

CREDOC
BIBLIOTHÈQUE

ISSN 0010-6593

Consommation revue de socio-économie

Cote
P 00CO

Crédoc - Consommation. N° 1981-001.
Janvier - mars 1981.

Num
4414-1

CREDOC•Bibliothèque



X

Sou1981 - 3278 à 3281

1981 n° 1

CREDOC

dunod

Comité de Rédaction

André BABEAU, Bernard BRUNHES, Bernard CAZES, Alain DESROSIÈRES, Alain FOULON, Xavier GREFFE, Janina LAGNEAU, Ludovic LEBART, Michel LÉVY, Louis LÉVY-GARBOUA, Arié MIZRAHI, Philippe NASSE, Henri PÉQUIGNOT, Christian ROLLET, Simone SANDIER, Nicole TABARD, Marie-France VALETAS, Alain WOLFELSPERGER, Bernard ZARCA.

Secrétariat de Rédaction

Jacqueline Niaudet, Elisabeth Hatchuel
CREDOC, 142, rue du Chevaleret, 75013 Paris, Tél. : 584.14.20

Note aux auteurs

Les auteurs qui souhaitent publier un texte (article, note ou analyse bibliographique) dans *Consommation, Revue de Socio-Économie* doivent le faire parvenir au C.R.E.D.O.C. en trois exemplaires, selon des normes qui leur seront communiquées sur demande par le secrétariat de la Revue.

Les manuscrits qui ne seraient pas acceptés par le Comité de Rédaction ne seront pas retournés.

Les auteurs recevront gratuitement 25 tirés-à-la-suite de leur article. Des exemplaires supplémentaires de ces tirés-à-la-suite pourront être obtenus aux frais de l'auteur qui en fera la demande à l'éditeur au moment de la remise des épreuves.

Abonnements/Subscriptions

Abonnements 1981 et années antérieures	<i>Subscriptions 1981 and previous years</i>
Un an, 4 numéros France 165 F	<i>One year, 4 issues 165 F</i>
Autres pays 200 F (avec taxe supplémentaire pour envoi par avion)	<i>Others countries 200 F (with supplement for air mail)</i>
Le numéro 55 F	<i>Per issue 55 F</i>

C.D.R. Centrale des Revues,
B.P. n° 119, 93104 Montreuil Cedex, France, Tél. : 374.12.45

Citations

Les citations sont autorisées sous réserve d'indication de la source. En revanche, toute reproduction de la totalité ou d'une partie substantielle d'un article doit faire l'objet d'une autorisation de la Revue et de son auteur.

Citations are permitted provided that the source is clearly indicated. However, reproduction of the whole, or a large part, of an article must have prior approval both from the journal and from the author(s).

Consommation revue de socio-économie

Sommaire/Contents

SIMONE SANDIER	Les soins médicaux en France et aux U.S.A. <i>Medical Care in France and in the U.S.A.</i>	3
JEAN-CLAUDE CHESNAIS	Génération et gain : une simulation de bilans financiers individuels par classe sociale <i>Generation and Earnings: A Simulation of Individual Financial Balances per Social Group</i>	37
GUY CAIRE	Automation : Technologie, travail, relations sociales <i>Automation: Technology, Labour, Social Relations</i>	5.1
OLIVIER FAVEREAU et MICHEL MOUILLART	La stabilité du lien emploi-croissance et la loi d'Okun : une application à l'économie française <i>The Stability of the Relationship between Employment and Growth and Okun's Law: An Application to French Economy</i>	85

LES SOINS MÉDICAUX EN FRANCE ET AUX U.S.A. (1)

par

Simone SANDIER (2)

RÉSUMÉ. — L'auteur a procédé à une comparaison des évolutions des systèmes de soins en France et aux U.S.A. de 1950 à 1978. La méthode a consisté à recueillir une information statistique aussi comparable que possible sur les moyens de production, l'utilisation, les prix et les dépenses dans le secteur de la santé; à procéder à une analyse comparative des ratios dérivés de ces données (densité de personnels, dépenses par personne, ...), à rechercher le rôle des différents facteurs dans l'évolution des dépenses de soins (inflation, mode de couverture, structure du financement, catégorie de soins, ...).

ABSTRACT. — MEDICAL CARE IN FRANCE AND IN THE U.S.A. *The author compares the change of the medical systems from 1950 to 1978 in France and in the U.S.A. Statistical data, as consistent as possible, is first collected on the means of production, the use, the prices and spendings in the health sector; then ratios issued from the previous data are analysed (personal to population ratio, expenses per capita, ...), lastly the part played by different factors is assessed (inflation, mode of insurance, financial structures, type of care, ...).*

SOMMAIRE

1. Le secteur de la santé.	4
1.1. Les facteurs de production du secteur médical.	5
1.2. L'état de santé des populations aux U.S.A. et en France.	6
1.3. Les facteurs de l'utilisation des soins médicaux.	7
2. Les dépenses de soins médicaux.	9
2.1. L'évolution des dépenses et des prix.	11
2.2. Contribution des différents facteurs à la croissance de la dépense de soins.	15
2.3. Les différents types de soins.	16
3. Le financement des soins médicaux.	22
Conclusions.	26
Annexes.	29

(1) Cet article est rédigé à partir d'une étude effectuée à la demande du N.C.H.S. (Purchase order PLDO 443079). L'auteur tient à remercier Jacqueline Niaudet qui a largement contribué à sa mise en forme.

(2) Directeur de Recherches au C.R.E.D.O.C.

L'étude présentée ici est la première partie d'une comparaison des systèmes de soins aux U.S.A. et en France : elle est consacrée à l'évolution des dépenses médicales. Par la suite, d'autres articles s'attacheront à une description plus fine des composantes de ces dépenses : l'hospitalisation, la pharmacie, les soins de médecins.

Il convient, avant d'aborder le domaine des soins médicaux, de rappeler quelques caractéristiques des deux pays qui ne sont pas sans conséquences sur la santé de leurs populations. Deux facteurs sont défavorables aux U.S.A. : la densité de la population y est plus faible qu'en France, ce qui rend plus problématique une répartition équitable des moyens de production à proximité immédiate des populations; le climat des États-Unis, souvent très froid ou très chaud, apparaît rude par rapport au climat tempéré de la France. Par contre, la population française est en moyenne plus âgée, avec une proportion plus faible de jeunes de moins de 20 ans et plus élevée de personnes âgées de plus de 65 ans (13,6 % contre 10,7 %); toutes choses égales par ailleurs, les besoins de soins médicaux sont donc plus forts en France qu'aux U.S.A. puisqu'on sait que la morbidité croît avec l'âge. La baisse du taux de natalité dans les deux pays au cours de ces dernières années a contribué au vieillissement de la population et donc à la croissance de la demande de soins.

Par ailleurs, tandis qu'en France le pouvoir est très centralisé (réglementations, organisations, tarifs uniformes pour tout le pays), aux U.S.A. le pouvoir des États est important. De ce point de vue, les États-Unis se prêtent mieux à la mise sur pied d'expériences pilotes de distribution ou de financement des soins médicaux.

*
* *

Le niveau économique de deux pays de structures industrielles et financières différentes est difficile à comparer; on ne peut que se référer à des indicateurs économiques globaux, tels que le PIB par habitant. Cependant, cet indicateur devrait être corrigé par un indice de parité pour tenir compte des pouvoirs d'achat des deux monnaies. Il n'est malheureusement pas possible de le faire chaque année et, à défaut, on corrige les indicateurs économiques pour tenir compte de l'inflation générale. Ainsi à prix constants, le PIB par habitant a été multiplié par 1,9 aux U.S.A. et 3,3 en France; l'écart entre les deux pays a eu tendance à se combler entre 1950 et 1978.

Enfin, aux U.S.A. comme en France, la période 1973-1978 a connu une inflation accélérée et un ralentissement de la croissance économique; cependant, l'évolution des dépenses de santé (que ce soit en valeur absolue ou relative) ne semble pas avoir été freinée, et dans les deux pays, le problème de leur financement s'est posé d'une façon de plus en plus aiguë.

1. LE SECTEUR DE LA SANTÉ

La distribution des soins médicaux présente des caractéristiques communes dans les deux pays, en particulier :

- les malades ont le libre choix de leur médecin;

– les médecins et les autres professionnels sont dans leur majorité payés à l'acte;

– il y a coexistence d'un secteur privé et d'un secteur public, surtout en matière d'hospitalisation.

Par contre, il existe une grande différence dans la couverture financière des soins :

– en France la population est couverte à 99 % par un régime obligatoire d'assurance maladie assurant les remboursements des frais hospitaliers, médicaux et pharmaceutiques en laissant à la charge du malade un ticket modérateur⁽¹⁾;

– au États-Unis, seuls les personnes âgées et les pauvres bénéficient des programmes Medicare et Medicaid, les autres souscrivent des assurances privées; l'hospitalisation est mieux couverte que les soins ambulatoires, la pharmacie n'est pratiquement pas remboursée.

1. 1. Les facteurs de production du secteur médical

La capacité de production des soins médicaux repose, comme dans tout secteur économique, sur le volume, la qualité et l'organisation des facteurs de production : personnel, immeubles, équipements.

Dans le domaine médical, les personnels représentent l'essentiel de ces facteurs comme dans la plupart des secteurs de production de « services », et absorbent la plus forte part des dépenses – de l'ordre de 80 %. En 1975 les effectifs de personnels employés dans le secteur de la santé s'élevaient dans les deux pays à environ 5 % de la population active.

Moyens de production pour 1 000 habitants.

	France	U.S.A.
I. Effectifs des professions de santé :		
<i>Médecins</i> ⁽¹⁾	153,1	160,2
dont :		
libéraux.....	107,8	100,0
(généralistes).....	(64,8)	(21,4)
(spécialistes).....	(43,0)	(78,6)
<i>Infirmiers</i>	386,7	681,0
dont :		
diplômés.....	123,7	230,0
<i>Dentistes</i>	50,0	52,0
<i>Pharmaciens</i>	38,8	57,0
II. Équipement hospitalier (en nombre de lits) :		
<i>Ensemble des hôpitaux</i>	10,75	6,48
<i>Nursing homes</i>		5,54

(1) Docteurs en médecine actifs.

Sources : France : ministère de la Santé et de la Famille. U.S.A. : National Center for Health Statistics, A.H.A. pour les hôpitaux.

(1) Pour un exposé plus complet on pourra se reporter à : REINHARDT (U.) : An Overview of Foreign Health Insurance Systems, *International Workshop on National Health Insurance*, September 26-27, Reston, Virginia.

Les U.S.A. disposent d'une densité plus forte pour toutes les catégories de personnel (tableau p. 5). Cependant l'écart entre les deux pays a tendance à se réduire pour les médecins et les personnels infirmiers. En effet, sur l'ensemble de la période 1950-1976 le nombre de médecins par habitant s'est accru plus rapidement en France; entre 1970 et 1976 les taux d'accroissements annuels moyens des densités ont été respectivement de 1,1 % aux U.S.A. et de 3,6 % en France. Le nombre élevé d'étudiants dans les facultés de médecine ne laisse pas prévoir de ralentissement de cette progression en France avant 1985.

Dans les deux pays, cependant, existent des zones sous médicalisées⁽¹⁾ et l'un des buts des planificateurs est d'inciter les jeunes médecins à s'y installer.

Une différence importante entre les deux pays concerne la spécialisation et l'organisation des cabinets professionnels.

Le degré de spécialisation apparaît beaucoup plus important aux U.S.A. où la proportion de médecins généralistes n'est que de 24 % alors qu'en France elle est de 60 % parmi les médecins libéraux. D'autre part l'éventail des spécialités est beaucoup plus large aux U.S.A., tant pour les médecins que pour les dentistes.

Les cabinets de médecins et de dentistes emploient plus de personnels auxiliaires aux U.S.A. qu'en France.

Dans les deux pays la politique des personnels de santé doit prendre en considération deux points : d'une part en période de récession économique, le secteur de santé peut aider à limiter l'extension du chômage, d'autre part le développement rapide des personnels n'est guère compatible avec un objectif de maîtrise des dépenses.

La capacité de production des hôpitaux est généralement exprimée en nombre de lits, indicateur cependant insuffisant pour rendre compte de la qualité des services d'hébergement et de soins. Les définitions du secteur hospitalier ne sont pas homogènes d'un pays à l'autre. Si en France on compte 10,75 lits d'hôpitaux pour 1 000 habitants, aux U.S.A., ce chiffre n'est que de 6,48 pour l'équipement hospitalier *stricto sensu*. Toutefois, l'écart se réduit sensiblement quand on tient compte des lits des « nursing homes »⁽²⁾.

1.2. L'état de santé des populations aux U.S.A. et en France

Il n'existe aucun indicateur synthétique qui permette de porter une appréciation comparative sur l'état de santé des populations en France et aux U.S.A. De même, dans aucun pays, on ne sait mesurer l'impact de l'utilisation des soins médicaux sur l'état de santé, qui dépend également de l'environnement, des conditions de vie...⁽³⁾.

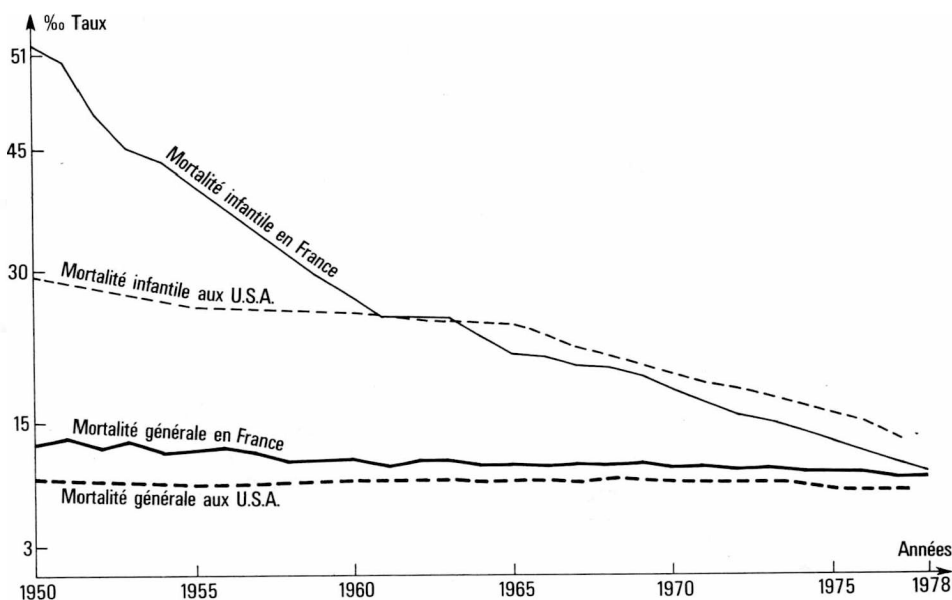
(1) KLEINMANN (J.) et WILSON (R. W.), Are "Medically Underserved Areas" Medically Underserved? *Health Services Research*, vol. 12, n°2, été 1977, p. 147-162.

(2) Établissements où les malades reçoivent essentiellement des soins infirmiers.

(3) RICE (D.) et WILSON (D.), *The American Medical Economy Problems and Perspectives in "International Health Costs and Expenditures"*, teh wei hu, éd., U.S.D.H.E.W., Public Health Service, National Institutes of Health, 1976.

Selon les indicateurs usuellement analysés dans ce domaine, taux de mortalité et espérance de vie aux différents âges, l'état de santé paraîtrait un peu plus favorable en France (graphiques 1 et 2) avec une espérance de vie pour les hommes et les femmes plus longue qu'aux U.S.A. et un taux de mortalité infantile plus faible.

GRAPHIQUE 1
Évolution de la mortalité en France et aux U.S.A. 1950-1978.



---, mortalité générale en France; - - - - - , mortalité générale aux U.S.A.
- - - , mortalité infantile en France; - - - - - , mortalité infantile aux U.S.A.

Ces données représentent des moyennes nationales qui recouvrent des disparités importantes au niveau des classes sociales et au plan régional : ainsi la différence d'espérance de vie atteint 4 ans, aux U.S.A. selon les États, et en France selon les régions.

Dans les deux pays les maladies cardio-vasculaires et le cancer représentent les deux principales causes de mortalité.

1.3. Les facteurs de l'utilisation des soins médicaux

L'influence des différents facteurs démographiques ou socio-économiques sur les consommations médicales présente des caractéristiques analogues dans les deux pays⁽¹⁾.

(1) MIZRAHI (A.), *Micro-économie de la consommation médicale*, C.R.E.D.O.C., juillet 1978; Health United States, N.C.H.S., 1978.

GRAPHIQUE 2
Espérance de vie à la naissance.



— L'âge et le sexe sont les variables qui ont le plus d'importance sur le niveau et les évolutions des différents types de soins.

— Les populations rurales ont moins recours aux soins médicaux que les populations urbaines.

— Le niveau de revenu n'a qu'une faible influence sur la consommation médicale globale mais il en a une sur la structure des soins utilisés.

Dans les deux pays, l'utilisation des soins médicaux est très concentrée : une forte proportion des dépenses est le fait de peu de malades : en France, en 1978, 72 % des prestations d'Assurance Maladie ont été versées à 10 % des consommateurs (1); aux U.S.A., en 1970, 10 % des consommateurs ont effectué 66 % des dépenses totales (2).

Cette caractéristique de la dépense médicale a de nombreuses répercussions sur la politique de santé, elle doit être prise en compte dans les décisions sur le financement collectif des soins, la diffusion des techniques, la modération des coûts.

Méthodes des comparaisons de l'évolution des dépenses

Pour tenir compte des différences existant dans les deux pays en ce qui concerne les effectifs de population, le niveau et la croissance économique, l'inflation générale, l'évolution des prix médicaux, la variabilité du taux de change \$/FF, on a considéré plusieurs approches basées sur l'étude de différents paramètres :

– la *dépense nominale par personne* (VN), exprimée en valeur courante en monnaie de chaque année ou en monnaie de l'autre pays en utilisant le taux de change moyen de l'année en cours;

– la *dépense relative par personne* (VR), obtenue en déflétant la valeur nominale par l'indice général des prix (IGP) dans chaque pays. La valeur relative est exprimée soit en monnaie de 1978 de chaque pays, soit en monnaie de l'autre pays en utilisant le taux de change de 1978. La croissance de la valeur relative exprime ce qu'aurait été la croissance de la dépense médicale si l'indice général des prix n'avait pas augmenté;

– l'*indice de prix nominal des soins médicaux* (IPN). Cet indice établi en référence à une année de base (100) permet de suivre l'évolution des prix d'un même type de soins;

– l'*indice de prix relatif des soins médicaux* (IPR) est obtenu en déflétant l'indice du prix nominal par l'indice général des prix; son évolution rend compte de ce qu'aurait été la croissance du prix des soins si l'indice général des prix ne s'était pas accru;

– le *volume des soins médicaux par personne* (VC) ou valeur à prix constants; il est obtenu en déflétant la dépense nominale pour un type de soins par l'indice de prix nominal correspondant. Le volume des soins médicaux englobe les notions de quantité (pour un bien ou un service bien défini) et de qualité (pour un ensemble de biens et services dont la composition peut varier); son évolution indique quelle aurait été la croissance de la dépense médicale si les prix médicaux n'avaient pas augmenté.

On a donc entre ces variables les relations suivantes :

$$VN = VR \times IGP = VC \times IPN = VC \times IPR \times IGP.$$

Ces relations permettent de relier l'évolution de la dépense de soins à ses composantes : prix d'une part, volume ou valeur relative d'autre part;

– la *part des dépenses médicales dans le Produit Intérieur Brut* : ce ratio est un indicateur du poids des soins médicaux dans la vie économique des pays.

(1) LECOMTE (T.), La concentration des dépenses de santé : les 10 % plus forts consommateurs, *Consommation*, n° 3, 1978.

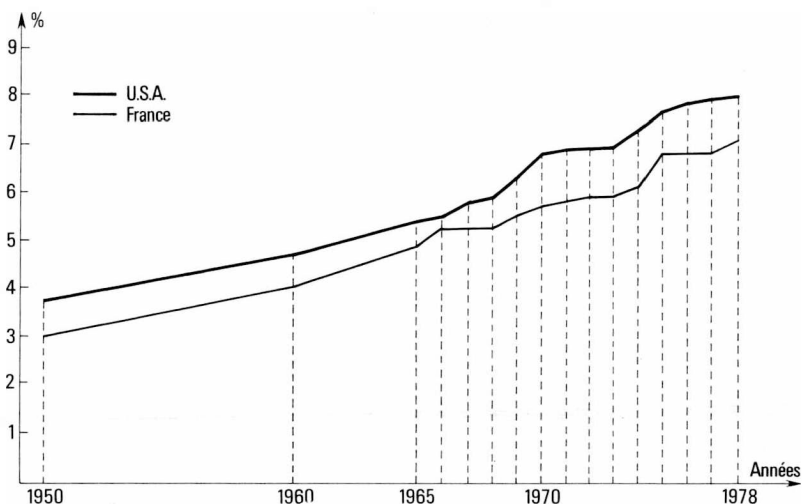
(2) DAVIS (K.) et SCHÖEN (C.), *Health and the War on Poverty*, Brookings Studies in Social Economics, 1978.

2. LES DÉPENSES DE SOINS MÉDICAUX

Les dépenses étudiées couvrent les productions et consommations de biens et services visant à la prévention, au diagnostic et au traitement des troubles pathologiques des individus. La production est assurée par des personnels qualifiés et des entreprises spécialisées; les services et les biens sont acquis sous forme marchande ⁽¹⁾ soit directement par le bénéficiaire soit par des organismes d'assurance

GRAPHIQUE 3

Poids des dépenses de soins médicaux
dans le Produit Intérieur Brut.



Les statistiques existantes dans les deux pays ⁽²⁾ permettent la comparaison : au niveau de l'ensemble des dépenses, il y a en effet une homogénéité suffisante des définitions. Par contre l'étude comparative des différents postes de soins est plus délicate.

En France, comme aux U.S.A. et comme dans de nombreux autres pays, **les soins médicaux ont occupé une place croissante dans l'économie entre 1950 et 1978** (graphique 3) :

— entre 1950 et 1960, la part des dépenses de soins dans le PIB a progressé parallèlement dans les deux pays passant respectivement de 3,8 à 4,7 % aux U.S.A. et de 3,0 à 4,0 % en France;

(1) Sont donc en particulier exclus du champ de l'étude les services médicaux des entreprises, la médecine scolaire ainsi que les frais de recherche, d'enseignement, de prévention sanitaire et collective, les dépenses de gestion des organismes d'assurance maladie.

(2) Cf. aux U.S.A. : GIBSON (R. M.), National Health Expenditures, 1978, *Health Care Financing Review*, été 1979, vol. 1, issue 1. En France : DURIEZ (M.), *La consommation médicale finale. Évaluations provisoires*, 1978, C.R.E.D.O.C., février 1979.

– entre 1960 et 1965, la progression a été plus rapide en France, sans doute en liaison avec l'extension des régimes d'assurance maladie et l'amélioration de la couverture financière des dépenses médicales;

– entre 1966 et 1970, après l'introduction des programmes Medicare et Medicaid, c'est aux U.S.A. que la part des soins médicaux dans le PIB a augmenté plus rapidement;

– enfin, après une relative stagnation du ratio dépenses médicales sur le PIB entre 1970 et 1973 – période de croissance économique soutenue – la progression a repris parallèlement dans les deux pays. Alors que la croissance économique ralentissait, la part des dépenses médicales dans le Produit Intérieur Brut est passée entre 1973 et 1978 de 6,8 à 8,0 % aux États-Unis et de 5,9 à 7,1 % en France. Par ailleurs, en 1975, année marquée aux États-Unis et en France par une diminution du niveau économique général, ont eu lieu des hausses particulièrement marquées du poids des soins médicaux dans le PIB; ces évolutions représentent un argument en faveur de la thèse d'une certaine autonomie du développement de la consommation médicale par rapport à l'économie en général.

2. 1. L'évolution des dépenses et des prix

L'évolution de la dépense de soins médicaux par personne à prix courants, bien que rapide dans les deux pays, a été caractérisée entre 1950 et 1978 par un taux d'accroissement annuel moyen nettement plus élevé en France (+ 14,1 %) qu'aux États-Unis (+ 8,8 %).

Cependant, compte tenu de l'inflation générale plus forte en France, lorsque l'on considère l'évolution de la série de dépenses à prix relatifs, l'écart entre les évolutions demeure mais se réduit : la croissance moyenne ayant été entre 1950 et 1978 de 5,0 % par an aux États-Unis et de 7,6 % par an en France (graphique 4).

La différence entre les niveaux de la dépense de soins médicaux par personne dans les deux pays s'est donc réduite au cours du temps. En 1950 les américains dépensaient en moyenne pour les soins médicaux 3,5 fois ce que dépensaient les français, en 1978 leur dépense médicale moyenne évaluée à 753 \$ restait encore supérieure à celle des français (2 841 F), mais de 20 % seulement.

Le rapprochement entre les deux pays s'est surtout opéré entre 1950 et 1960, et d'une façon moindre entre 1960 et 1974; par contre entre 1975 et 1978, l'écart mesuré sur la valeur relative est resté stable (graphique 5).

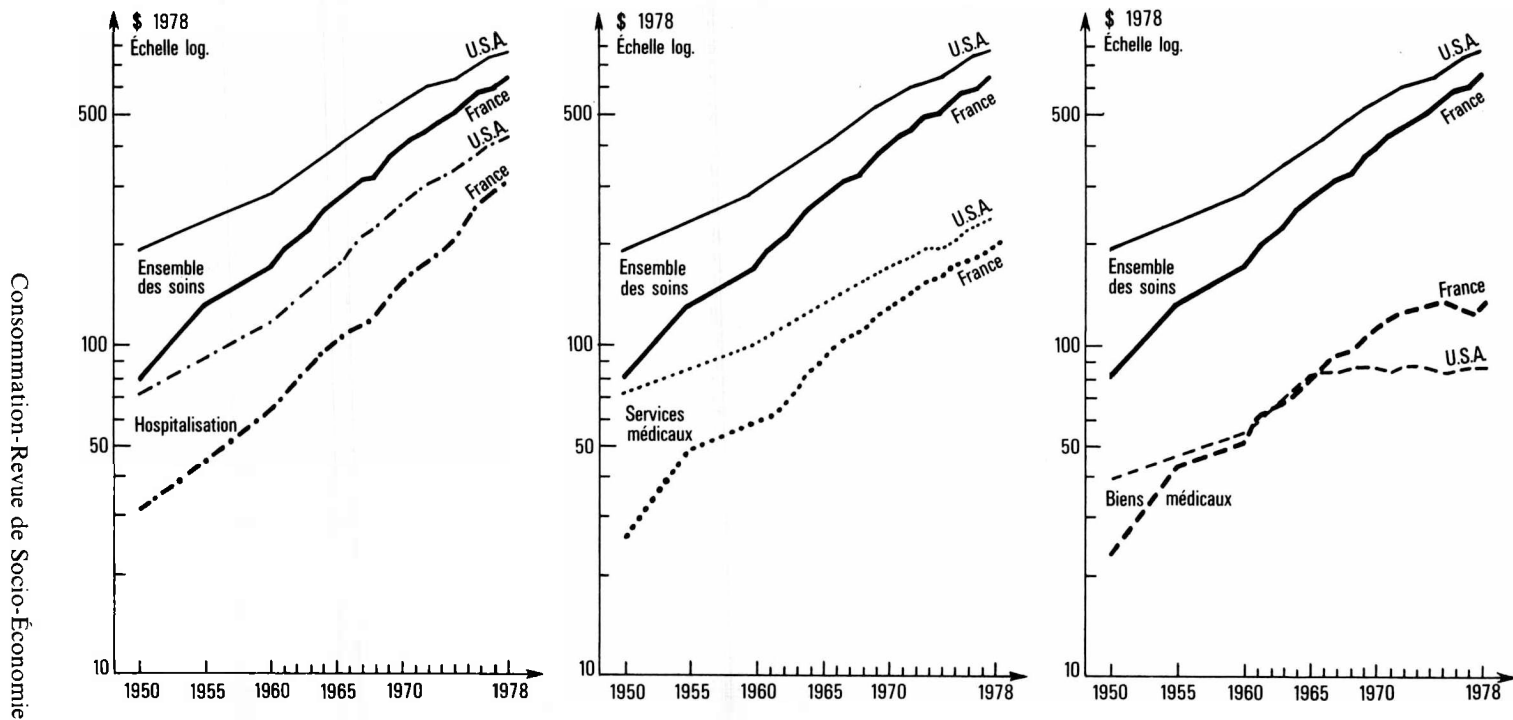
Les évolutions moyennes indiquées pour l'ensemble de la période 1950-1978 correspondent à des taux de croissance variable pour les différentes sous-périodes (graphique 6).

En ce qui concerne la valeur de la dépense à prix courants, le phénomène marquant est l'accélération de la croissance entre 1973 et 1978 dans les deux pays.

Cependant, compte tenu de la poussée de l'inflation depuis 1973, la valeur relative de la dépense médicale par personne a augmenté moins vite pendant la

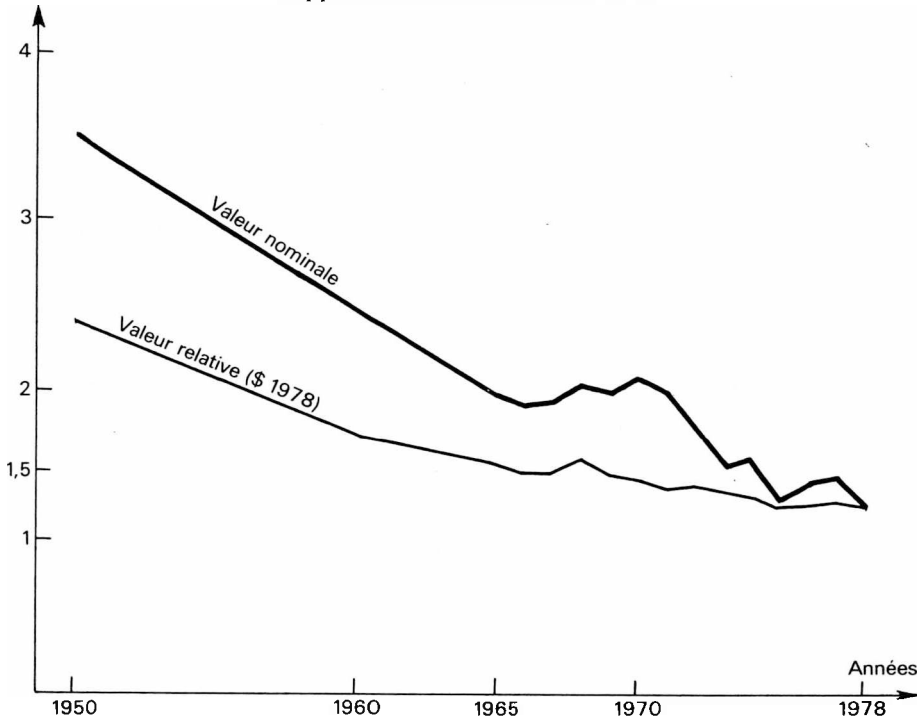
GRAPHIQUE 4

Évolution de la dépense de soins médicaux par personne
(valeur relative à l'indice général des prix).



GRAPHIQUE 5

Consommation médicale finale/personne Rapport U.S.A./France 1950-1978.



période de crise économique que pendant la période antérieure avec un taux de croissance annuelle moyenne entre 1973 et 1978 de 4,4 % aux États-Unis et de 6,1 % en France (graphique 6).

Ces croissances résultent à la fois de la progression de l'utilisation des soins médicaux — en quantité et en nature — et de l'évolution des prix des différents types de services et biens qui n'ont pas été uniformes pour toute la période.

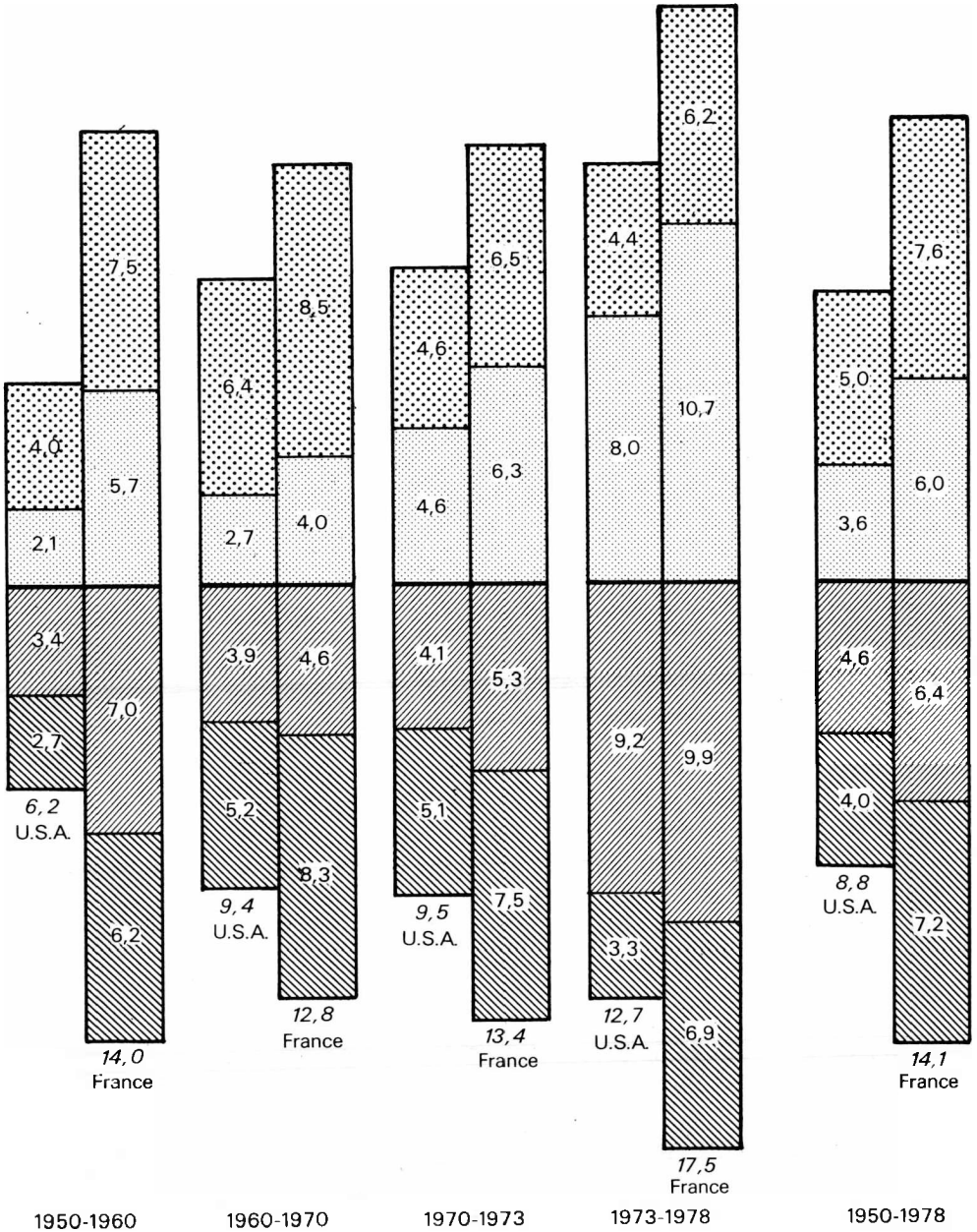
Ainsi l'évolution du **volume** des soins médicaux, qui décrit ce qu'aurait été la croissance des dépenses médicales si les prix des soins médicaux n'avaient pas varié, a été caractérisée entre 1950 et 1978 par un taux de croissance annuel moyen de 4,1 % aux États-Unis, moins élevé qu'en France (7,2 %). C'est entre 1960 et 1970 que le volume de la consommation médicale par personne a le plus augmenté dans les deux pays, aux taux de 8,3 % par an en France et de 5,2 % aux U.S.A.; à l'opposé les 5 dernières années ont été marquées par un ralentissement de la progression beaucoup plus net aux U.S.A. (+ 3,3 % par an entre 1973 et 1978) qu'en France (+ 6,9 %).

Les raisons de ce ralentissement ne peuvent être déterminées avec précision; on peut cependant considérer à titre d'hypothèses :

- qu'il était normal que la croissance ralentisse après que l'amélioration des

GRAPHIQUE 6

Contribution des différents facteurs à l'accroissement de la dépense par personne en valeur nominale Ensemble des soins médicaux



Valeur relative par personne
 Indice général des prix
 Indice du prix nominal des soins
 Volume par personne

Les chiffres inscrits sur le graphique indiquent les taux d'accroissement annuels moyens (%) des différents facteurs.

systèmes de protection sociale ait permis, entre 1960 et 1970 en France, et entre 1966 et 1970 aux U.S.A. la satisfaction de besoins de soins latents;

— que malgré l'autonomie relative de la demande de soins par rapport à l'économie générale, l'installation progressive d'une crise économique durable a contribué à ralentir la progression de la demande de soins, en même temps que celle des investissements des entreprises médicales. Dans ce dernier cas la diffusion des progrès techniques, moteur du développement des consommations de soins, aurait été freinée. Un tel effet aurait été minimisé en France par le caractère plus collectif du financement.

Les **prix** de la consommation médicale ⁽¹⁾ se sont en valeur nominale accrus plus vite en France qu'aux U.S.A. avec entre 1950 et 1978 des taux d'accroissement annuels moyens de 4,7 % aux U.S.A. et de 6,4 % en France. Cependant, dans les deux pays la progression des prix médicaux a été très proche de celle de l'indice général des prix à la consommation : l'indice de prix relatif ⁽²⁾ des soins médicaux a eu une croissance annuelle de 1,0 % aux U.S.A. et de 0,4 % en France. Pour ce paramètre, comme pour les autres, la situation se présente différemment selon les périodes : aux U.S.A. l'Economic Stabilization Program qui a duré d'août 1971 à avril 1974 explique en grande partie la baisse de prix relatif de 0,5 % par an observée entre 1970 et 1973 puis la reprise de la croissance entre 1973 et 1978; en France la baisse des prix relatifs des soins médicaux (-0,9 % par an entre 1970 et 1973; -0,7 % entre 1973 et 1978) traduit l'incidence de négociations tarifaires serrées entre les professionnels et les caisses d'assurance maladie surtout pour les services médicaux et la pharmacie.

2. 2. Contributions des différents facteurs à la croissance de la dépense de soins

Il apparaît que globalement sur la période 1950-1978, dans les deux pays l'accroissement des prix nominaux et celui du volume ont contribué chacun pour moitié à l'accroissement de la dépense médicale par personne.

Cependant le poids du volume a été un peu plus fort en France (53 contre 47 % aux U.S.A.) et inversement celui des prix plus élevé aux U.S.A. Bien que l'inflation ait été plus rapide en France, la contribution de l'indice général des prix est tout à fait du même ordre dans les deux pays (42 % aux U.S.A. et 44 % en France); par contre le poids des prix relatifs est nettement plus faible en France (3 % contre 11 % aux U.S.A.).

Pour les sous-périodes considérées la situation a été différente; les poids des prix s'accroissent dans les deux pays avec la progression de l'inflation générale (graphique 6) :

— c'est entre 1960 et 1970 que la contribution du volume des soins à l'accroissement des dépenses a été maximale se situant autour de 60 %, elle a décliné ensuite pour atteindre entre 1973 et 1978 27 % aux U.S.A. et 41 % en France;

(1) Prix implicite calculé à partir de l'évolution des prix de chaque type de soins.

(2) Indice du prix des soins médicaux déflaté par l'indice général des prix.

— corrélativement, alors qu'entre 1960 et 1970 le poids de l'indice général des prix était d'environ 30 %, entre 1973 et 1978 il contribuait pour près de 65 % à l'accroissement des dépenses. Le poids des prix relatifs des soins médicaux est resté faible; en France il a même été négatif entre 1970 et 1978, c'est-à-dire qu'en l'absence d'évolution pour les autres facteurs, la baisse du prix des soins médicaux relativement à l'indice général des prix aurait contribué à une baisse de la dépense médicale par personne. Ce raisonnement est cependant artificiel puisqu'il ne tient pas compte des compatibilités entre les évolutions des différents facteurs : la faible hausse des prix relatifs des soins n'étant pas indépendante de l'accélération de l'inflation générale.

Ce type d'analyse aide à la recherche de possibilités de modération de l'évolution des dépenses et fixe les limites des politiques envisageables. En particulier il souligne le rôle de l'inflation générale et de ses effets mécaniques sur l'accroissement des dépenses médicales.

2.3. Les différents types de soins

La dépense par personne est plus forte aux U.S.A. qu'en France pour l'hospitalisation⁽¹⁾ et les services médicaux tandis qu'au contraire la dépense pharmaceutique est plus élevée en France qu'aux U.S.A. (graphique 7).

Avec les définitions et modes d'évaluation retenus dans chaque pays en 1978 :

— la dépense par personne d'hospitalisation était avec 411 \$ aux U.S.A. plus élevée de 35 % qu'en France où elle était estimée à 1 372 F soit 304 \$;

— la dépense par personne de services de médecins évaluée en France à 414 F (92 \$) et aux U.S.A. à 158 \$ est donc supérieure de 72 % dans ce pays;

— la dépense pharmaceutique en France est avec 542 F (120 \$) plus élevée de 77 % qu'aux U.S.A. où elle a été estimée à 68 \$;

— la dépense de soins dentaires est du même ordre dans les deux pays; 60 \$ aux U.S.A. et 277 F soit 61 \$ en France.

La répartition de la dépense médicale par type de soins (graphique 8) apparaît donc différente dans les deux pays, avec en 1978 :

— une part plus forte de l'hospitalisation aux U.S.A. (54,7 %) ⁽²⁾ qu'en France (48,3 %);

— une part des biens médicaux plus forte en France (20,8 %) qu'aux U.S.A. (11,3 %);

— une part des services médicaux voisine pour les deux pays : 31,4 % en France et 30,9 % ⁽³⁾ aux U.S.A.

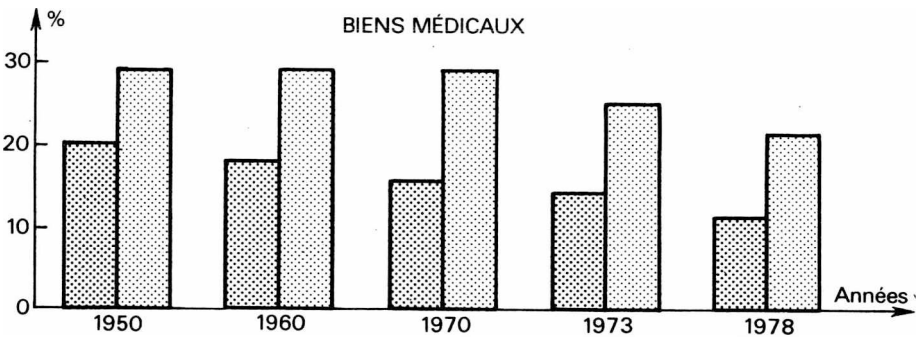
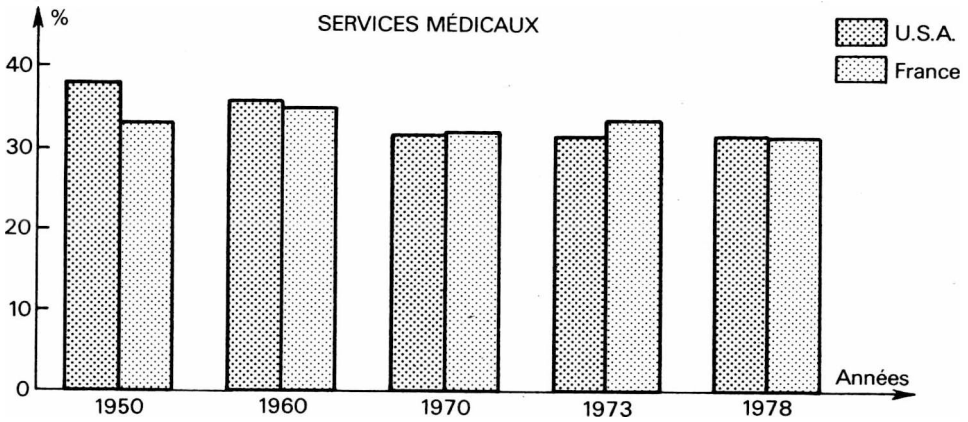
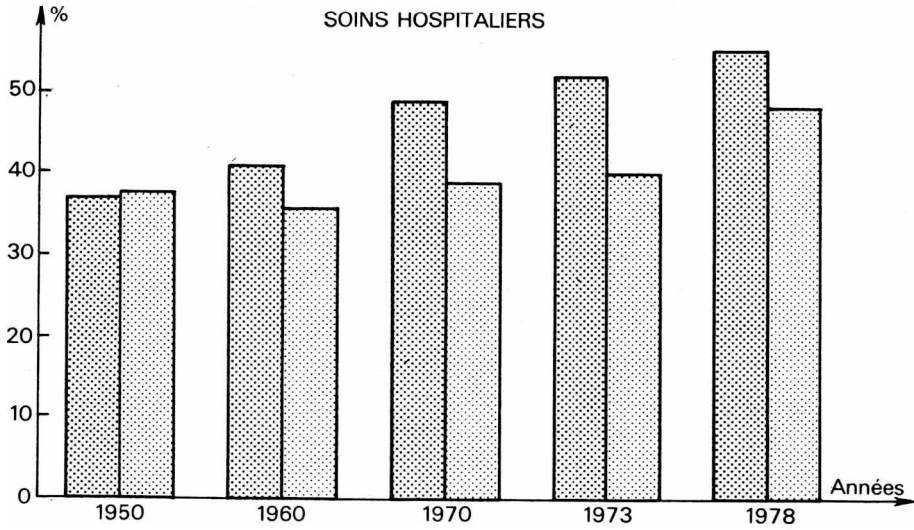
Ces données chiffrées doivent cependant être interprétées avec prudence. D'une part le champ des soins médicaux correspondant à une même rubrique n'est pas identique dans les deux pays; par ailleurs l'information statistique de

(1) Voir Annexe II, p. 33.

(2) 58,6 % si l'on inclut les honoraires des médecins et que l'on exclut les soins externes.

(3) 27,6 % si l'on retire les soins aux malades hospitalisés et que l'on ajoute les soins aux malades externes des hôpitaux.

GRAPHIQUE 7
Dépenses de soins médicaux par personne ⁽¹⁾
 1978



⁽¹⁾ Selon les définitions propres à chaque pays.

base disponible ne permet pas d'obtenir des évaluations aussi précises pour tous les postes de soins; enfin l'activité des différentes entreprises de production est variable en France et aux U.S.A. Ainsi par exemple :

— les soins aux malades ambulatoires produits dans les hôpitaux par des médecins salariés figurent aux États-Unis sous la rubrique « hospitalisation » et en France sous la rubrique « médecins »; tandis que les soins aux malades hospitalisés produits par des médecins libéraux sont compris aux U.S.A. dans les services de médecins et en France dans les dépenses d'hospitalisation (*voir* Annexe II);

— les cabinets médicaux aux U.S.A. emploient plus de personnel qu'en France; par ailleurs ils produisent plus de services; une partie donc des dépenses correspondant en France aux postes « auxiliaires » ou « laboratoires » sont classées aux U.S.A. sous la rubrique « médecins ». D'ailleurs si l'on considère l'ensemble des services médicaux (dentistes exclus) l'écart entre les U.S.A. et la France s'abaisse;

— les dépenses de pharmacie ne sont aux États-Unis que très partiellement prises en charge par des organismes de tiers payant (publics ou privés); et les évaluations dans ce cas sont particulièrement difficiles; il semble qu'elles sous-estiment légèrement la dépense réelle⁽¹⁾.

Selon nos évaluations pour le même champ que celui couvert par les statistiques françaises, il y aurait eu aux États-Unis en 1978 une dépense de soins en institution égale à 441 \$ par personne (+ 45 % par rapport à la France), une dépense de soins de médecin pour les malades ambulatoires égale à 128 \$ (+ 39 % par rapport à la France).

Par ailleurs dans les interprétations des différences de niveau de dépenses, il faut également tenir compte du fait que celles-ci résultent d'écarts à la fois sur les niveaux d'utilisation des soins et sur les niveaux de prix. Une plus grande dépense dans l'un des pays peut résulter d'un niveau de prix plus élevé, ou d'une utilisation plus grande ou de la combinaison de ces deux facteurs.

On a ainsi montré que les prix pharmaceutiques étant très nettement plus élevés aux États-Unis qu'en France⁽¹⁾ la plus forte dépense dans ce pays traduit donc une utilisation beaucoup plus élevée de produits pharmaceutiques qu'aux États-Unis.

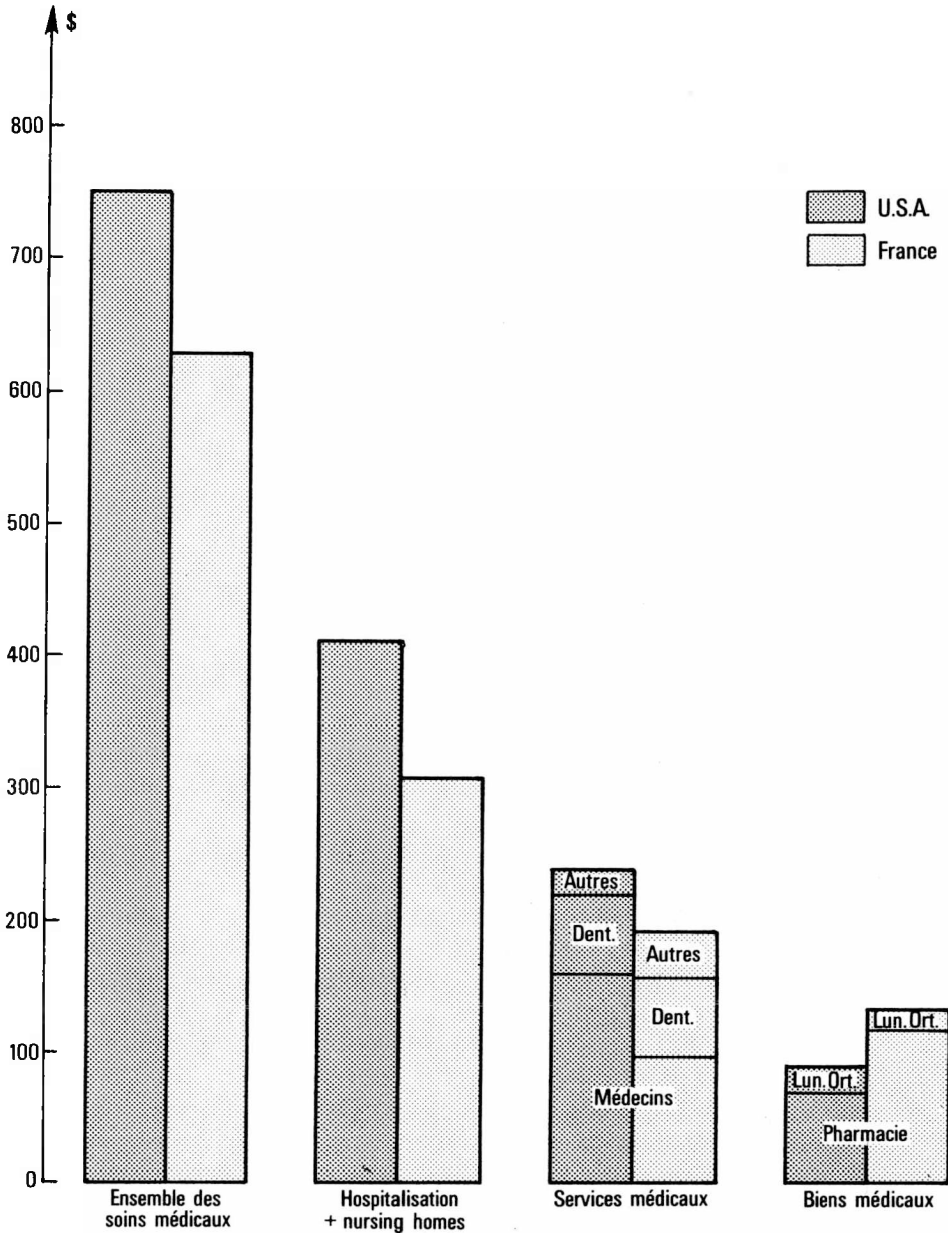
De façon générale, il apparaît aussi bien en France qu'aux États-Unis que ce sont les dépenses médicales hospitalières qui ont augmenté le plus rapidement, suivies des dépenses de services professionnels tandis que les dépenses de biens médicaux ont eu des accroissements moins rapides

Les contributions respectives des prix et des volumes à la progression des dépenses (graphique 9) ont été différentes pour les trois grands types de soins; en particulier le rôle des prix est beaucoup plus faible pour les biens médicaux : ils expliquent 20 % en France et 30 % aux U.S.A. de l'accroissement des dépenses par personne. Pour l'hospitalisation, les contributions du prix et du volume sont

(1) LENOIR (C.) et SANDIER (S.), *La consommation pharmaceutique en France et aux U.S.A.*, C.R.E.D.O.C., 1976.

GRAPHIQUE 8

Évolution de la structure des dépenses médicales par type de soins.



¹ Selon les définitions propres à chaque pays

très voisines, pour les soins médicaux aux malades ambulatoires et à domicile la contribution des prix — 60 % environ — excède celle du volume (40 %). Il faut souligner que ces conclusions sont valables dans les deux pays en dépit des disparités de niveau de la consommation médicale et de son évolution, malgré le rôle différent des organismes d'assurances dans la couverture financière des soins et la fixation des prix, et bien que le climat économique général n'ait pas été identique dans les deux pays.

Conséquence des évolutions variables pour les différents soins dans les deux pays entre 1950 et 1978, la structure des dépenses médicales s'est modifiée, la part

Dépenses de soins médicaux par personne.

Valeur nominale.

Taux d'accroissement annuel moyen 1950-1978.
(%)

	U.S.A.	France
Soins hospitaliers.....	10,4	15,1
Services médicaux.....	8,1	13,9
Biens médicaux.....	6,6	11,4
Ensemble.....	8,8	14,1

des dépenses correspondant à l'hospitalisation s'est accrue, celle consacrée aux biens médicaux a diminué, celle des services médicaux est restée stable (graphique 8).

La part des soins en institution ⁽¹⁾ dans les dépenses est passée aux États-Unis de 37,1 % en 1950 à 54,7 % en 1978. Cette croissance correspond à une augmentation plus rapide pour les nursing homes que pour les hôpitaux proprement dits. En France, où la distinction des dépenses dans ces deux types d'établissements n'est pas faite, la progression de la part des soins hospitaliers dans les dépenses a accompagné l'effort de modernisation et d'amélioration du confort des hôpitaux ainsi que la médicalisation des établissements pour personnes âgées.

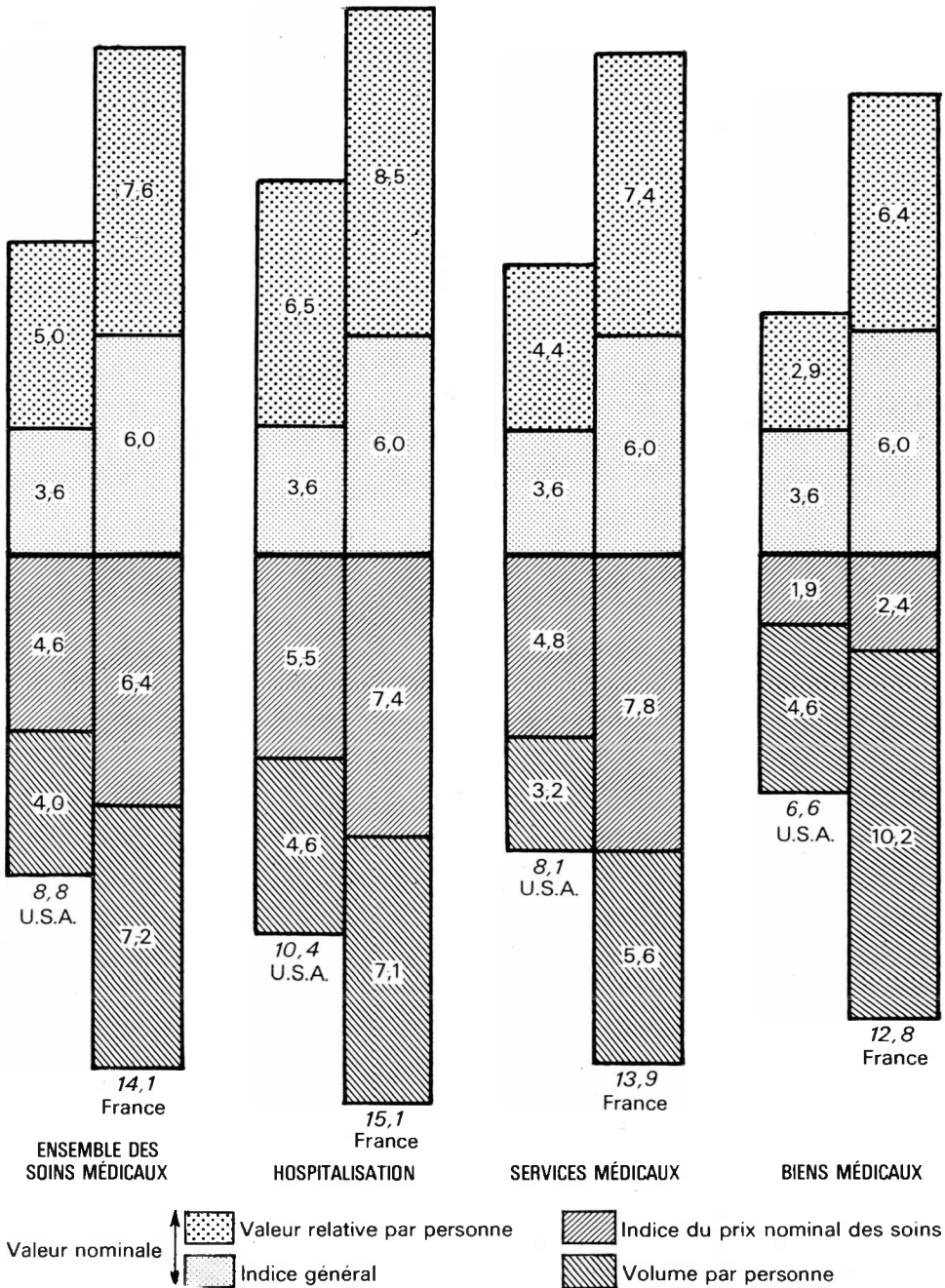
La stabilité de la part des dépenses correspondant aux services médicaux est un phénomène global qui agrège des situations variées parmi les différents professionnels. Dans l'ensemble des services médicaux (soins dentaires exclus), la part des soins de médecins a diminué dans les deux pays; elle était en 1960 de 85,1 % en France et de 91,1 % aux U.S.A., tandis qu'en 1978 elle n'atteignait que 70,9 % en France et 66,6 % aux U.S.A. Corrélativement la part des autres professionnels s'est accrue, passant entre 1960 et 1978 aux U.S.A. de 8,9 à 33,4 %, et en France de 14,9 à 29,1 %.

Ces chiffres montrent que dans les deux pays les processus de traitement suivis par les malades font de plus en plus appel à des soins produits par des professionnels variés autres que les médecins; que d'un point de vue économique la part d'activité que les médecins consacrent à la production proprement dite

(1) Hôpitaux et Nursing Homes.

GRAPHIQUE 9

Contribution des différents facteurs à l'accroissement des dépenses par personne 1950-1978



Les chiffres inscrits sur le graphique indiquent les taux d'accroissement annuels moyens (%) des différents facteurs.

diminue au profit de la part consacrée à la prescription de services produits par d'autres.

La baisse du poids des biens médicaux dans les dépenses est pour une bonne part le reflet de la moindre hausse des prix de la pharmacie comparativement aux autres soins médicaux. En France, la part des biens médicaux qui s'est abaissée de 28,9 % en 1950 à 20,8 % en 1978 est cependant restée sur toute la période nettement supérieure à ce qui pouvait être observé pour les États-Unis : 20,5 % en 1950 et 11,3 % en 1978.

Il semble qu'aux U.S.A., l'introduction en 1966 du Medicare et du Medicaid, qui ont entraîné une meilleure couverture des soins hospitaliers, ait déclenché d'une part la baisse de la part de la pharmacie dans les dépenses — alors qu'elle était restée stable entre 1950 et 1965 — et d'autre part, dans une certaine mesure, une substitution des soins ambulatoires par des soins en hospitalisation.

3. LE FINANCEMENT DES SOINS MÉDICAUX

Dans son organisation, le financement des soins médicaux est très différent en France et aux U.S.A. Entre 1950 et 1978 :

— *un plus grand nombre de personnes a été protégé* par un système d'assurance. En France la Sécurité Sociale a été progressivement étendue des salariés aux exploitants agricoles, puis à l'ensemble des professions indépendantes. En 1978, 99 % de la population étaient couverts par l'Assurance Maladie. Aux U.S.A., depuis 1966 du fait de l'introduction des programmes Medicare et Medicaid, les personnes âgées de plus de 65 ans et celles ne jouissant que de faibles revenus, ont bénéficié de la prise en charge d'une partie de leurs dépenses médicales; par ailleurs un nombre croissant de personnes a souscrit des assurances privées pour les différents soins : ainsi, par exemple ⁽¹⁾, parmi les personnes de moins de 65 ans, entre 1970 et 1976 la proportion de personnes assurées est passée de 35,2 à 62,2 % pour les soins de médecins; de 6,6 à 24,0 % pour les soins dentaires; de 53,5 à 76,3 % pour la pharmacie prescrite;

— *l'amélioration de la couverture pour les personnes assurées* : en France en particulier le ticket modérateur a été supprimé pour un nombre croissant de maladies; la signature de conventions entre la Sécurité Sociale et les médecins en 1960, 1971, 1975 a assuré un meilleur remboursement des frais engagés;

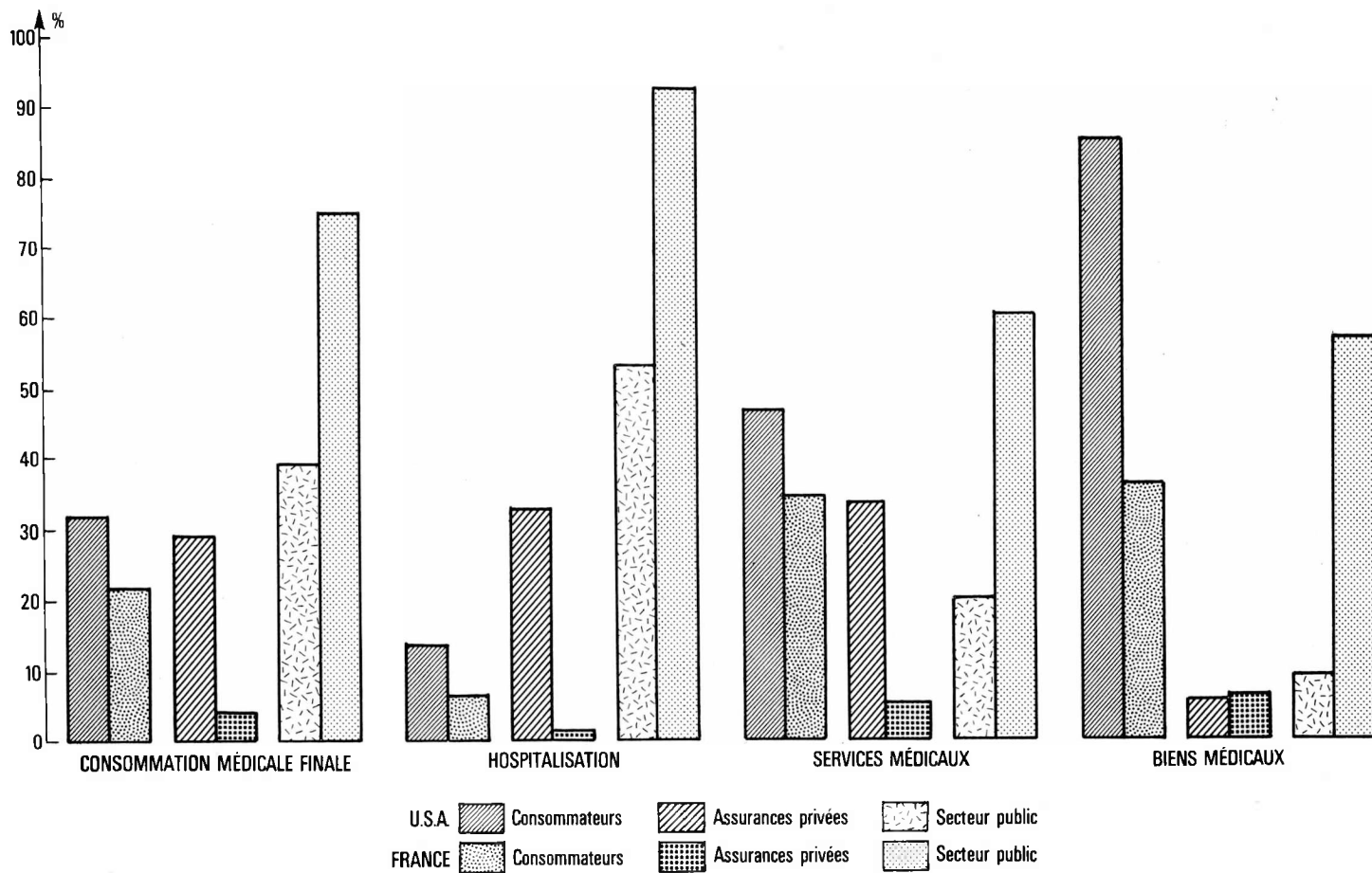
— *les changements de la structure des dépenses par type de soins* et en particulier le glissement vers l'hospitalisation généralement mieux couverte que les autres soins par les assurances médicales.

Ces dispositions ainsi que les taux de prise en charge pour les différents soins se reflètent dans les différences de structure de financement des soins médicaux (graphiques 10 et 11) :

— *en 1976, la part du secteur public était très nettement plus élevée en France* (74,5 % des dépenses) qu'aux États-Unis (39,1 %);

— *la part des assurances privées aux États-Unis était plus forte* : 28 % contre 3,7 % en France;

(1) *Source*: Statistical Abstract of the United States, 1978, p. 103.

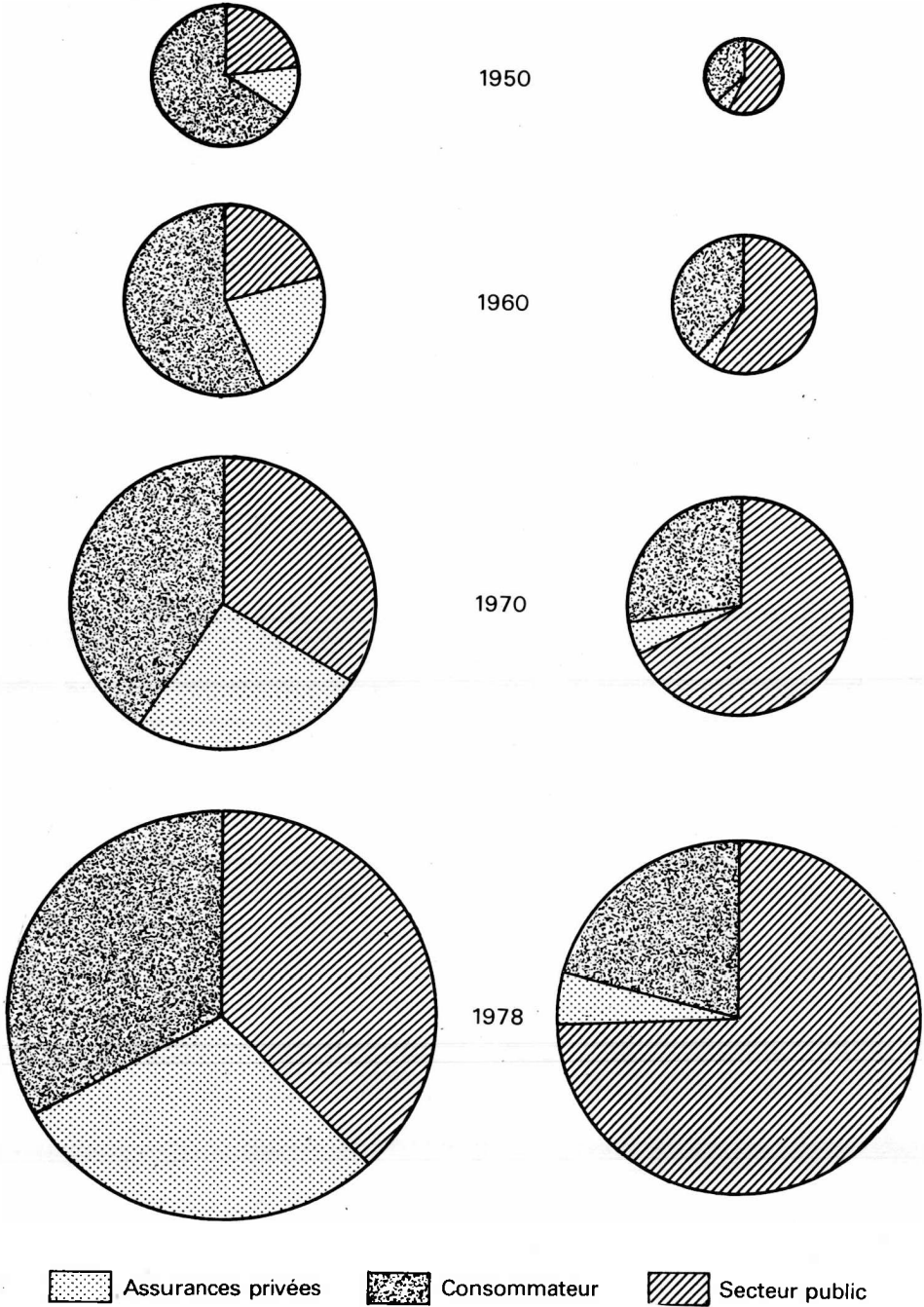


Structure des dépenses de soins médicaux par origine du financement.

GRAPHIQUE 10

GRAPHIQUE 11

Structure des dépenses de soins médicaux par type de financement.



— *la part des paiements directs par les malades était plus élevée* aux États-Unis où elle représentait 31,7 % tandis qu'en France elle était de 21,8 %.

De ces différences on peut déduire que lorsque l'Assurance Maladie n'est pas obligatoire et ne relève pas du secteur public, la population a tendance à faire appel aux assurances privées de façon à couvrir les risques aléatoires liés à la maladie et limiter la part des paiements directs.

D'ailleurs, dans les deux pays, la part des paiements directs est la plus faible pour l'hospitalisation qui correspond à la fois au risque le plus rare et le plus coûteux :

A l'inverse, pour les soins dentaires qui représentent moins un risque vital et relèvent plus du choix des individus, dans les deux pays, la part des paiements directs est nettement plus élevée que pour les autres soins.

Le rôle de l'Assurance privée aux U.S.A. est à souligner dans le cas des services de médecins; c'est pour ces soins qu'elle semble se substituer le plus nettement à une assurance publique obligatoire. En effet, la part des dépenses financées directement par les malades n'est qu'un peu plus élevée aux U.S.A. (34,9 %) qu'en France (28,7 %), tandis que le financement public est nettement plus faible aux U.S.A (25,5 %) contre 64,9 % en France et que cet écart est compensé par un fort financement provenant des assurances privées aux U.S.A. : 39,6 %.

Par contre, dans le cas de la pharmacie, qui correspond à des dépenses plus faibles et réparties sur plus de malades, les assurances privées n'assurent qu'un financement très limité. Pour ce poste, la structure de financement dans les deux pays est très différente : les particuliers paient directement 35,2 % de la dépense en France et 91,2 % aux U.S.A. Ces modalités de financement constituent peut-être un des facteurs explicatifs du niveau relativement élevé de la dépense pharmaceutique en France.

Les changements de la structure des dépenses de soins par mode de financement (graphique 12) ont été caractérisés dans les deux pays par une nette décroissance de la part payée par les malades directement et donc par une hausse de la part du financement assurée par des organismes tiers, assurances publiques ou privées :

— la part financée directement par les malades, qui est plus forte aux U.S.A. s'est abaissée de 65,6 % en 1950 à 31,7 % en 1976; en France elle est passée de 39,4 % en 1950 à 21,8 % en 1976;

— la part du secteur public — assurances, État, collectivités locales — s'est accrue plus rapidement aux U.S.A. passant de 22,4 % en 1950 à 39,1 % en 1976; elle reste cependant nettement inférieure à son niveau en France où elle a augmenté de 58,6 % en 1950 à 74,5 % en 1976;

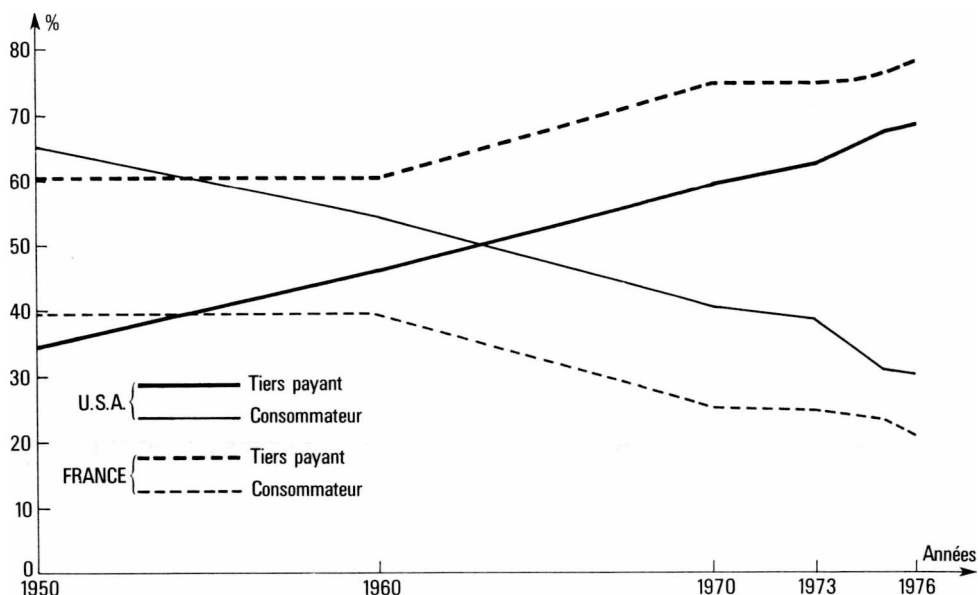
— la part des organismes privés d'assurance qui est négligeable en France a presque triplé aux U.S.A. passant de 9,1 % en 1950 à 21 % en 1978. Il faut cependant noter qu'en 1966 et 1967 une baisse de la part de l'assurance privée a eu lieu en conséquence de l'introduction de Medicare et Medicaid. Cependant cette baisse a été momentanée et la hausse a repris dès 1968.

Néanmoins, la baisse de la part des paiements directs résultant d'une meilleure prise en charge n'a pas correspondu à une baisse mais à une hausse de la somme

déboursée par les malades. En monnaie courante cette somme a presque quadruplé aux U.S.A. passant de 46 \$ en 1950 à 191 \$ en 1976; elle a été multipliée par 17 en France (22 F en 1950 et 471 F en 1976). Correction faite de l'inflation, en monnaie constante le montant déboursé directement par le malade a presque doublé aux U.S.A. et quadruplé en France entre 1950 et 1976. Cette somme a représenté une proportion stable du PIB se situant autour de 2,5 % aux

GRAPHIQUE 12

Parts respectives du financement de la dépense de soins médicaux par le consommateur et les organismes de tiers payant. Évolution 1950-1976.



U.S.A.; en France le pourcentage est plus faible mais il s'est accru : il était de 1,2 % en 1950, 1,6 % en 1960 et en 1976 il était de 1,5 %. L'amélioration de la protection sociale n'a donc pas eu comme effet de faire progresser les débours des particuliers à un rythme inférieur à celui de l'économie en général.

Le financement des soins médicaux pose donc des problèmes parallèles aux ménages et aux organismes d'Assurance.

CONCLUSIONS

L'analyse comparative des dépenses de soins médicaux en France et aux États-Unis jusqu'en 1978 conduit à plusieurs types de conclusions :

- les différences entre les deux pays se manifestent surtout sur les niveaux de dépenses, les structures du financement, la répartition par type de soins en une

année donnée; par contre, les évolutions observées en France et aux U.S.A. présentent de nombreuses caractéristiques communes : évolution plus rapide pour les dépenses hospitalières, moins rapide pour les dépenses pharmaceutiques; progression du secteur public dans le financement des soins, diminution de la part des dépenses payées directement par les malades:

— le résultat de ces évolutions est que l'on note un net rapprochement entre la France et les États-Unis. Ainsi :

- la dépense de soins médicaux par personne reste plus élevée aux U.S.A., mais l'écart entre les deux pays a tendance à se combler du fait de la progression plus rapide en France;

- la part du financement des soins assuré par des organismes de tiers-payant reste plus forte en France, mais elle s'accroît plus rapidement aux U.S.A. et la part des paiements directs diminue plus vite dans ce pays;

- la part de la pharmacie reste plus forte en France mais elle diminue plus vite qu'aux U.S.A.; en sens inverse la part des soins hospitaliers est plus forte aux U.S.A. mais elle s'accroît plus vite en France.

L'étude des évolutions sur la longue période de 28 années et dans deux pays différents a montré la nécessité absolue de prendre en considération, pour l'analyse des évolutions, les taux d'accroissement de la croissance économique, de l'inflation générale et ceux des indices du prix des soins médicaux, l'examen de la croissance des dépenses à prix relatifs ou à prix constants permettant de nuancer les premières analyses faites sur la valeur nominale.

La période 1973-1978 a été caractérisée dans les deux pays, mais à des degrés divers, à la fois par un ralentissement de la croissance économique et par une accélération de l'inflation. Durant cette période, la part des dépenses de soins médicaux dans le PIB a continué à progresser, atteignant, en 1978, 7,1 % en France et 8,0 % aux U.S.A.; de ce fait, les Pouvoirs Publics dans les deux pays se sont préoccupés de plus en plus de la progression des dépenses de santé. Cependant, si dans les deux pays la dépense totale de soins a augmenté en valeur nominale plus rapidement entre 1973 et 1978 que durant les périodes antérieures, il convient de noter que la progression de la consommation en volume s'est ralentie assez nettement aux U.S.A., et beaucoup plus légèrement en France.

Un des résultats de l'analyse de la période récente est que les élasticités calculées par rapport au PIB, qui étaient des paramètres utiles à la prévision des évolutions de la consommation médicale — à prix courants ou en volume — en période de croissance, ont perdu toute signification en période de stagnation ou de récession économique. Pour le court terme, il semble que l'on puisse conclure à une relative autonomie du développement des soins médicaux par rapport au climat économique; par contre, il manque des éléments pour extrapoler cette conclusion au moyen ou au long terme.

Il est apparu que, globalement, sur la période 1950-1978, dans les deux pays, l'accroissement des prix nominaux et celui du volume a contribué chacun pour moitié à l'accroissement de la dépense médicale par personne. Cependant, du fait de l'inflation qui a marqué les années 1973 à 1978, la contribution du volume s'est abaissée à 27 % aux U.S.A. et 41 % en France.

Ainsi est soulignée l'influence mécanique de l'inflation générale sur l'évolution du prix des services donc des dépenses de soins médicaux.

Le rôle des modalités de financement dans l'évolution des soins médicaux semble mineur par rapport à celui de l'organisation de la distribution des soins et celui des progrès techniques. La comparaison entre les deux pays montre que lorsque l'Assurance Maladie n'est pas obligatoire et ne relève pas du secteur public, la population a tendance à faire appel aux assurances privées.

Cependant :

- l'existence en France d'une assurance-maladie généralisée semble avoir contribué à atténuer dans le domaine de la santé les effets de la crise économique;
- les organismes de Sécurité Sociale en utilisant les négociations tarifaires avec les producteurs ont conduit à une diminution des prix relatifs des services de médecins et de la pharmacie entre 1973 et 1978; alors qu'aux U.S.A. les prix de l'ensemble des soins médicaux se sont accrus à un rythme annuel supérieur de 1 % à celui de l'inflation générale; en France, les prix relatifs ont diminué de 0,7 % par an.

La meilleure prise en charge des soins ambulatoires et de la pharmacie prescrite par l'Assurance Maladie, en France, pourrait expliquer à la fois le fait que les prix des produits pharmaceutiques sont moins élevés et que la consommation de pharmacie occupe une place plus forte dans les dépenses médicales.

L'espérance de vie à la naissance, indicateur de santé habituellement cité mais très partiel a progressé ces dernières années pour les hommes et pour les femmes. Aux U.S.A. où l'espérance de vie reste plus faible qu'en France, la croissance a été plus rapide. Le taux de mortalité infantile reste aussi plus faible en France. On ne saurait dire pour quelle part ces évolutions sont liées à la diffusion des soins médicaux et à l'évolution des modes de vie. L'influence propre des soins médicaux est d'autant plus difficile à déterminer que la morbidité est à la fois la cause et la résultante des soins. Il semble que l'étude des disparités régionales à l'intérieur des deux pays qui sont plus grandes que celles existant entre les moyennes nationales de la France et des U.S.A., pourrait à l'avenir éclairer ces points.

Dans un prochain article, le cas de l'hospitalisation sera étudié plus complètement; par la suite, on présentera des analyses particulières pour la pharmacie et les services de médecins. On aura ainsi l'occasion pour chaque cas de présenter les données et d'étudier les interactions entre facteurs de productions, consommations et de prix et aspects réglementaires.

ANNEXE I

A. Dépenses de soins médicaux ⁽¹⁾ en France et aux U.S.A. 1950-1978

Années	Poids de la dépense de soins médicaux dans le PIB (%)		Dépenses médicales totales par personne à prix courants				Dépenses par personne rapport U.S.A./F	
			U.S.A.		France		Valeur nominale	Valeur relative
	U.S.A.	France	\$	F	\$	F		
1950.....	3,8	3,0	70,37	245,59	20,09	70,24	3,50	2,37
1960.....	4,7	4,0	128,81	631,17	53,15	250,66	2,42	1,65
1965.....	5,4	4,9	188,42	923,26	100,02	490,09	1,88	1,45
1966.....	5,5	5,2	205,22	1007,63	111,91	549,49	1,83	1,41
1967.....	5,8	5,2	227,07	1117,18	122,93	604,81	1,85	1,41
1968.....	5,9	5,2	252,32	1248,98	129,54	641,23	1,95	1,49
1969.....	6,2	5,5	280,63	1456,47	147,98	768,00	1,90	1,40
1970.....	6,7	5,7	315,25	1708,66	157,81	872,40	2,00	1,37
1971.....	6,8	5,8	342,52	1887,29	179,02	992,57	1,91	1,32
1972.....	6,8	5,9	376,14	1895,75	221,40	1116,88	1,70	1,33
1973.....	6,8	5,9	413,53	1840,21	281,99	1269,38	1,46	1,30
1974.....	7,1	6,1	467,72	2254,41	309,56	1497,41	1,51	1,28
1975.....	7,6	6,8	534,82	2294,38	429,45	1844,66	1,24	1,21
1976.....	7,8	6,8	602,45	2873,69	447,82	2148,95	1,34	1,21
1977.....	7,9	6,8	674,46	3311,60	488,96	2409,89	1,38	1,25
1978.....	8,0	7,1	752,98	3394,94	629,84	2841,64	1,20	1,20

(¹) Dépenses personnelles de soins médicaux aux U.S.A.; Consommation médicale finale en France.

B. Dépenses de soins médicaux par personne en 1978.

Type de soins	U.S.A.			France		
	\$	F	France = 100	F	\$	U.S.A. = 100
A. Hospitalisation et <i>nursing homes</i>	411,5	1 856,8	135	1 371,9	304,0	73
1. Services de médecins	158,0	713,2	172	414,4	91,8	58
2. Dentistes	59,6	269,0	97	277,4	61,5	103
3. Autres services médicaux	19,2	86,4	46	186,7	41,3	215
B = 1 + 2 + 3 <i>Services médicaux</i>	236,8	1 068,6	122	878,5	194,6	82
4. Pharmacie et petit matériel	67,7	305,4	56	542,0	120,1	177
5. Lunetterie et orthopédie	17,4	78,5	160	48,9	10,8	62
C = 4 + 5 <i>Biens médicaux</i>	85,1	383,9	65	590,9	130,9	154
D. Autres	19,4	87,6	-	-	-	-
T = A + B + C + D, dépenses personnelles de soins médicaux	752,9	3 397,2	119	2 841,6	629,8	83
Taux de change = 1\$: 4,511 7 F en 1978.						

C. Évolution de la structure des dépenses de soins médicaux par type de financement.
U.S.A.-France.

(%)

Types de financement U.S.A.	1950		1960		1970		1973		1974		1975		1976	
	U.S.A.	France	U.S.A.	France	U.S.A.	France	U.S.A.	France	U.S.A.	France	U.S.A.	France	U.S.A.	France
Paiements directs.	65,6	39,4	54,8	39,5	40,4	25,7	38,0	25,2	35,4	24,8	32,5	23,8	31,7	21,8
Philantropie et autres.	2,9	-	2,3	-	1,5	-	1,4	-	1,4	-	1,3	-	1,2	-
Mutuelles et assurances privées.	9,1	2,0	21,1	3,6	24,0	3,5	24,3	3,5	25,0	3,6	26,6	3,5	28,0	3,7
TOTAL privé.	77,6	41,4	78,2	43,1	65,9	29,2	63,7	28,7	61,8	28,4	60,4	27,3	60,9	25,5
Fonds publics.	22,4	14,1	21,8	8,9	34,1	5,0	36,3	4,1	38,2	3,6	39,6	3,3	39,1	3,2
Sécurité Sociale.	-	44,5	-	48,0	-	65,8	-	67,2	-	68,0	-	69,4	-	71,3
TOTAL public.	22,4	58,6	21,8	56,9	34,1	70,8	36,3	71,3	38,2	71,6	39,6	72,7	39,1	74,5
Tous secteurs.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Comptes Nationaux.

D. Consommation médicale par personne par type de soins et mode de financement
France 1976.

1 \$ = 4,78 F

	Privé				Public									
	Consommateur payeur direct		Assur. privée et mutuelles		TOTAL		État et Coll. locales		Sécurité Sociale		TOTAL		TOTAL	
	\$	F	\$	F	\$	F	\$	F	\$	F	\$	F	\$	F
Soins hospitaliers.....	14,24	68,06	2,18	10,40	16,42	78,46	10,80	51,60	182,31	871,36	193,10	922,96	209,52	1 001,42
Médecins.	19,87	94,99	4,41	21,06	24,28	116,05	0,94	4,50	43,98	210,22	44,92	214,72	69,20	330,77
Dentistes.	23,92	114,31	1,57	7,51	25,49	121,82	0,12	0,59	14,11	67,42	14,23	68,01	39,72	189,83
Autres services médicaux.	3,60	17,22	1,98	9,47	5,58	26,69	0,55	2,65	23,47	112,17	23,82	113,82	29,40	140,51
Pharmacie et petit matériel.....	32,73	156,42	6,15	29,38	38,88	185,80	1,96	9,36	52,11	249,06	54,07	258,42	92,94	444,22
Lunetterie et orthopédie.....	4,30	20,53	0,44	2,10	4,73	22,63			3,16	15,09	3,16	15,09	7,89	37,72
TOTAL.....	84,42	403,47	14,55	69,52	98,97	472,99	3,57	17,10	136,82	653,96	140,19	670,06	239,15	1 143,05
TOTAL de la dépense médi- cale par personne.	98,65	471,53	16,72	79,92	115,38	551,45	14,37	68,70	319,13	1 525,32	333,30	1 593,02	448,68	2 144,47

	Privé						Public							
	Consommateur et ass. privée		Autres		TOTAL		Fédéral		État et Coll. locales		TOTAL		TOTAL	
	\$	F	\$	F	\$	F	\$	F	\$	F	\$	F	\$	F
Soins hospitaliers.....	18,63		104,65		123,28		108,88		40,53		149,41		272,69	
Nursing home.....	22,55	89,04	0,74	500,19	23,29	589,23	16,44	520,40	12,50	193,72	28,94	714,12	52,23	1 303,35
		107,78		3,54		111,32		78,58		59,75		138,32		249,64
TOTAL.....	41,18		105,39		146,57		125,32		53,03		178,35		324,92	
		196,82		503,72		700,55		598,98		253,46		852,44		1 552,99
Médecins.....	44,02		49,87		93,89		23,45		8,77		32,22		126,11	
Dentistes.....	35,36	210,40	8,64	238,36	44,00	448,76	1,30	112,13	0,90	41,92	2,20	154,00	46,20	602,76
Autres services médicaux. . .	8,04	169,01	3,56	41,30	11,60	210,30	2,11	6,21	0,89	4,30	3,00	10,52	14,60	220,82
Pharmacie et petit matériel. .	49,00	38,43	4,19	17,02	53,19	55,44	2,70	10,08	2,51	4,25	5,21	14,34	58,40	69,78
Lunetterie et orthopédie. . . .	13,31	234,20	0,11	20,03	13,42	254,23	0,92	12,90	0,26	12,00	1,18	24,90	14,60	279,13
		63,62		0,53		64,14		4,40		1,24		5,64	14,60	69,78
TOTAL.....	149,73		66,37		216,10		30,48		13,33		43,81		259,91	
		715,65		317,22		1 032,87		145,68		63,71		209,39		1 242,27
Autres.....	-		4,53		4,53		9,64		3,47		13,11		17,64	
				21,65		21,65		46,08		16,59		62,66		84,31
TOTAL de la dépense médicale par personne.	190,91		176,29		367,20		165,44		69,83		235,27		602,47	
		912,47		842,60		1 754,57		790,74		333,76		1 124,50		2 879,57

ANNEXE II

Évaluation des dépenses hospitalières pour un champ homogène

Les définitions des dépenses hospitalières diffèrent dans les deux pays.

Aux U.S.A. : les dépenses hospitalières représentent les dépenses des malades hospitalisés et des consultants externes des hôpitaux mais excluent les services payés directement aux médecins libéraux par ces malades.

En France : les dépenses hospitalières correspondent aux dépenses des seuls malades hospitalisés : elles incluent les frais de séjour facturés par l'hôpital et les honoraires versés aux médecins pour les soins hospitaliers.

1. On dispose de quelques éléments pour évaluer les dépenses hospitalières aux U.S.A. correspondant aux mêmes champs que les statistiques françaises :

– en 1977 l'activité de soins aux malades externes représentait entre 10 et 15 % des dépenses hospitalières (A.H.A.); nous retiendrons 10 % pour nos évaluations;

– en 1970, d'après R. Andersen cité par Klarmann, 42 % des services de médecins correspondaient à des malades hospitalisés. Nous retiendrons 40 % pour nos évaluations.

2. Les données de H.C.F.A. indiquent pour 1978 :

– dépenses de médecins par personne : 158,08 \$. Ces dépenses se répartiraient entre 60 % pour les soins ambulatoires : 94 \$, 40 % pour les soins hospitaliers : 63 \$;

– dépenses de nursing homes : 71 \$;

– dépenses de soins hospitaliers y compris les malades externes, non compris les honoraires médicaux : 341 \$ d'où on déduit les soins aux malades externes (10 % de 341 \$) : – 34 \$ et on ajoute les honoraires médicaux : + 63 \$.

3. Pour un champ analogue à celui des statistiques françaises on aurait en 1978 aux États-Unis :

Dépenses par personne :

– de services de médecins (ambulatoires) : 128 \$;

– d'hospitalisation : 370 \$;

– d'hôpitaux + nursing homes (soins en institution) : 441 \$.

Ces postes représenteraient dans l'ensemble des dépenses personnelles de soins :

– 58,6 % pour les soins en institution;

– 49,2 % pour l'hospitalisation;

– 17,0 % pour les services de médecins.

Par comparaison avec la dépense par personne en France, la dépense de soins en institution serait supérieure de 45 %, la dépense de services de médecins serait supérieure de 39 %.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, *Hospital Statistics, 1978: data from the American Hospital Association Annual Survey*, Chicago (Ill.), A.H.A., 1978, 216 p.
- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, Administrative Reviews: a special issue, *Hospitals*, avril 1979, n° 7, 208 p.
- AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION, *Rising Health Care Costs before the Council of Wage and Price Stability*, Miami, 28 octobre 1976.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, Center for Health Services Research and Development, *Social Economic Issue of Health*, J. L. WERNA et J. R. LEOPOLD, U.S.A., A.M.A., 1978, 248 p.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, Center for Health Services Research and Development, *Profile of Medical Practices*, J. GOFFNEY, U.S.A., A.M.A., 1978, 224 p.
- ANDERSEN (R.), LION (J.) et ANDERSON (O.), *Two Decades of Health Services Social Survey Trends in Use and Expenditures*, U.S.A., Ballinger.
- CLAPIER (P.), DURIEZ (M.) et MATTHYS (M.), *Comptes Nationaux de la Santé : la consommation médicale finale, 1978 (Evaluations provisoires)*, C.R.E.D.O.C., 1979, 15 p.
- C.R.E.D.O.C. (M. DURIEZ, A. FOULON), I.N.S.E.E., MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE, *Comptes Nationaux de la Santé : méthodologie et résultats 1950-1977*, C.R.E.D.O.C., 1979, 95 p.
- C.R.E.D.O.C. (M. DURIEZ et al.), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, *Comptes Nationaux de la Santé : la consommation médicale finale 1979 (Evaluations provisoires)*, C.R.E.D.O.C., 1980, 30 p.
- DAVIS (K.) et SCHOEN (C.), *Health and the War on Poverty: a Ten Year Appraisal*, Washington (D.C.), Brookings Institution, 1978, 234 p.
- U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE, Bureau of the Census, *Statistical Abstract of the United States 1978: National Data Book and Guide to Sources*, Washington (D.C.), G.P.O., 1978, 1059 p.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE, *Health United States 1978*, U.S.A., N.C.H.S., 1978, 488 p.
- FAURE (H.) et SANDIER (S.), *L'évolution des coûts hospitaliers : Hôpitaux Publics 1965-1977*, C.R.E.D.O.C., 1978, 150 p.
- FAURE (H.) et SANDIER (S.), *L'évolution de l'activité hospitalière et des coûts associés : Communication présentée au 21^e Congrès International des Hôpitaux*, Oslo, 24-29 juin 1979, C.R.E.D.O.C., 1979, 7 p.
- FELDSTEIN (M.) et TAYLOR (A.), *The rapid rise of hospital costs: Executive Office of the President Council on Wage and Price Stability: Staff Report January 1977*, U.S.A.: G.P.O., 1977, 68 p.
- GIBSON (R.), National Health Expenditures, 1978, *Health Care Financing Review*, été 1979, vol. 1, issue 1.
- GIBSON (R.) et FISCHER (C.), National Health Expenditure, Fiscal Year 1977, *Social Security Bulletin*, July 1978, vol. 41, n° 7.
- I.N.E.D., Septième rapport sur la situation démographique de la France, *Population*, 1978, n° 2.
- I.N.E.D., Huitième rapport sur la situation démographique de la France, *Population*, 1979, numéro spécial.
- I.N.S.E.E., *Annuaire statistique de la France 1975*, I.N.S.E.E., 1977, 850 p.
- I.N.S.E.E., *Annuaire statistique de la France 1976-1977*, I.N.S.E.E., 1978, 876 p.
- KLARMAN (H.), RICE (D.), COOPER (B.) et STETLER (L.), *Sources of Increase in Selected Medical Care Expenditures 1929-1969*, D.H.E.W., S.S.A., 1970, (ORSTAFF, paper n° 4, avril 1970).
- KLEINMANN (J.) et WILSON (W. R.), Are "Medically Underserved Areas" Medically Underserved? *Health Services Research*, vol. 12, n° 2, été 1977, p. 147-162.
- LACRONIQUE (J. F.), *Technologie et médecine en France contemporaine : Communication présentée au National Institute of Health: Fogarty International Center*, 26 avril, 1976.
- LEBART (L.), SANDIER (S.) et TONNELIER (F.), Aspects géographiques du système des soins médicaux, *Consommation*, 1974, n° 4, 50 p.
- LECOMTE (T.), La concentration des dépenses de santé : les 10 % plus forts consommateurs, *Consommation*, n° 3, 1978.
- LENOIR (C.) et SANDIER (S.), *La consommation pharmaceutique en France et aux U.S.A.*, C.R.E.D.O.C., 1976, 170 p.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ SOCIALE, *Santé, Sécurité Sociale, Statistiques et Commentaires*.
- MIZRAHI (A.), *Micro-économie de la consommation médicale*. C.R.E.D.O.C., 1978, 205 p.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, Characteristics, Social Contacts and Activities of Nursing Home Residents: 1973-1974, National Nursing Home, Survey, *Vital and Health Statistics*, Série 13, n° 27.
- NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS, *Excerpts of Health Resources and Utilization, Statistics 1976*, U.S.A., D.H.E.W., Public Health Services, 1977.
- PHARMACEUTICAL MANUFACTURER ASSOCIATION, *Prescription Drug Industry, Fact book 1976*, U.S.A., P.M.A., 1976, 104 p.
- REINHARDT (U.), An Overview of Foreign Health Insurance Systems, *International Workshop on National Health Insurance*, 26-27 septembre, Reston, Virginia.
- RICE (D.) et WILSON (D.), *The American Medical Economy Problems and Perspectives in "International Health Costs and Expenditures"*, teh wei hu, éd., U.S. D.H.E.W., Public Health Service: National Institutes of Health, 1976.
- RÖSCH (G.) et la Division d'Économie Médicale du C.R.E.D.O.C., *Éléments d'Économie Médicale*, Flammarion, 1973, 195 p.
- RÖSCH (G.) et SANDIER (S.), *A Comparison of the Health Care Systems of France and the United states "International Health Costs and Expenditures"* D.H.E.W., 1976, 361 p.
- RUSSEL (L. B.), *Technology in Hospitals: Medical Advances and their Diffusion*, Washington (D.C.), Brookings Institution, 1979, 180 p.
- SANDIER (S.), L'évolution des dépenses médicales, *Droit Social*, septembre-octobre 1979, numéro spécial 9-10, 10 p.