à 6 % en 1965. En fait l'équilibre a été à peu près maintenu par des mesures diverses (relèvement du plafond des cotisations, relèvement épisodique de leur taux). Le relèvement régulier, annuel, du taux des cotisations serait sans doute la mesure la mieux adaptée. Sur la période de 15 ans il aurait dû être chaque année de l'ordre de 0,2 % de la masse salariale, ce qui est peu, surtout si on le compare à l'accroissement global réel de 7 % à franc constant de cette masse.

3.3.5. Les prix

On réservera le problème du prix des **produits pharmaceutiques** qui sont mal suivis par les indices existant, compte tenu de la constante apparition de produits nouveaux (qui, en fait, ne le sont pas toujours réellement). Sur des produits précis tels que les antibiotiques ou les hormones, on a assisté en 15 ans à des baisses de prix considérables que permettait l'amélioration des procédés de fabrication dans une grande industrie.

Les prix des « services médicaux » ont, quant à eux, toutes raisons de croître, « à prix relatifs », c'est-à-dire de croître plus vite que l'ensemble des prix à la consommation. En effet les « services », en règle, ne donnent lieu qu'à de faibles gains de productivité ; nous avons déjà évoqué ce problème.

Les prix des **actes de médecins** sont, de plus, ainsi qu'on l'a vu, soumis à une forte pression, étant donné l'insuffisance de l'offre. Il est difficile de faire la part des deux phénomènes dans l'évolution observée. Entre 1950 et 1966, leurs prix relatifs se seraient accru de 2,6 % par an. Cette croissance serait inférieure à 2 % depuis 1961, année d'application des conventions médecins-caisses. Dans l'ensemble les médecins et leurs syndicats semblent

avoir mené une politique très raisonnable qui permet jusqu'à présent au régime des conventions de se maintenir. Il n'en reste pas moins que les Pouvoirs Publics n'ont qu'une très faible marge de manœuvre pour contenir ces prix. Toute tarification autoritaire qui s'éloignerait par trop de l'équilibre du « marché » compromettrait sans doute rapidement la possibilité des accords conventionnels (1).

Les prix des soins hospitaliers se sont accrus, à prix relatifs, plus lentement : 1,2 % par an sur 16 ans. Cet accroissement tient essentiellement à l'évolution des salaires du personnel, lui aussi personnel de « service ». Naturellement il s'agit là de l'évolution du prix des soins hospitaliers abstraction faite du constant accroissement du volume des actes et services fournis « par journée » d'hospitalisation. Le contenu d'une journée d'hôpital n'a aucun rapport avec ce qu'il était en 1950, en raison des évolutions des techniques d'examen et de traitement. Le « prix de journée » moyen de l'ensemble des établissements publics a augmenté en effet « à prix relatif » de 6,7 % par an sur 16 ans. C'est-à-dire que le volume des services et biens consommés par journée d'hospitalisation aurait augmenté, à prix constants, de 5,4 % par an (2). Des tentatives ont été faites par les Pouvoirs Publics pour freiner cet accroissement du prix de journée. Lors de la préparation du Ve Plan il avait été fixé comme limite un accroissement annuel à prix constants de 3,5 %, à prix relatifs de 4,9 %. Cette directive était par trop irréaliste, face au développement technique des soins hospitaliers et à la tendance générale. En fait, entre 1960 et 1966 le taux de croissance a atteint 5,6 % à prix constants. Une poussée plus forte est à prévoir en 1968 et 1969, le personnel hospitalier ayant obtenu en juin 1968 des améliorations des salaires, des horaires et des conditions de travail.

4. — LES CHOIX ET LES ACTIONS

Dans la situation présente, après les évolutions auxquelles nous avons assisté, face aux perspectives qui s'ouvrent, l'analyse des données dont nous disposons nous permet-elle de guider le choix des actions les plus raisonnables et les plus efficaces ? Nous avons suffisamment insisté sur l'insuffisance de nos observations et de nos études pour être certains que notre ignorance des phénomènes et la mauvaise compréhension de leurs mécanismes nous laissent assez impuissants à concevoir et gouverner le système optimum qui répondrait aux buts que nous fixerions. Néanmoins, quelques hypothèses, réflexions ou attitudes de bon sens doivent être possibles.

4.1. LES VARIABLES D'ACTION

Chaque fois cependant que l'on évoque des problèmes de choix et d'action deux questions préjudicielles doivent être posées : en premier lieu, existe-t-il une ou des personnes physiques ou morales aptes à faire ce choix et à réaliser cette action ? en second lieu, qui est-elle ?

(1) Le fait que 1/7 des médecins praticiens n'ait pas accepté de passer de convention et qu'ils se situent justement dans les régions médicalement les plus avancées, où la densité médicale est la plus forte, est à cet égard significatif.

(2) Cet accroissement de la consommation réelle par journée, se retrouve, assez voisin, aux U.S.A. pour autant que les données et les conditions de fonctionnement soient comparables.

Quand on en vient à parler d'une « politique sanitaire », on doit naturellement concevoir que les effets réels de toute « politique » sont les résultats des décisions et actions des Pouvoirs Publics et des multiples décisions et actions de divers autres « agents » : entreprises, consommateurs, syndicats, groupes de pression, etc. La description d'un système ou la prévision du déroulement d'un programme doit intégrer ces décisions et actions multiples, souvent naturellement contradictoires, aboutissant parfois à un modèle de « jeu » entre adversaires.

En fait, quand on pense à la détermination d'une « politique » on se limite plutôt aux décisions que doivent prendre les Pouvoirs Publics et peut-être — selon les structures politiques et juridiques de chaque pays — quelques instances collectives possédant assez de responsabilité et d'autorité au niveau national ou régional pour être capables d'en orienter le cours.

On notera que les Pouvoirs Publics disposent de trois types de moyens pour mettre en œuvre leurs décisions : les législations et réglementations (1) ; la création ou l'orientation de moyens de financement, par leur propre budget ou par la création « d'institutions financières » possédant leurs ressources autonomes (2) ; l'activité de ses propres entreprises ou services publics (3).

Il est sans doute bon de se reporter à nouveau au tableau 1 pour faire une revue assez complète des **variables d'action** qui peuvent correspondre aux activités ou aux relations des divers agents. Nous nous efforçons de les considérer successivement, notant à quel poste [0] ou flux elles s'appliquent.

4.1.1. Les particuliers

La demande constamment croissante des particuliers (poste [4]), élément moteur des évolutions observées, est, nous l'avons vu, peu influençable par des actions publiques. Elle dépend avant tout du progrès technique et de la connaissance qu'en ont les malades, soit par les diverses voies d'informations, soit par leur médecin : elle est donc pour une grande part conditionnée par la formation que ceux-ci auront reçue. Notons que l'« éducation sanitaire » du public est un moyen d'action difficile à manier mais, qui en tout état de cause, a le plus souvent pour but d'accroître la demande d'exams et de soins.

Nous n'insisterons pas sur les divers facteurs psycho-sociologiques étudiés au § 2.1.2. Leur évolution « naturelle » les exclue le plus souvent des variables d'action.

A l'opposé, la puissance des particuliers ne doit pas être sous-estimée. Aucune décision autoritaire ne peut vraiment prévaloir contre leur attitude ou la pression de l'opinion publique. Nous en avons vu des exemples : la clientèle ne fréquentant pas l'hôpital ou le dispensaire si certaines qualités des services y sont critiquables ; les malades faisant appel à un secteur parallèle, même coûteux, s'il n'est pas satisfait de celui qui lui est offert ; la pression de l'opinion obligeant à revenir sur des mesures d'aggravation du ticket modérateur ; l'affiliation à une mutuelle si la couverture par les assurances sociales apparaît insuffisante.

(1) Telle que la législation sur l'exercice de la médecine, ou la réglementation des tarifs de soins médicaux.

(2) Telles que les assurances sociales.

(3) Tels que les hôpitaux, les universités, etc.

4.1.2. Les entreprises

Au niveau des entreprises les variables d'action dont disposent les Pouvoirs Publics sont naturellement très différentes selon qu'il s'agit d'entreprises privées ou de ses propres entreprises.

En ce qui concerne les entreprises privées, elles se limitent : aux réglementations, qui ne peuvent guère aller au-delà de la fixation de normes garantissant des qualités techniques ; aux actions sur les prix, dont nous avons vu les limites ; aux restrictions d'installation qui sont difficiles à manier.

Pour ce qui concerne ses propres établissements, par contre, ils disposent de toutes les libertés de développement et peuvent en faire de puissants instruments de production de soins.

On peut distinguer trois niveaux lorsque l'on envisage les objectifs que doit atteindre l'appareil médical de production.

Le premier niveau est celui de **la gestion de l'entreprise** (1) qui doit s'efforcer de résoudre trois problèmes : assurer une gestion courante correcte, c'est-à-dire la meilleure organisation et la meilleure combinaison des facteurs de production (1) par le choix des techniques, des matériels, des personnels les mieux adaptés (poste [2]) ; concevoir le programme de production des types et qualités de services qui répond le mieux à la demande, celle-ci devant donc être analysée correctement de façon continue (2) (relations entre poste [1] et [4]) ; concevoir un plan de développement, c'est-à-dire d'investissement en matériel et personnel répondant aux évolutions prévisibles de la demande (3).

Le deuxième niveau est celui des **interrelations entre les entreprises** (4). Elle ont deux aspects. D'une part doit être assurée la **complémentarité** des établissements spécialisés, pour que puissent être fournis tous les services nécessaires à un même malade soit à un instant donné soit aux diverses étapes du processus de soins. La relation la plus importante et la plus mal réalisée en France est celle qui doit exister entre l'hôpital et le médecin praticien, celui-ci devant assurer l'orientation du malade vers un établissement, puis le suivre après sa sortie. Incontestablement un gros effort doit être fait pour améliorer cette liaison. Par ailleurs il existe une **concurrence** entre entreprises de soins. Nous avons vu comment elle se développe entre établissements hospitaliers publics et privés, ceux-ci ayant la possibilité de se placer dans une situation favorable où ils sélectionnent les cas les plus rentables. On peut imaginer des solutions qui corrigent cet état anormal du marché. Car, par ailleurs, la situation de concurrence doit être maintenue, que ce soit entre entreprises publiques et privées ou entre entreprises publiques vis-à-vis desquelles les malades et les médecins doivent conserver **la liberté de choix**. La concurrence est l'un des plus importants stimulants garantissant le progrès et la qualité, contre l'inertie et la médiocrité.

Le troisième niveau est celui des **réseaux régionaux** et de leur adaptation aux populations à desservir (5). On a vu qu'il pouvait y avoir quelque difficulté à déterminer l'optimum d'un réseau de distribution des soins face à des critères de satisfaction et de coût contradictoires. L'analyse de ce problème n'a pas été poussée suffisamment loin pour que des réponses

(1) Cf. réf. : [32], [35], [45], [54], [55].

(2) Cf. réf. : [7], [12], [13], [17], [22], [32], [39], [42], [44], [51], [52 III].

(3) Cf. réf. : [3], [23] et op. cit. note (2) ci-dessus.

(4) Cf. réf. : [22].

(5) Cf. réf. : [17], [22].

précises puissent être données. Pourtant le schéma 5 ne peut manquer de provoquer quelques réflexions. On ne peut s'empêcher de penser que le schéma simplifié présenté à côté de lui (graphique 6) satisfait pratiquement à toutes les exigences : il ne se compose que de deux types d'entreprises. Des centres hospitaliers (**et universitaires**) complets, capables d'héberger tous les types de malades, couvrant toutes les spécialités, assurant toutes les consultations générales, spécialisées, systématiques, possédant toutes les possibilités de secours mobile d'urgence. Par ailleurs des cabinets médicaux (individuels, de groupe ou dispensaires assurant le contact direct avec les malades, et en liaisons étroites avec l'hôpital).

La médecine semble en effet poursuivre avec retard une évolution archaïque vers une prolifération d'entreprises spécialisées. C'est le type de développement caractéristique d'une époque antérieure, où les spécialistes sont encore peu nombreux, où les villes sont petites et ces quelques spécialistes, par conséquent, toujours proches de leurs clients, où ces spécialistes ne sont réservés qu'à une petite « élite » capable de les payer. Le développement d'un système de distribution à la disposition de la masse de la population dans les grandes agglomérations urbaines actuelles tourne le dos à ces structures : tous les systèmes de distribution s'orientent vers la polyvalence dans de grands ensembles : centres commerciaux, supermarchés, centres administratifs, centres culturels, grands magasins, centres de sport et loisirs, cités de vacances. L'appareil médical doit, sans doute aussi, être maintenant conçu en ce sens, d'autant que la coordination des spécialistes complémentaires y est particulièrement indispensable.

Un tel réseau est-il utopique, sur le terrain ? Il suffit d'observer que le type d'établissement polyvalent auquel on est amené à songer est celui qui conviendrait pour 100 000 habitants environ (et bientôt sans doute pour moins). Une carte des densités de population d'un quelconque pays européen montre qu'il ne sera jamais à plus de 20 à 30 km de quelqu'usager que ce soit, donc à moins d'une demi-heure, si le réseau de circulation est correct ; mais il sera à moins de 5 km de la majorité de la population. En effet, dans la société actuelle l'habitat urbain devient la règle. Les solutions générales doivent être conçues pour ce cas : les solutions exceptionnelles, adaptées aux populations dispersées des campagnes, n'exigeront que quelques organisations intermédiaires (cf. graphique 6).

Naturellement il ne s'agit là que d'une vue schématique. L'organisation de tels réseaux ne peut se fonder sur des concepts, souvent totalement arbitraires, de « normes » (1), mais seulement sur l'étude de la situation et du « marché » réels rationnellement menée.

Quant aux **structures juridiques** des entreprises, il nous semble qu'elles n'ont pas une très grande influence sur les conditions de production, et en auraient encore moins si la qualité de la production des entreprises privées était contrôlée de plus près et si la gestion des entreprises publiques était améliorée. Les comparaisons internationales pourront mieux éclairer cette question et confirmer ou infirmer l'impression que nous exprimons ici.

4.1.3. Les « administrations »

Les « administrations », représentent assez bien ce que nous avons tenté de délimiter, en tête de cette section sous le nom de « Pouvoirs Publics ».

(1) Les études soviétiques sur ce sujet ont le mérite de montrer que la particularité essentielle d'une « norme » est de se modifier de façon constante, le professeur Popov décrit l'évolution des « normes » de lits hospitaliers/population, passant de 5 à 15 de 1910 à 1960, et bientôt naturellement à 20.

En principe ils sont maîtres de leurs choix et actions, sous réserve des oppositions irréductibles qu'ils peuvent rencontrer de la part d'autres agents ; et sous réserve aussi de leur réelle possibilité de décision positive : car, en fait, ils sont naturellement composés de centres de décisions multiples dont la cohérence des motivations et décisions est très difficilement assurée.

Trois types d'actions relèvent spécialement de leur domaine en dehors des possibilités de réglementation des prix, dont nous avons déjà évoqué les divers aspects et les limites.

Nous serons brefs sur le problème **du financement** (poste [5]) des divers systèmes sociaux qui permettent, l'« assurance » du risque de mauvaise santé. Soulignons que ce rôle d'« assurance » est leur objectif fondamental ainsi qu'on l'a indiqué dès le § 2.1.1. La gestion de ces organismes n'est financièrement correcte que lorsque leurs recettes sont constamment adaptées au « risque », et non pas fondées sur des bases sans relation avec lui. Nous avons indiqué au § 3.3.4. ce qu'il en coûtait d'assurer cette cohérence. Ce coût n'est pas disproportionné avec les possibilités d'une nation dont l'économie progresse à un rythme convenable (1).

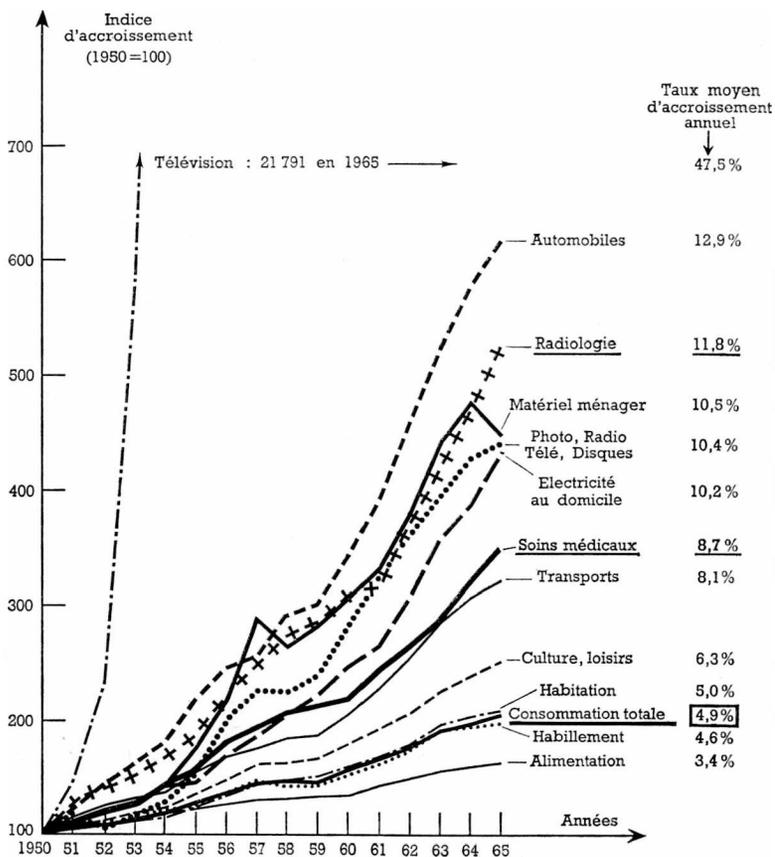
Pour les financiers se pose la question du choix de **l'assiette des prélèvements fiscaux et parafiscaux**. Mais savoir s'il est préférable de recourir à des primes proportionnelles au risque de chacun, ou proportionnelles à son salaire, ou progressives avec son revenu, n'entre pas dans le problème que nous traitons ici : ce choix ne doit dépendre que des jugements que l'on porte, par ailleurs, sur la distribution des revenus entre les membres de la société et des corrections que l'on veut y apporter, si on la trouve injuste, par des redistributions de revenu.

Dans les divers pays du monde on peut observer des systèmes très différents de financement de l'« Assurance maladie ». Le choix sur ce point paraît importer assez peu. Du point de vue des Comptes Nationaux et de l'économie nationale, les résultats sont identiques. Nous pensons qu'on peut seulement être assurés que si les « Pouvoirs Publics » démissionnaient de leur rôle en ce domaine, la raisonnable prévoyance des particuliers y suppléerait par des systèmes privés. L'évolution des mutuelles en France (cf. § 3.3.4) en est l'indice. Rien ne serait changé du point de vue économique général. On y perdrait sans doute sur le plan de **l'économie** de gestion du système et sur celui de la **justice** d'une redistribution et d'une péréquation nationale.

En fait les Pouvoirs Publics ont **deux moyens d'action essentiels** sur le développement des moyens de soins. Ces variables d'actions, les plus puissantes entre leurs mains, sont : d'une part les **investissements** des hôpitaux publics (postes [8][9]) qui constituent un élément central et moteur de tout l'appareil médical ; d'autre part **l'enseignement et la formation** des praticiens et des personnels d'auxiliaires médicaux (poste [**]). Car le problème de la médecine, comme celui de tout secteur de production est un problème technique : il se résoud par l'effort de découverte, d'investissement, de formation. C'est sur ces points que les Pouvoirs Publics ont à faire leurs choix et que sera jugée leur action ; l'inaction, l'absence de décision, le report de décision ont en effet le même sens qu'un refus.

(1) Le patronat prend sur ces points des positions doctrinales et pousse à certaines orientations restrictives de la politique de Sécurité Sociale. Les cotisations sociales sont une part (salaires indirects) de la masse salariale. En fait, leur niveau se discute indépendamment du niveau des salaires directs. Il est tentant d'essayer de gagner sur elles. Normalement les discussions devraient porter sur le salaire total, direct ou indirect. C'est au salarié seul qu'il appartiendrait de choisir le pourcentage respectif de chacune de ces deux parts.

GRAPHIQUE 12
Évolution de la consommation médicale,
comparée aux autres consommations françaises.



4.2. LES CHOIX

4.2.1. Les tendances

Les grands choix d'une nation se font dans un contexte plus large. Le graphique 12 ⁽¹⁾ donne une idée de la façon dont les Français font ces choix, de la façon selon laquelle ils affectent leurs revenus croissants aux diverses possibilités de satisfactions de leurs besoins qu'offrent nos progrès. Dans nos économies en expansion ce sont les **taux de croissance** qui indiquent vers quoi nous allons et ce que sont nos choix. Le graphique 12 serait plus complet s'il indiquait aussi les taux de croissance des grands secteurs collectifs (ou publics) qu'on a le tort de ne pas traiter comme des secteurs de production. Ici la médecine apparaît placée à un rang honorable mais qui n'a rien d'exceptionnel. Il n'est pas sûr que ce rythme de développement lui permettra de mettre réellement à la disposition de tous les découvertes scientifiques qui se font et vont se faire. Car nous sentons bien, dans toute notre étude de l'économie médicale, que nous nous heurtons à des facteurs limitatifs graves. Il est inquiétant de constater que nos nations semblent parfois impuissantes à les vaincre ⁽²⁾. On nous accuserait facilement de faire un plaidoyer « pro domo ». C'est pourquoi nous pensons nécessaire de considérer de façon plus large ces choix fondamentaux qui s'offrent à nos sociétés. Les problèmes qui vont se poser sont peut-être autres que ceux qui font actuellement l'objet de nos fiertés et de nos bulletins de victoires. Il nous semble que ce sont plutôt des problèmes tels que la médecine, l'organisation de nos villes, la sécurité du plein emploi, l'enseignement supérieur et continu de tous, la culture et l'art de masse, la recherche scientifique, la bonne intégration des personnes âgées dans la vie de la société ⁽³⁾. En résumé des choix qui seront peut-être davantage les choix des conditions d'« activité » de chacun plutôt que les choix de ses « consommations ».

4.2.2. La « rentabilité économique »

Il est inquiétant d'observer que certaines attitudes d'esprit apparaissent comme des « déviations » vis-à-vis des sains fonctionnements de l'organisme social ⁽⁴⁾. On observe de telles attitudes face au développement des soins médicaux : on se demande parfois s'ils sont « économiquement rentables » ⁽⁵⁾. On peut s'interroger sur le sens que l'on donne à une telle notion. La science économique n'est, comme toute science, qu'un système de lois que nous essayons d'élaborer pour mieux comprendre une **catégorie** de phénomènes et mieux agir sur eux. Mais elle n'est, comme toute branche de la science, qu'un système de référence, n'ayant de valeur que dans les limites de ses catégories, aucune en dehors d'elles ⁽⁶⁾. Le petit graphique 13 sera sans doute assez explicite. Il existe un cycle économique de production. Les critères de « rendement économique » ne s'appliquent qu'au fonctionnement de ce cycle. Mais son seul rôle est d'alimenter le flux des **consommations finales** ⁽⁷⁾.

(1) Cf. réf. : [50], [51].

(2) La difficulté en France, plus grande encore semble-t-il aux U.S.A. ou en Grande-Bretagne, à former les effectifs médecins qui seront demain nécessaires apparaît comme un de ces symptômes inquiétants.

(3) Problèmes de chaque nation. Car nous n'évoquons pas ici le problème le plus impérieux, celui d'assurer l'équilibre mondial par le progrès **accélééré** des pays sous-développés.

(4) Ainsi les malformations d'un système enzymatique ou d'un système mental dévient les métabolismes ou comportements d'un organisme vivant vers des fonctionnements inadaptes et parfois mortels.

(5) C'est-à-dire si l'accroissement de production qu'ils permettent « justifie » leur coût.

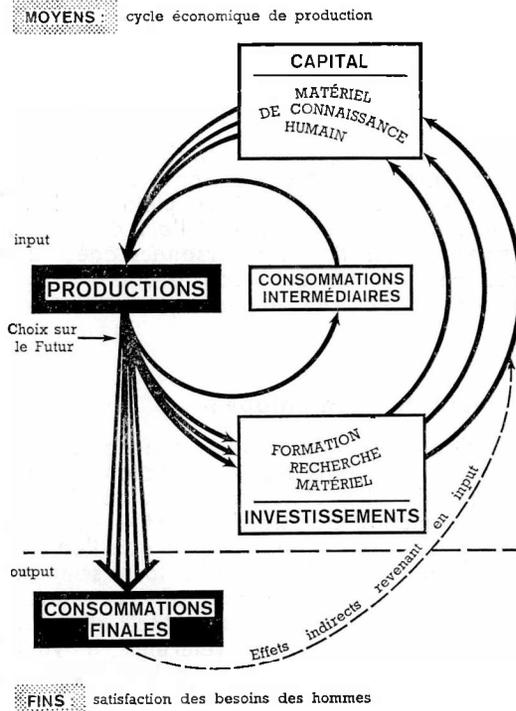
(6) Ainsi par exemple de la mécanique : le fait qu'un appareil a le meilleur « rendement mécanique », ne prouve pas qu'il soit le meilleur d'un point de vue thermodynamique ou biologique, ou même qu'il présente pour nous une utilité quelconque.

(7) En y incluant naturellement les « services » publics.

Seules des activités qui y aboutissent méritent le nom d'activités productrices (1). La médecine est de celles-ci, elle qui a le rôle premier de maintenir la vie et l'équilibre organique de l'homme. Il est bien évident que le jugement sur ces consommations finales ne peut plus ressortir d'aucun critère économique mais seulement de critères physiologiques, psycho-sociologiques, voire moraux. Notons seulement que parmi les consommations finales certaines contribuent à accroître le rendement du cycle économique de production, telles l'alimentation de base, la culture, la médecine. Ce n'est là qu'une **raison supplémentaire de les considérer comme prioritaires** (2).

GRAPHIQUE 13

Le cycle économique et sa production finale.



(1) Une véritable « déviation » du sens des mots aboutit parfois à qualifier d'activités productrices des activités qui restent internes au cycle et dont le but devrait être au moins précisé sous le nom d'**activités productrices intermédiaires**. Seules devraient prendre le nom d'activités productrices celles qui aboutissent à la création de biens et services de consommation finale et toutes celles-ci méritent ce nom ; quitte à « juger » ensuite si elles sont plus ou moins utiles (alimentation de base, médecine, culture, logement, etc.) ou agréables (huitres, cravates, voitures de sport, etc.) ou nuisibles (alcool, tabac, etc.). Certes un choix essentiel est à faire sur le taux d'investissement conditionnant une croissance qui contient tous nos espoirs mais réduit d'autant nos satisfactions présentes. Citant le P^r Tinbergen (*), on peut cependant dire que « nous avons quelques droits de **demander** aux générations futures qui, grâce à nos efforts, seront plus riches que nous ». Cette revendication pour le présent se mesure par le « taux d'actualisation » sur lequel nous fondons nos investissements.

(*) A la réunion d'experts sur « l'Analyse des coûts et rendement des actions sociales » organisée par le Bureau des Affaires Sociales de l'ONU et le Ministère de la Santé Français. Rennes, 27 septembre-2 octobre 1965.

(2) Et il est intéressant, dans cette optique de calculer ce bénéfice supplémentaire, apporté, « de surcroît », à une économie.

4.2.3. Le prix de la vie humaine

Quel prix une société est-elle prête à payer pour sauver une vie humaine ? Ou, de façon à la fois plus précise et plus large, pour donner une année de vie de plus, ou une année de plus de meilleure intégrité organique ? (1) ; Voici la question à laquelle on répond implicitement par chaque décision prise dans le domaine de l'économie médicale, qu'il s'agisse de la prescription d'un médecin ou de la détermination de l'optimum d'un réseau d'hôpitaux. Nous avons tenté, avec d'autres (2), de mesurer ce qu'est réellement ce prix accepté. Nous savions bien, dès l'abord, que nous observerions d'extraordinaires disparités : dans le champ très limité de nos premières études elles vont déjà du simple au centuple. Est-ce le témoignage d'une totale incohérence et injustice et nos attitudes et décisions. A coup sûr ; bien que nous ne pensions pas a priori que l'on doive viser l'idéal simpliste d'égalisation des coûts marginaux auxquels pourraient songer des économistes. Il doit y avoir de bonnes raisons, morales, sociologiques, psychologiques et même techniques et scientifiques pour qu'il n'en soit pas ainsi. Du moins commence-t-on à saisir ainsi ce que la vie et l'intégrité de l'homme représentent et représenteront, selon les décisions que nous prendrons, comme **valeur** de nos sociétés.

C'est en fonction de ces valeurs que les « politiques » doivent choisir et décider.

(1) Cf. réf. : [14], [32], [35], [38], [39], [42], [51].

(2) Études menées aussi bien en France, qu'en Grande-Bretagne, aux U.S.A., etc.

Soulignons qu'à cet égard les mesures des « avantages » apportés par l'activité du secteur médical sont bien plus avancées que dans les autres secteurs économiques. Ils peuvent s'estimer en effet par des résultats physio-pathologiques qu'une science et une technique déjà très élaborée sont capables d'apprécier. Il ne peut en être de même pour l'alimentation que lorsqu'elle se situe à la limite de la ration alimentaire de base qu'exigent les besoins physiologiques. Il sera bien plus difficile d'estimer les avantages psychosociologiques qu'apportent les autres catégories de consommations.

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. RÖSCH, « Perspectives de la médecine française en 1965 », **Le Concours Médical**, n° 1, janvier 1958, pp. 67-82.
- [4] G. RÖSCH, « La consommation médicale des ménages d'après l'enquête de 1956 », **Consommation**, n° 3, juillet-septembre 1958, pp. 87-95.
- [5] G. RÖSCH, « 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. ROSCH, « 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^{er} 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. RÖSCH, 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. RÖSCH, « 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. ROSCH, « 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 Lannec**, 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. RÖSCH, « 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. RÖSCH, « Un modèle mathématique de la consommation de soins médicaux », *Presse Médicale*, n° 22, 1^{er} 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. RÖSCH, « 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. RÖSCH, « 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. RÖSCH, « Un indicateur de morbidité appliqué aux données d'une enquête sur la consommation médicale », *Consommation*, n° 2, avril-juin 1967.
- [43] G. RÖSCH, 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^{er} janvier 1968.
- [45] A. GEORGE « Analyse économique des conditions de fonctionnement d'un hôpital — Le centre médico-chirurgical Foch de Suresnes (1^{re} 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. RÖSCH, « 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^e 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. RÖSCH, « 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*.