

LA PLANIFICATION, LES COÛTS ET LES AVANTAGES DES ACTIONS MÉDICALES (1)

par

Simone SANDIER (*)

SOMMAIRE

Introduction	87
1. La planification	88
2. Les coûts et les avantages des actions médicales	91
3. Coûts et avantages au niveau des macro-décisions	94
Bibliographie	103

INTRODUCTION

Le très important développement de la médecine, la part croissante qu'elle occupe dans les activités économiques et dans la politique sociale a rendu le secteur de la santé, en ce qui concerne la recherche, les investissements matériels, la formation des personnels, l'organisation des structures de l'appareil de soins, les modes de financement, de plus en plus tributaire des décisions politiques et économiques générales.

(1) Communication présentée au Follow up Committee of the World Medical Association on Development and Allocation of Medical Care Resources (Harmonized Development of Medical Care and Economy, Tokio, 30 juillet - 1^{er} août 1981).

(*) Directeur de Recherche, Division d'Economie Médicale, CREDOC.

Les décisions et recommandations des planificateurs revêtent donc une importance primordiale tant du point de vue de l'amélioration du fonctionnement du système de santé, qu'au plan économique par les sommes mises en jeu dans le présent et pour le futur. Les décideurs éprouvent le besoin croissant de disposer d'une information de plus en plus fiable et détaillée pour éclairer leurs choix et les guider dans l'allocation des ressources. Puisque toute analyse passée ou prévisionnelle du fonctionnement d'un secteur exige que l'on puisse mesurer son coût, les études de coûts et d'avantages des actions médicales constituent un aspect important de la connaissance préalable à la prise de décisions. Leur utilisation dépend cependant du climat politique et économique général ainsi que des rapports de force au plan social.

Dans cette note, on définira d'abord les objectifs et les moyens de la planification, puis on rappellera ce qui est englobé sous les termes « coûts » et « avantages ». Enfin, à propos de décisions très globales, on montrera sur des exemples comment l'information existante peut être utilisée pour guider l'action des planificateurs.

1. LA PLANIFICATION

La planification est dans l'entreprise comme dans la nation une manière de gérer des systèmes complexes grâce à un ensemble d'objectifs et de moyens cohérents fixés à un horizon déterminé après une étude attentive de l'environnement et une large concertation avec toutes les parties intéressées [1].

La planification dans le domaine de la santé peut se faire à des niveaux différents interdépendants.

— Au niveau national, on décidera du montant global des ressources affectées au secteur, ou de grandes campagnes d'information...

— Au plan régional, on décidera des compétences respectives des grands hôpitaux, des dispensaires, ... on mettra l'accent sur un problème de santé particulier à la région.

— Au niveau d'un établissement, on décidera d'un plan de développement des appareillages, d'une politique de recrutement des personnels...

L'horizon de la planification est également variable, allant de quelques mois à une décennie ou plus lorsqu'il s'agit de recherche ou de la formation de médecins spécialisés...

1.1. Objectifs de la planification

On peut formuler de façon schématique les objectifs des planificateurs sanitaires comme étant l'amélioration de l'état de santé. Néanmoins cette formule est trop générale; elle doit être complétée par des considérations sur les coûts,

sur les intérêts respectifs des différents acteurs du système de santé, sur les valeurs dominantes de la société.

Les coûts : aucune décision n'a de chances de se traduire dans les faits si les moyens financiers nécessaires à son application ne sont pas disponibles; or dans le climat actuel de croissance économique ralentie, le financement des actions médicales pose des problèmes difficiles qui conduisent à une définition plus stricte des priorités.

Les planificateurs sont donc amenés à envisager avec attention les coûts entraînés par leurs choix, à la fois du point de vue des investissements et de celui du fonctionnement courant (personnels, consommations intermédiaires).

Au niveau des macro-décisions, la compatibilité de l'économie avec les ressources de l'Assurance Maladie liées aux budgets des ménages peut poser un problème.

Au niveau de décisions ponctuelles ayant un objectif précis, le choix entre plusieurs actions devra tenir compte de la comparaison de leurs coûts.

Les intérêts respectifs des différents acteurs du système de santé : bien que d'accord sur le thème central de l'amélioration de la santé, les consommateurs de soins, les producteurs de biens et services médicaux, les organismes de financement collectif dans leur diversité, valorisent différemment les résultats du fonctionnement du système de santé. Les planificateurs doivent tenir compte de ces intérêts respectifs, quelquefois antagonistes, et les pondérer.

On peut citer quelques exemples :

— Si on vise « la fourniture des soins au meilleur coût », immédiatement se pose la question « le meilleur coût pour qui? ». Selon que l'on se préoccupe des finances des organismes d'assurance ou de celles des ménages, le ticket modérateur sera élevé, ou faible.

— Si l'on songe au statut économique des professionnels de la santé, il faudra tenir compte du fait que les *dépenses* du consommateur ou des organismes d'assurances constituent des *recettes* pour les producteurs de soins.

— La répartition des tâches entre médecins, hôpitaux, auxiliaires, pharmacies... est également un autre exemple où les intérêts des acteurs peuvent être en contradiction.

— Enfin les principes de valorisation du temps respectivement pour les médecins et les malades peuvent conduire à prendre des décisions en faveur du déplacement du malade vers le médecin ou l'hôpital, alors que le contraire pourrait être souhaité par le malade et sa famille.

Les valeurs dominantes de la société : la définition de priorités par les planificateurs tient compte bien entendu des valeurs acceptées par la société : solidarité, droit à la santé, respect des personnes âgées...

Il en est ainsi lors du choix des populations-cibles que l'on voudrait traiter en priorité, de la distribution géographique des moyens de production... Si des inégalités ont été analysées, donc révélées, et si elles apparaissent comme intolérables, les efforts des planificateurs viseront à les réduire dans un but de solidarité par une politique sélective d'investissements ou de financement des soins.

1.2. Quels sont les moyens d'action des planificateurs?

Le champ d'action des planificateurs englobe la recherche, les investissements, la formation et l'implantation des personnels, les procédures de financement; cependant ce ne sont pas toujours les mêmes instances qui interviennent dans ces différents domaines.

Les planificateurs peuvent énoncer des objectifs très globaux, comme par exemple fixer un taux de croissance des dépenses de santé, ou envisager les moyens d'une action très ponctuelle, bien délimitée, comme la vaccination contre la grippe, ou la réduction de la mortalité périnatale...

Ils peuvent intervenir avec différents moyens : recommandations, incitations, réglementations, gestion directe du système. Suivant le domaine, l'étendue de la connaissance, un de ces moyens sera choisi.

La planification pose des problèmes particulièrement difficiles en ce qui concerne la *recherche* et surtout la recherche fondamentale puisque les succès en ce domaine résultent de l'alliance des moyens et de l'imprévisible. D'après François Jacob « pour la solution d'un problème pratique donné, il n'y a souvent aucun moyen de prévoir le domaine de la recherche fondamentale d'où viendra une solution possible ou la meilleure solution possible » [8].

La tâche des planificateurs dans ce domaine consiste surtout à fixer une enveloppe financière, peut-être à préciser sa répartition entre recherche appliquée et recherche fondamentale; par contre, la distribution des crédits aux différentes équipes spécialisées relève plutôt des attributions de comités scientifiques plus avertis de la qualité et des besoins des équipes et des recherches en cours.

A propos des investissements, l'adoption d'un objectif global devrait résulter de la synthèse d'objectifs définis à un échelon décentralisé, en fonction des besoins locaux, le rôle de la planification centrale étant ici l'analyse des coûts, des compatibilités...

Pour les investissements, comme pour la formation des personnels, il doit être tenu compte de façon impérative des délais qui séparent la décision et la mise à la disposition des consommateurs de ces ressources nouvelles. Les durées des constructions comme celle des études de médecine rendent ainsi nécessaire de disposer de bonnes prévisions à moyen et long terme en matière de besoins [4], [5].

Les politiques du financement qui concernent la répartition des dépenses médicales entre les ménages d'une part et les différents organismes d'assu-

rance de l'autre constituent l'outil fondamental de la solidarité. Elles peuvent permettre d'effacer certaines des barrières de l'accès aux soins pour les plus défavorisés; elles contribuent à répartir sur un grand nombre les énormes risques financiers encourus par les plus malades [14].

L'information sur le fonctionnement et les performances du système de santé constitue un domaine où la planification est indispensable — pour que ne se perpétue pas une situation dans laquelle selon la loi de Finagle, « l'information dont on dispose n'est pas celle que l'on désire, celle que l'on désire n'est pas celle dont on a besoin, et celle dont on a besoin ne peut être obtenue ». Cette proposition est particulièrement vraie à propos des études de coûts et avantages qui ne peuvent souvent être menées à bien avant la prise de décision par manque d'informations pertinentes [17].

2. LES COÛTS ET LES AVANTAGES DES ACTIONS MÉDICALES

Une abondante littérature [2], [17], [9], [10], [18], [19] s'est penchée sur la comparaison des coûts et des avantages des actions médicales et des études ont été menées à partir de cas particuliers [3], [17]. On se bornera ici à présenter quelques remarques générales.

2.1. Les avantages

Les *avantages* attendus des actions médicales peuvent être résumés par une expression unique « amélioration de l'état de santé ». Cependant cette notion globale peut provenir de résultats acquis dans plusieurs directions. Certains se prêtent à des mesures en termes d'indicateurs quantitatifs, mais d'autres qui peuvent pourtant représenter des objectifs importants de la politique sanitaire sont considérés aujourd'hui comme qualitatifs : c'est-à-dire qu'on se trouve dépourvus d'instruments (indicateurs) pour les mesurer.

Ainsi, sur le plan général, les actions de prévention, de diagnostic, de traitement, ont chacune les objectifs suivants [18] :

- la réduction de la mortalité,
- la réduction de la morbidité,
- la réduction de la durée des maladies,
- la réduction des séquelles ou infirmités,
- l'équilibrage de troubles chroniques ou définitifs,
- la lutte contre l'aggravation.

Des résultats acquis dans ces domaines traduisent leur efficacité d'un point de vue médical. Cependant, d'autres critères peuvent être pris en compte à titre d'avantages; intervenant après ceux d'efficacité technique, ils jouent de plus en plus un rôle important dans le choix entre différentes techniques de soins. Ce sont : l'économie, la commodité, l'accessibilité [11].

— Certains traitements ont la même efficacité technique que d'autres mais sont *moins coûteux*; c'est ainsi un des avantages de la dialyse rénale à domicile par rapport à la dialyse à l'hôpital.

— La *commodité* de certains traitements pour le malade ou son entourage, c'est l'absence de complications thérapeutiques, l'absence de douleur, la rapidité et le confort du traitement, la proximité du domicile...

Ces préoccupations justifient les efforts faits en faveur des techniques non agressives telles que : scanner, thermographie, ultra-sons; elles expliquent l'absence de freins à leur diffusion.

— L'*accessibilité* qui permet à de plus grandes couches de population de pouvoir faire appel aux soins (financièrement ou physiquement) est également un critère qui guide les actions des planificateurs. Le développement de l'électronique et de la télématique laisse prévoir des apparitions de formes nouvelles de diagnostics et de soins.

Les indicateurs d'avantages peuvent avoir non seulement une expression physique, mais peuvent aussi être valorisés monétairement. Ceci suppose que l'on ait fixé préalablement un prix à la vie humaine ou aux années de vie productive, ou à la qualité de la vie sans handicaps, ce qui pose des problèmes d'éthique fondamentaux.

La mesure des avantages se heurte à plusieurs difficultés d'un point de vue théorique d'abord, pratique ensuite.

Au plan théorique, on doit associer le temps à la définition et à la valorisation des avantages attendus d'une action. Ceux-ci sont différents dans un délai d'un mois, six mois, un an, ou quarante ans. Comment pondérer les différents résultats pour donner une note globale? En tout état de cause, les pondérations devraient être différentes pour un vieillard et pour un nourrisson [12].

Les planificateurs sont conscients que les avantages obtenus peuvent être sensiblement différents de ceux initialement prévus. La vraie mesure de l'efficacité ne peut être que rétrospective alors que la décision est bien sûr prospective.

Au plan pratique, les informations manquent souvent pour l'appréciation tant rétrospective que prospective des avantages des actions médicales : en particulier les statistiques de morbidité incidente font défaut.

Au plan des actions ponctuelles, des indicateurs particuliers doivent être définis. C'est dans ce cas que l'on a les meilleures chances de mesure satisfaisante des avantages prévus et acquis.

2.2. Les coûts

Dans une certaine mesure, les coûts représentent le négatif des avantages, cependant les aspects économiques et financiers prévalent pour les définir. Au

plan global, la mesure des coûts de l'appareil médical peut se faire à plusieurs niveaux :

- Coût des facteurs de production;
- Coût pour les consommateurs des services et des biens produits;
- Coût de la maladie : c'est-à-dire coût de l'ensemble des actes de prévention, diagnostic et traitement appliqués à un malade.

Pour une action précise, l'évaluation est extrêmement complexe puisqu'elle doit comprendre la totalité des coûts mis en jeu au niveau des investissements et des frais de fonctionnement courant (personnels et consommations intermédiaires); elle doit reposer sur des règles arbitraires d'amortissement et d'affectation de frais généraux (par exemple, affectation des frais de recherche d'un laboratoire pharmaceutique aux différents médicaments de ce laboratoire).

De plus, les coûts des facteurs de production varient dans le temps avec des facteurs qui échappent au contrôle des planificateurs du domaine de la santé : il en est ainsi pour les salaires des personnels dont le pouvoir d'achat est souvent lié à celui de la population en général.

L'évolution dans le temps de la productivité peut avoir un très grand impact, généralement dans le sens de la réduction des coûts unitaires. Un coût initialement prohibitif associé à un programme dont on attend de grands avantages ne doit pas constituer une raison pour en rester là. De même que des innovations comme l'automobile ont été au départ réservées à quelques privilégiés, puis ont vu leurs coûts s'abaisser progressivement et sont devenues accessibles à la majorité, certaines techniques médicales, réservées primitivement à des hôpitaux de pointe, se sont diffusées à l'ensemble des établissements, puis des dispensaires et enfin en médecine de ville grâce à la simplification d'application, à l'extension des indications.

Plus l'action envisagée est spécifique et restreinte, plus la détermination des coûts est complexe du fait de difficultés qu'il y a à isoler les coûts correspondants.

2.3. Les difficultés de comparaison des coûts et des avantages

Bien que les études coûts et avantages constituent une aide à l'établissement de priorités dans les actions à entreprendre, les décisions sont prises quelquefois avec une grande marge d'incertitude puisque les planificateurs connaissent mal l'ensemble des coûts impliqués par leurs décisions, qu'ils savent mal quels avantages on peut en attendre, et qu'ils connaissent encore moins bien les interrelations des coûts et des avantages [17].

Si l'on se pose le problème de l'ajustement des moyens techniques aux besoins, on rencontre un certain nombre de difficultés :

- Il n'y a pas de correspondance biunivoque entre catégories de maladies
- et surtout de maladies — et types de techniques. A l'extrême, il y a des mala-

dies qui font appel à toutes les techniques, cancers par exemple, et des techniques qui répondent à toutes les affections, radiologie par exemple.

— Même lorsque les effets sur la santé sont mesurables, on doit être extrêmement prudent quand la question se pose d'établir des liens de cause à effet entre les moyens d'une politique, donc les coûts, et les objectifs à atteindre.

— L'influence de l'environnement social et économique sur l'état de santé d'une population est considérable : ses différentes dimensions sont les revenus, le niveau d'instruction, les conditions d'habitat...

— Souvent, les indicateurs de résultats sont trop agrégés ou trop généraux pour être opérationnels dans une aide à la décision sur des actions ponctuelles : des indicateurs plus spécifiques doivent être mis au point.

— Ce sera en descendant à des niveaux d'observation assez fins qu'une correspondance pourra être assurée entre les moyens engagés et les effets sur la santé. Par exemple un personnel formé aux techniques des accouchements dystociques aura moins d'accidents néo-nataux qu'un personnel non formé [3].

— De façon paradoxale, lorsque les coûts des actions médicales sont les plus faciles à mesurer, c'est-à-dire dans le cas de macro-décisions — formation d'un nombre fixé de médecins, ou taux d'accroissement des dépenses médicales par exemple — la mesure des avantages est pratiquement impossible; à l'opposé, lors de prises de décisions très spécifiques, les résultats attendus sont plus simples à définir mais les règles d'affectation des dépenses diverses rendent pratiquement impossible l'évaluation des coûts; c'est le cas lors de l'application d'une thérapeutique précise à un malade donné.

3. COÛTS ET AVANTAGES AU NIVEAU DES MACRO-DÉCISIONS

A un niveau très global, les coûts et l'efficacité des soins médicaux sont mesurés par des indicateurs synthétiques.

La dépense nationale de santé, exprimée en monnaie du pays traduit à la fois le volume des soins consommés et les prix qui sont attachés à ces soins. Pour relativiser cette valeur afin de mieux apprécier son évolution, il est d'usage de la rapporter à la population, et de calculer le poids qu'elle représente dans l'économie nationale.

Au plan de l'efficacité, paradoxalement c'est par des indicateurs de mortalité que l'on cherche à appréhender l'état de santé.

Les relations de cause à effet entre la dépense médicale d'une part et la baisse de la mortalité de l'autre sont cependant loin d'être simples.

S'il est ridicule de sous-estimer l'apport des techniques médicales et de leur diffusion, on ne doit pas négliger non plus le fait que l'état de santé de la population résulte aussi des risques auxquels elle est soumise et des conditions générales de vie y compris l'hygiène publique ou personnelle, le niveau d'éducation, les conditions d'habitat, les habitudes alimentaires...

Il est donc impossible en toute rigueur pour les décideurs d'associer à un objectif de niveau d'état de santé le montant des dépenses nécessaires pour l'atteindre.

3.1. Le problème se pose néanmoins de déterminer le montant des ressources nationales qui doit être alloué au secteur médical

Exprimée en pourcentage du Produit Intérieur Brut, la dépense de soins médicaux en France en 1980 représente 7,5 % contre 3,0 % en 1950, il y a trente ans (graphique 1). Pour beaucoup, cette progression est inquiétante surtout lorsque des extrapolations font état d'un Produit National Brut futur entièrement consacré aux soins médicaux! Cette proposition ne doit être considérée que comme le résultat d'un calcul mathématique purement abstrait et sans aucun intérêt pour l'allocation des ressources au secteur sanitaire.

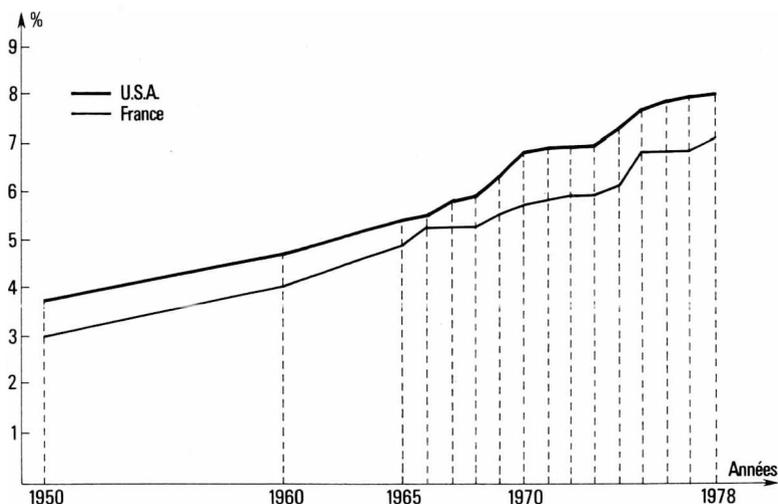
Ce qui est observable par contre c'est que la part du P.I.B. consacrée à la santé s'est accrue dans les différents pays lorsque la richesse nationale progressait; et une comparaison internationale montre que la part des soins médicaux dans le P.I.B. s'accroît lorsque celui-ci est plus élevé [16].

Si du fait des modalités de financement — prélèvements sur les salaires en particulier — les dépenses médicales sont souvent considérées comme une charge, il faut aussi souligner leur apport à l'économie nationale qui se fait dans plusieurs directions.

Tout d'abord, par leur contribution à la réduction de la mortalité et de l'invalidité, les soins médicaux permettent l'allongement de la durée de vie active des individus. En France, on a observé une baisse régulière des indemni-

GRAPHIQUE 1

Part des dépenses médicales dans le Produit Intérieur Brut 1950-1978

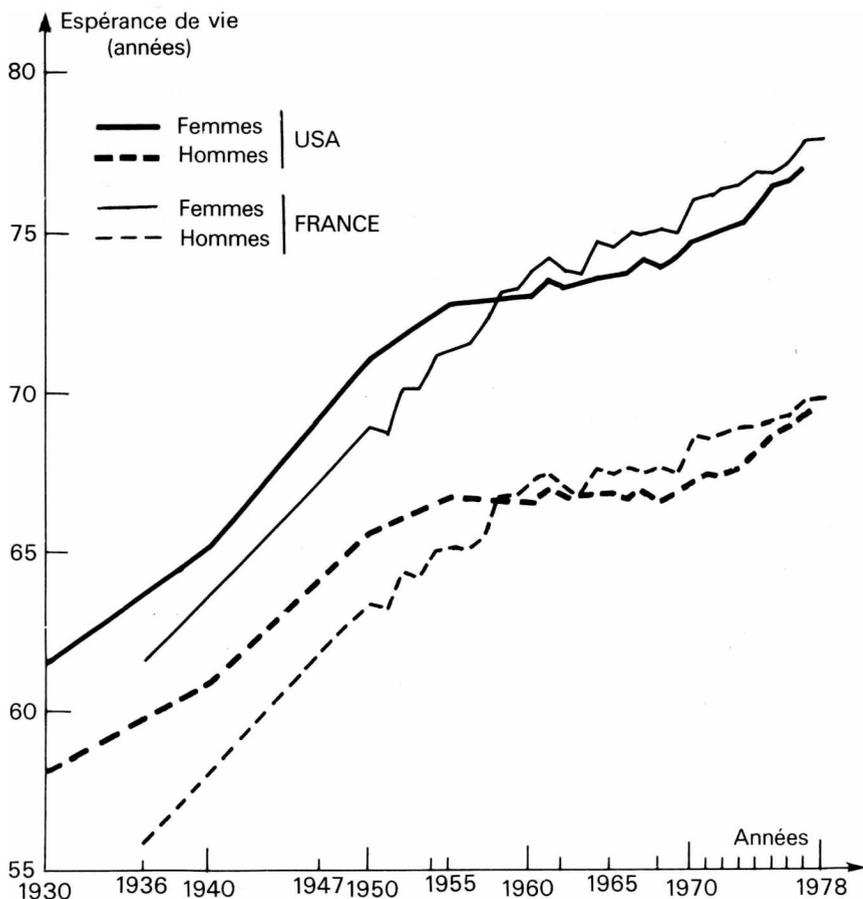


tés journalières versées pour maladie, et ceci bien avant la montée du chômage.

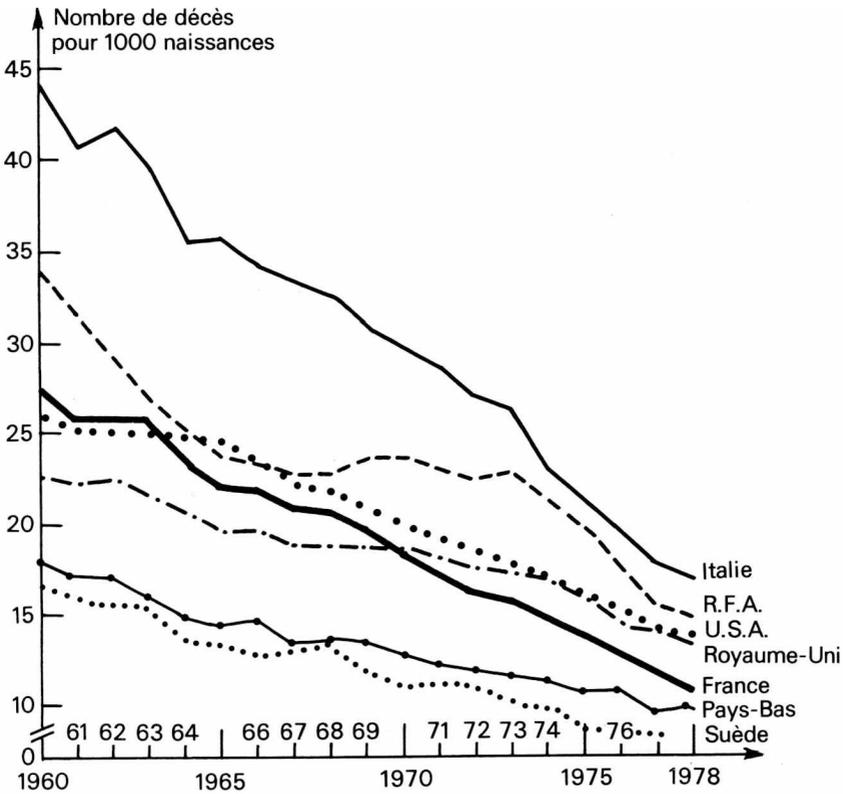
Ensuite, le développement des activités médicales a entraîné la création d'emplois nombreux ainsi que la naissance et l'expansion de nombreuses industries liées au secteur, contribuant ainsi à la croissance économique. On estime que le secteur de la santé occupe actuellement près de 7 % de la main-d'œuvre active en France et que l'emploi devrait se développer dans les industries biomédicales.

Ces exemples montrent que l'essor du secteur sanitaire contribue à l'expansion économique et que le choix d'un taux de croissance des dépenses médicales ventilant l'accroissement des prix et celui du volume des facteurs de production doit prendre en compte cet aspect.

GRAPHIQUE 2
Evolution de l'espérance de vie à la naissance
France — U.S.A.
1930-1978



GRAPHIQUE 3
Evolution de la mortalité infantile



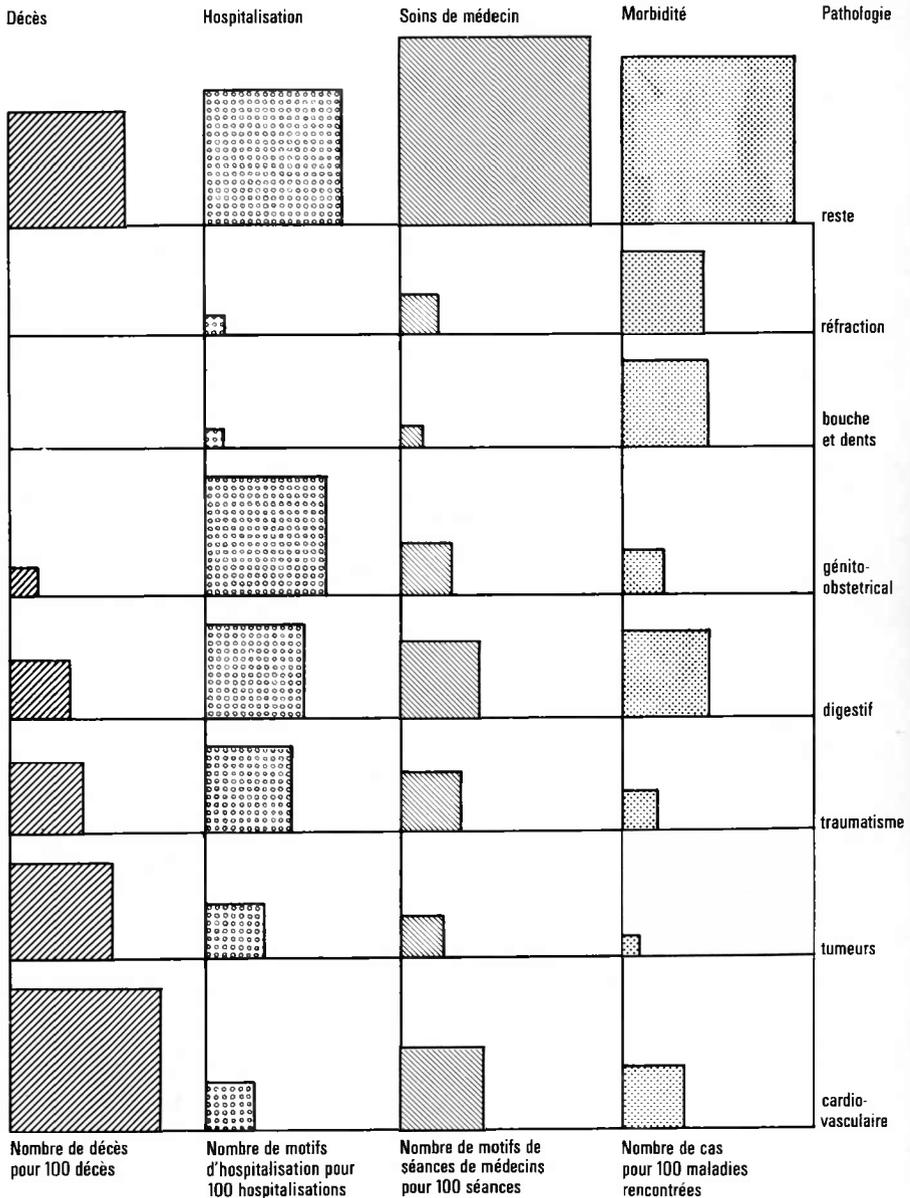
3.2. Quelle a été, au point de vue sanitaire, la contrepartie de l'effort financier?

Sans pouvoir relier directement le niveau de l'état de santé aux dépenses médicales pour les raisons citées plus haut, on peut voir sur les graphiques 2 et 3 que des améliorations sont intervenues, en particulier pour la mortalité infantile et l'espérance de vie. Il y a tout lieu de penser que, pour une part au moins, elles découlent de l'accès plus égalitaire au système de santé et de la diffusion des soins médicaux. A l'appui de cette thèse, on a pu constater [6] que les indicateurs sanitaires se sont nettement améliorés aux U.S.A. pour les personnes âgées et les indigents après l'introduction du Medicare et du Medicaid.

L'espérance de vie à la naissance qui était restée relativement stable entre 1960 et 1970 a repris une progression assez nette; en France, elle a augmenté de 1,2 année pour les hommes et de deux années pour les femmes entre 1970 et 1978; aux U.S.A., l'accroissement est encore plus net : 2,2 années pour les hommes et 2,3 années pour les femmes.

GRAPHIQUE 4

Mortalité, recours aux soins et morbidité



La baisse des taux de mortalité infantile a été spectaculaire ces vingt dernières années. En France, en 1960, sur 1 000 naissances vivantes il y avait 27,4 décès d'enfants de moins d'un an; en 1978, il n'y en avait plus que 10,6, soit près de trois fois moins. Ces progrès reflètent les efforts faits dans le domaine de la prévention pour développer et renforcer la surveillance médicale des femmes enceintes, vacciner les femmes contre la rubéole, et dans le domaine des traitements pour équiper les maternités d'appareils de monitoring et permettre la réanimation des nouveaux-nés en salle d'accouchement.

3.3. Dans le cadre d'une enveloppe financière fixée au plan global, les planificateurs peuvent-ils opérer les choix qui d'après eux conduiraient aux meilleurs résultats?

Pour cela, il leur faut connaître les « besoins », c'est-à-dire la morbidité, les risques qui en découlent et les types de soins nécessaires pour la combattre.

Le graphique n° 4 illustre les problèmes qui se posent : les répartitions par type de pathologie, respectivement pour les décès, la morbidité, les soins hospitaliers, les soins ambulatoires de médecins sont tout à fait différentes [14].

Les troubles de la réfraction, les maladies de la bouche et des dents qui atteignent une part importante de la population, n'entraînent pas de décès et n'occasionnent que des dépenses relativement faibles d'hospitalisation et de soins ambulatoires. Dans ces domaines, l'état de santé d'une grande fraction de la population peut être amélioré par des actions — prévention, dépistage, appareillage, traitements — mais il ne faut en attendre aucun résultat au plan de la mortalité.

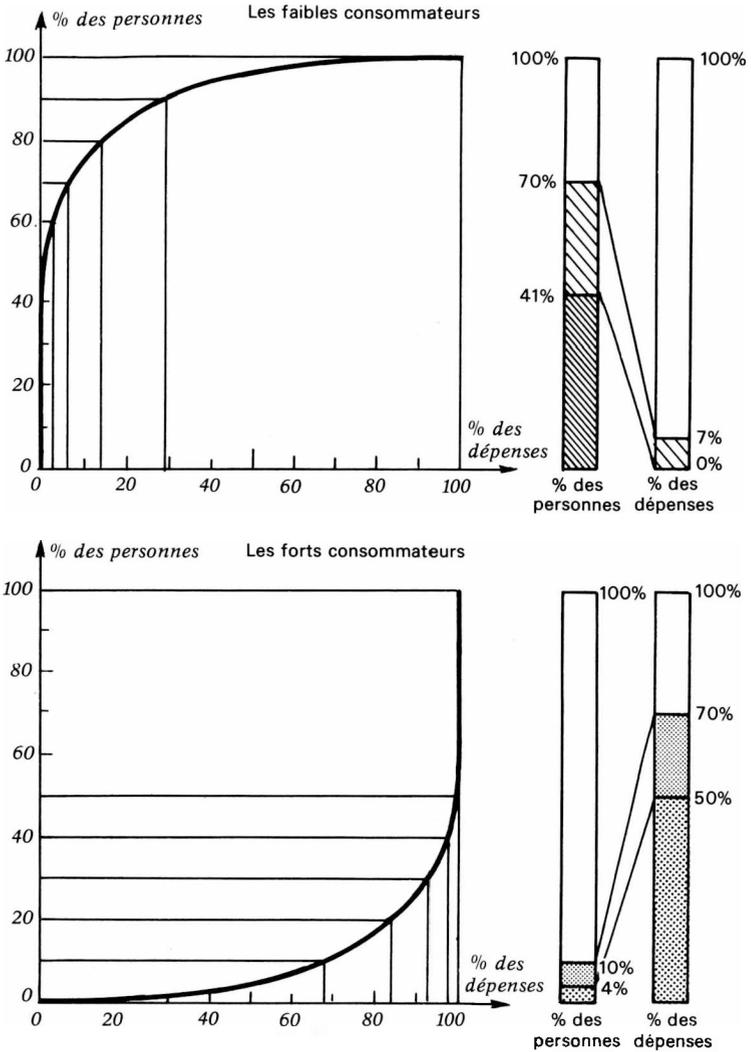
A l'opposé, si l'objectif des planificateurs est une réduction de la mortalité, c'est certainement en direction des maladies cardio-vasculaires et des tumeurs que doivent porter leurs efforts; relativement peu de personnes seront cependant touchées. En effet, la pathologie cardio-vasculaire et les tumeurs pèsent beaucoup plus dans les décès (respectivement 37% et 27%) que dans la morbidité (6% et 0,6% respectivement). Les malades cardio-vasculaires font relativement plus appel aux traitements ambulatoires et à la pharmacie que ceux atteints de tumeurs qui sont surtout traités en hospitalisation.

Il n'est cependant pas rare que des actions entreprises pour combattre une pathologie déterminée porte ses fruits les plus bénéfiques dans un tout autre domaine, c'est en particulier souvent le cas pour certains médicaments.

3.4. L'amélioration des performances du système de santé résulte non seulement d'actions purement médicales mais aussi de mesures administratives facilitant plus ou moins l'accès aux soins de la totalité de la population

En particulier en fixant les modalités de financement, les planificateurs peuvent répartir les charges liées à la maladie entre les ménages et les organismes d'assurance.

GRAPHIQUE 5 Concentration des dépenses médicales

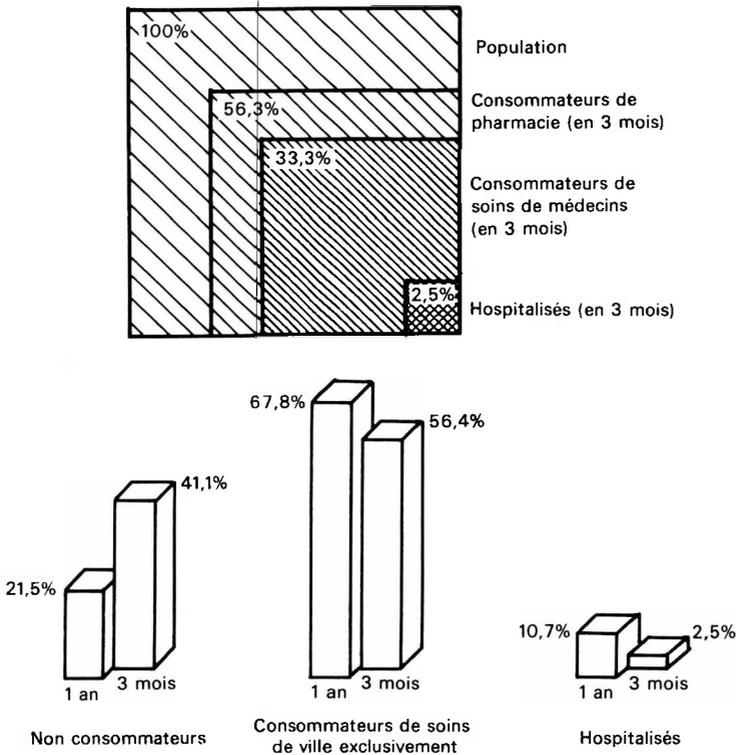


Les besoins de soins médicaux sont très inégalement répartis dans la population. En trois mois, on a pu observer en France que 41 % des personnes ne faisaient appel à aucun soin, 56 % consommaient des produits pharmaceutiques, 33 % avaient recours à des soins de médecins et 2,5 % seulement étaient hospitalisés [14]. L'assurance apparaît donc comme une nécessité face à l'aléa du besoin médical et pour une répartition acceptable des frais médicaux.

Pour les différents soins, le paiement des producteurs peut provenir du malade, ou de l'organisme d'assurance ou plus généralement de l'un ou de l'autre dans des proportions variables.

GRAPHIQUE 6

Le recours aux soins selon le type de soins et la durée de la période



Souvent est avancée l'idée de laisser les petits risques à la charge directe des malades pour les responsabiliser, et de ne faire intervenir l'assurance que pour les frais importants tels que l'hospitalisation. Si l'idée dans son principe est séduisante, son application se heurte au double problème de la définition du petit risque et de la possibilité d'accroissement des dépenses lourdes si des soins simples sont différés trop longtemps.

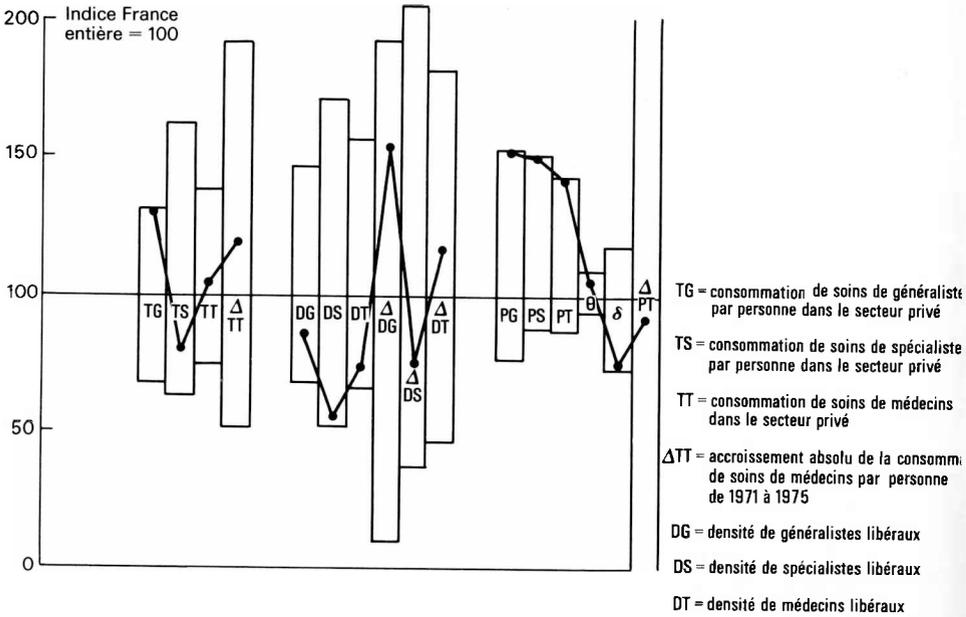
L'existence d'un « ticket modérateur », c'est-à-dire d'un pourcentage des dépenses laissé à la charge des malades, peut constituer un obstacle à l'accès aux soins primaires pour les plus défavorisés et peut ainsi être à l'origine des hospitalisations plus fréquentes que l'on observe pour cette catégorie de population. Dans ce cas, il semblerait que la suppression du ticket modérateur entraînant des coûts plus élevés pour l'Assurance Maladie pourrait se traduire par une utilisation plus efficace des ressources médicales.

3.5. La réduction des inégalités observées au plan géographique peut-elle être obtenue par une politique d'implantation du corps médical?

Les disparités de l'état de santé à l'intérieur d'une nation ayant une législation sociale uniforme dépassent en amplitude celles que l'on peut observer au

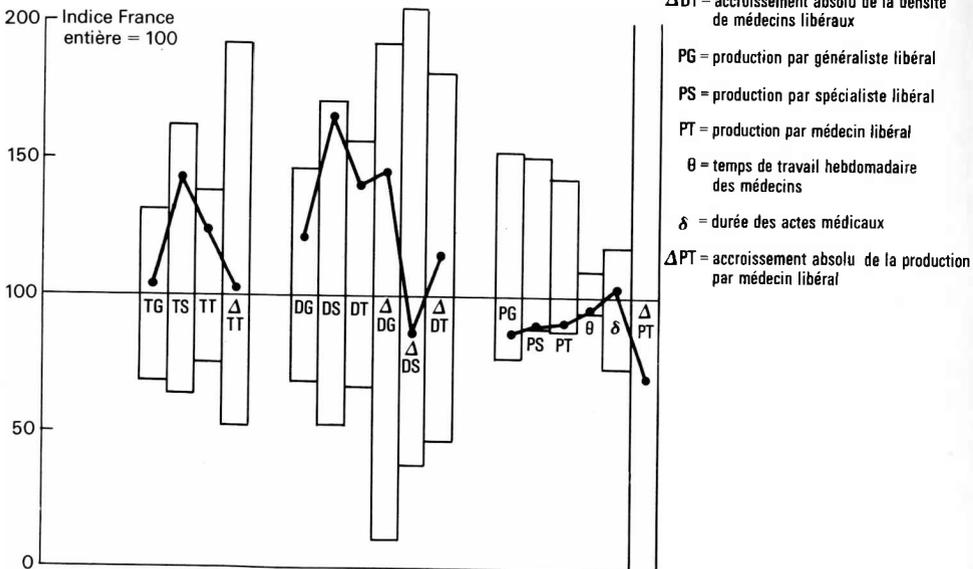
GRAPHIQUE 7

Nord



GRAPHIQUE 8

Région parisienne



plan international entre pays de niveau économique similaire. Dans de nombreux cas, il semblerait que ces disparités puissent être réduites par une implantation plus adaptée des moyens de production. L'allocation de ces ressources au plan géographique constitue un des instruments pour les planificateurs visant à tirer une meilleure efficacité à coût égal ou presque.

Pour cela, il leur faut identifier les régions où les besoins semblent les plus importants. Ils peuvent construire des profils caractérisant les régions en prenant en compte des indicateurs de mortalité, de consommation de soins, de densité médicale, de production par médecin dans chaque région comparative-ment aux moyennes nationales.

L'interprétation des profils peut conduire à la détermination de régions qui devraient être prioritaires pour recevoir les nouveaux médecins et de celles pour lesquelles un accroissement des densités médicales ne semble pas de nature à améliorer sensiblement l'état de santé [7].

Cette démarche globale est plus réaliste que des règles de planification basées sur la simple égalité des densités médicales. Les besoins étant inégalement répartis, il est naturel que les ressources médicales le soient aussi.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] ALBERT (M.), La recherche médicale et ses applications dans l'économie de la fin du xx^e siècle. Communication présentée au « *Colloque International de la Fondation pour la Recherche Médicale* », Paris. 15-16 janvier 1981, Paris : F.R.M., 1981. 20 pages.
- [2] ANDERSEN (R.), Problems of Validity and Reliability in Measuring the Benefits of Health Services. *Communication in « Symposium on Evaluation Research and Measurements of Benefits of Health Services »* Uppsala (Sweden), 13-15 avril 1977, Chicago (U.S.A.) C.H.A.S., 1977, 31 pages.
- [3] CHAPALAIN (M.T.), L'étude R.C.B. périnatalié, *R.C.B.* mars 1971, pp. 7-21.
- [4] COMMISSARIAT GENERAL du PLAN, Rapport de la Commission Santé et Assurance-Maladie : préparation du septième plan 1975-1980, Paris, Documentation Française, 1976, 238 pages.
- [5] COMMISSARIAT GENERAL du PLAN, Rapport de la Commission Protection Sociale et Famille : préparation du huitième Plan 1981-1985, Paris, Documentation Française, 1981, 272 pages.
- [6] DAVIS (K.) et SCHOEN (C.), *Health and the War on Poverty : a Ten Year Appraisal*, Washington, the Brookings Institution, 1978, 232 pages.
- [7] FAURE (H.), SANDIER (S.) et TONNELIER (F.), Analyse régionale des relations entre l'offre et la consommation de soins médicaux (secteur privé), Paris, C.R.E.D.O.C., octobre 1977, 174 pages.
- [8] JACOB (F.), Liberté ou planification en matière de recherche médicale. Communication présentée au « *Colloque International de la Fondation pour la Recherche Médicale* », Paris 15-16 janvier 1981, Paris : F.R.M., 1981, 11 pages.
- [9] JONSSON (B.), Cost Benefit Analysis in Public Health and Medical Care, Sweden, Institute for the Study of Health Economics, 1976, 142 pages.
- [10] KLARMAN (H.E.), Application of Cost Benefit Analysis to the Health Services and the Special Case of Technological Innovation, *International Journal of Health Services*, Volume 4, Number 2, Eté 1974, pp. 325-352.
- [11] LACRONIQUE (J.F.) et SANDIER (S.), Problems Relating to the Introduction and Adoption of Innovations in the Health Care Area in France, Paper prepared for the International Conference on « *Innovation in the Public Service Sector* », Berlin, 13-16 juin 1978, 15 pages.

- [12] LECOMTE (T.) et PEQUIGNOT (H.), Le contrôle de la qualité des soins médicaux, *Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales*, 1980, n° 3, pp. 147-149.
- [13] LEVY (E.), *Evaluer le coût de la maladie.*, Paris, Dunod, 1977, 297 pages.
- [14] MIZRAHI (A.) et MIZRAHI (A.), Système d'observation micro-économique de la consommation médicale en liaison avec la morbidité en France, Communication préparée pour le Secondo Incontro Internazionale Di Studio Sulla Riforma Sanitaria « Consiglio Nazionale Dell' Economica E Del Lavoro », Rome, 2-4 juin 1981, Paris, C.R.E.D.O.C., avril 1981, 20 pages.
- [15] MIZRAHI (A.), MIZRAHI (A.) et SANDIER (S.), *Représentation graphique en socio-économie de la santé*, Pergamon Press, (à paraître).
- [16] NEWHOUSE (J. P.), The implications of Resource Scarcity, Communication in « Development and Allocation of Medical Care Resources », XXIXth World Medical Assembly, Tokyo, 1975. Tokyo : J.M.A., 1975, 20 pages.
- [17] RESOURCE ALLOCATION AND HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT, Bellagio (Italy), 13-17 novembre 1980, New York : Rockefeller Foundation, 1980.
- [18] RÖSCH (G.), La mesure des coûts et avantages et les choix socio-économiques dans les actions médicales, *Le Concours Médical*, avril 1971, numéro 15-16, 18 pages.
- [19] WHITE (K.L.), Evaluation of Medical Education and Health Care in W. Lathem and A. Newberry (eds), *Community Medicine : Teaching, Research and Health Care*. New York : Appleton - Century - Crofts, 1970, 29 pages.

CONSOMMATION-REVUE DE SOCIO-ÉCONOMIE

AU SOMMAIRE DES DERNIERS NUMÉROS

1979

- 3-4. — Les indicateurs sociaux. — Analyse économique de la bureaucratie et gestion des équipements collectifs. — L'analyse qualitative des revenus des familles les plus pauvres. — Transmission, accumulation et immobilité intergénérationnelles des patrimoines. — Famille, fécondité et choix économiques. Une critique des modèles micro-économiques de fécondité. — La réduction de la durée hebdomadaire du travail. Problèmes, moyens, conséquences. — Analyse économique de la grève : problèmes méthodologiques. — Perte d'autonomie et handicaps : application au cas des personnes âgées résidant en institution. — Un outil pour une politique de santé : évaluation des conséquences économiques et sociales de divers états pathologiques. — Le ralentissement de la croissance des dépenses publiques d'éducation dans le monde. — Comportement des bacheliers : modèle de choix de disciplines.

1980

1. — Le système d'enquêtes sur les aspirations des Français. — La spécialisation des rôles conjugaux. Les gains du mariage et la perspective du divorce. — Les enseignants des universités. — Anticipation de l'impôt et redistribution. — Consommation médicale et travail féminin.
2. — Les consommations médicales dans la région lyonnaise en 1975. — La juridicisation des conseils de prud'hommes, une évolution irréversible. — Transferts sociaux et protection sociale en Amérique du Nord. — Le fractionnement et l'étalement des vacances. Contraintes et aspirations des actifs parisiens.
3. — Peut-on mesurer le risque de devenir chômeur ? — La segmentation du marché du travail comme conséquence d'un phénomène de substitution travail-travail dans une économie dualiste. — Une génération de retraités parisiens du secteur privé. Constitution et structure des groupes socio-professionnels du salariat. — Transfers de revenus et finances locales. L'exemple d'une commune de 30 000 habitants. — L'analyse longitudinale du taux d'activité par âge par doubles polynômes orthonormés.
4. — La Consommation élargie 1959-1965-1970-1974. — La mobilisation de l'épargne dans les pays en développement. — Quelques problèmes posés par les mesures de performance dans les universités.

1981

1. — Les soins médicaux en France et aux U.S.A. — Génération et gain : une simulation de bilans financiers individuels par classe sociale. — Automation : Technologie, travail, relations sociales. — La stabilité du lien emploi-croissance et la loi d'Okun : une application à l'économie française.
2. — Transformation de la morphologie sociale des communes et variation des consommations. — L'arbitrage autarcie-marché : une explication du travail féminin. — Participation, emploi et travail domestique des femmes mariées. — Conditions de vie et aspirations des Français 1978-1981.
3. — Liberté ou planification en matière de recherche médicale. — Popularité des gouvernants et politique économique. — L'effet redistributif du régime de retraite de la Sécurité sociale des États-Unis. — La théorie économique de la famille : une critique méthodologique. — L'économie non officielle. — Politique conjoncturelle et fluctuations de la construction de logements aux États-Unis.
4. — La production d'enseignement supérieur dans les établissements français. Demande médicale induite par l'offre : chimère ou réalité ? — Les styles de vie. Pour une réinterprétation de la notion de tendance. — Mode de vie et style de vie. Quatre observations sur le fonctionnement des termes. — Styles de vie et courants socio-culturels : pour quoi faire ?

1982

1. — La rationalité économique des artisans. — L'analyse statistique des réponses libres dans les enquêtes socio-économiques. — Conjoncture économique et cycle des grèves.

AU SOMMAIRE DU PROCHAIN NUMÉRO

prise en compte des ressources dans l'attribution des aides monétaires aux familles. Convergence des systèmes nationaux de relations professionnelles ? Le cas de la France et des U.S.A. Relations industrielles, rapport salarial et régulation : l'inflexion néo-libérale.

	France F T.T.C.	Foreign FF	Prix au N° FF
gauthier-villars			
Acta (Ecologica - 3 séries/3 series			
<input type="checkbox"/> Ecologia Generalis. 4 numéros/4 issues	246	313	86
<input type="checkbox"/> Ecologia Applicata. 4 numéros/4 issues	246	313	86
<input type="checkbox"/> Ecologia Plantarum. 4 numéros/4 issues	246	313	86
<input type="checkbox"/> Les 3 séries/The 3 series 3 x 4 = 12 numéros/12 issues	590	752	
<input type="checkbox"/> Annales Scientifiques de l'Ecole Normale Supérieure. 4 numéros/4 issues	560	630	168
Annales de l'Institut Henri-Poincaré. 2 séries/2 series			
<input type="checkbox"/> Série A. Physique Théorique/Theoretical physic. 2 tomes. 8 numéros/8 issues	540	640	115
<input type="checkbox"/> Série B. Calcul des Probabilités et statistique/Probability Calculus. 1 tome. 4 numéros/4 issues	287	340	115
<input type="checkbox"/> Bulletin de la Société Mathématique de France. 4 fascicules + 4 mémoires/4 issues + 4 mémoires	470	540	
le fascicule			112
le mémoire			tarif sur demande
<input type="checkbox"/> Bulletin des Sciences Mathématiques. 4 numéros/4 issues	445	535	148
Comptes Rendus des Séances de l'Académie des Sciences. hebdomadaire/weekly			
<input type="checkbox"/> Série I. Mathématiques/Mathematics	1320	2200	80
<input type="checkbox"/> Série II. Mécanique, Physique, Chimie, Sciences de la Terre. Sciences de l'Univers/Mechanics Physics, Chemistry, Earth Sciences, Space Sciences	1320	2200	80
<input type="checkbox"/> Série III. Sciences de la Vie/Life Sciences	1320	2200	80
<input type="checkbox"/> 2 séries groupées/2 series	2380	3970	
<input type="checkbox"/> les 3 séries/the 3 series together	2980	4980	
<input type="checkbox"/> Journal de Biophysique et Médecine Nucléaire. 5 numéros/5 issues	400	480	110
<input type="checkbox"/> Journal de Mathématiques Pures et Appliquées. 4 numéros/4 issues	478	570	160
<input type="checkbox"/> Journal de Mécanique Théorique et Appliquée. 6 numéros/6 issues	650	770	135
<input type="checkbox"/> Nouveau Journal de Chimie (le). 11 numéros/11 issues	700	840	92
<input type="checkbox"/> Oceanologica Acta. 4 numéros/4 issues	540	620	210
<input type="checkbox"/> Physiologie Végétale. 4 numéros/4 issues	395	475	132
<input type="checkbox"/> Revue d'Ecologie et de Biologie du Sol. 4 numéros/4 issues	356	450	130
<input type="checkbox"/> Revue de Chimie Minérale. 6 numéros/6 issues	512	660	148
dunod			
<input type="checkbox"/> Annales de la Recherche Urbaine (Les) - Recherches et débats. 4 numéros/4 issues	210	240	60
<input type="checkbox"/> Cahiers de la Communication (Les). 4 numéros + 1 double/4 issues + 1 double issue	260	310	58
<input type="checkbox"/> Cahiers de l'Analyse des Données (Les). 4 numéros/4 issues	252	305	84
<input type="checkbox"/> Consommation-Revue de Socio-Economie. 4 numéros/4 issues	195	240	60
<input type="checkbox"/> Matériaux et Constructions/Materials and Structures (Essais et recherches/Research and testing) 6 numéros/6 issues	362	420	84
Revue Française d'Automatique, d'Informatique et de Recherche Opérationnelle - RAIRO. 5 séries/5 series			
<input type="checkbox"/> RAIRO - Automatique/Systems Analysis and Control. 4 numéros/4 issues	270	325	78
<input type="checkbox"/> RAIRO - Recherche Opérationnelle/Operations Research. 4 numéros/4 issues	270	325	78
<input type="checkbox"/> RAIRO - Analyse Numérique/Numerical Analysis. 4 numéros/4 issues	270	325	78
<input type="checkbox"/> RAIRO - Informatique Théorique/Theoretical Informatics. 4 numéros/4 issues	270	325	78
<input type="checkbox"/> RAIRO - Technique et Science Informatiques. 6 numéros / 6 issues	270	325	55
<input type="checkbox"/> RAIRO - Les 5 séries groupées/The 5 series together. 22 numéros / 22 issues	945	1130	
<input type="checkbox"/> Revue Générale des Chemins de Fer. 11 numéros/11 issues	252	304	48
<input type="checkbox"/> Sociologie du Travail. 4 numéros/4 issues	190	230	55



BULLETIN D'ABONNEMENT à remettre à votre Libraire / **ORDER FORM** to give to your Bookseller
ou à / or to C.D.R. CENTRALE DES REVUES, 11, rue Gossin, 92543 Montrouge Cedex, Tél. 656-52-66

Je désire m'abonner aux revues suivantes : / Please enter my subscription to the following journals :

.....

Je joins le montant de ces abonnements, soit F / I enclose payment

Date Signature

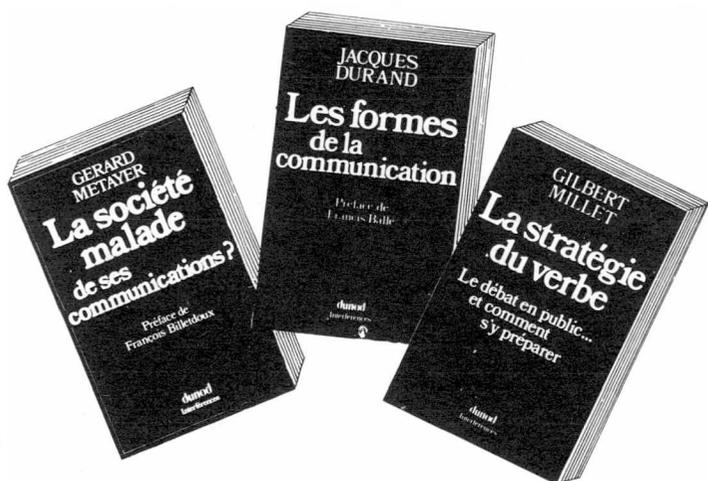
NOM / Name [.....]

ÉTABLISSEMENT / Organization [.....]

ADRESSE / Address [.....]

VILLE / Town [.....] CODE POSTAL / Zip [.....] PAYS / country [.....]

Collection Communications / Interférences



Une collection ouverte à tous les textes qui permettent de mieux cerner l'importance de la notion et des techniques de communications dans nos sociétés

Gérard METAYER

La société malade de ses communications ?

Préfacé par François Billetdoux

238 pages - broché - Dunod

Gilbert MILLET

La stratégie du verbe

Le débat en public... et comment s'y préparer

224 pages - broché - Dunod

Jacques DURAND

Les formes de la communication

Préfacé par Francis Balle

240 pages - broché - Dunod

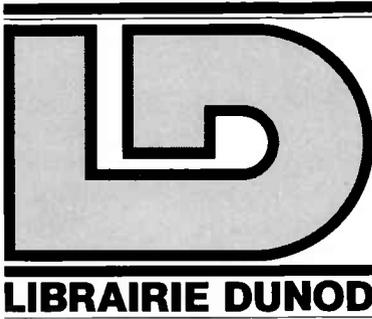
Et aussi chez Gauthier-Villars...

Jean-Noël KAPFERER

Les chemins de la persuasion

Le mode d'influence des media et de la publicité sur les comportements

352 pages - broché.



30, rue Saint-Sulpice 75278 Paris Cedex 06
Tél. 329.94.30

VOUS Y TROUVEREZ

- Tous les ouvrages spécialisés de langue française, de tous les éditeurs

*Professionnels - Universitaires -
Techniques - Scientifiques*

répartis dans les principaux rayons :

Agriculture	Electronique
Architecture	Géologie
Automatique	Gestion
Automobile	Informatique
Bâtiment	Mathématiques
Biologie	Métallurgie
Cartes géologiques	Organisation
Chimie	Physique
Dictionnaires spécialisés	Radio-Télévision
Ecologie	Sciences humaines
Economie	Techniques mécaniques
Electricité	Travaux publics

- Un important rayon d'ouvrages anglo-saxons
- Des spécialistes qui vous renseigneront sur place par téléphone ou par correspondance.
- Un département chargé des relations avec la clientèle

*Particuliers - Entreprises - Bibliothèques
Centre de documentation
Organisme de formation
Universités - Ecoles et lycées...*

YOU CAN FIND

- A complete range of specialized books in French from different publishers

*Professional - University -
Technical - Scientific*

arranged by subject

Agriculture	Information proce
Architecture	Management
Automatics	Mathematics
Biology	Mechanical techni-
Chemistry	Metallurgy
Ecology	Physics
Economy	Public works
Electricity	Radio television
Electronics	Social sciences
Geology	

- A large English language department
- Specialists inform you on the spot by telephone or by mail
- A department responsible for dealing with customer enquiries

*Individual customers -
Firms - Libraries -
Documentary centres -
Organizations for further education - Universities - S*

CREDOC

Centre de Recherche pour l'Étude et l'Observation des Conditions de vie

Le C.R.E.D.O.C., Association sans but lucratif régie par la loi de 1901, est un organisme scientifique placé sous la tutelle administrative du Commissariat Général du Plan. Fondé en 1953 pour effectuer des études statistiques des structures et tendances de la demande, le C.R.E.D.O.C. a élargi son activité. Ses travaux portent sur les conditions de vie de la population et les politiques les concernant. Quels que soient les domaines abordés, il s'agit toujours de recherches et d'études socio-économiques dans lesquelles les comportements des ménages sont les préoccupations centrales du C.R.E.D.O.C.

Il en est ainsi notamment des travaux d'économie médicale, de ceux relatifs à la redistribution des revenus et au fonctionnement des services publics, comme l'enseignement, de ceux qui ont trait à la consommation et aux conditions de vie des ménages, ainsi que de ceux qui portent sur des groupes particuliers de la population.

Le C.R.E.D.O.C. effectue des travaux pour le compte des administrations publiques, pour celui d'organismes internationaux ou de droit privé; ces travaux sont publiés sous la responsabilité du C.R.E.D.O.C.

C.R.E.D.O.C., a non profit organization, is a research center supervised by the French Planning Authority. Founded in 1953 to study the patterns and trends of households' demand, C.R.E.D.O.C. has broadened its activities. The research now deals with the living conditions of the population and policies that concern them; whatever the field, investigations are centered on the behaviour of families.

Such is the case of the work on health care economics, on income redistribution and the functioning of public services such as education, on household consumption and living conditions and on particular groups of the population.

The work is commissioned by public bodies, international organizations or private institutions, and published under the responsibility of C.R.E.D.O.C.

Président :

Hubert PREVOT
Commissaire au Plan

Vice-Présidents :

Philippe HUET
Inspecteur Général des Finances, Expert du Conseil de l'O.C.D.E.
Edmond MALINVAUD
Directeur Général de l'I.N.S.E.E.

Directeur :

André BABEAU
Professeur à l'Université de Paris-X

Sommaire

ANDRÉ BABEAU	L'évolution du rapport patrimoine/revenu au cours du cycle de vie : une comparaison France-Canada	3
BERTRAND LEMENNICIER	Les déterminants de la mobilité matrimoniale	25
FRANCE CAILLAVET	Allocation rationnelle du temps des ménages en Colombie	59
	NOTES ET CHRONIQUES	
SIMONE SANDIER	La planification, les coûts et les avantages des actions médicales	87

1982 n° 2 AVRIL-JUIN

CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ÉTUDE
ET L'OBSERVATION DES CONDITIONS DE VIE