

Les évolutions passées  
permettent-elles de décrire les grandes lignes  
du système de santé du XXIème siècle :  
retournements de tendance et stabilités

Andrée Mizrahi  
Arié Mizrahi

## CONSEIL D'ADMINISTRATION

<b>Président</b>	Jean-Marie Thomas
<b>Vice-Président</b>	Pierre Jeanson
<b>Trésorier</b>	Gérard Rameix
<b>Secrétaire</b>	Gabriel Maillard
<b>Membres</b>	Mohamed Abdelatif, Claude Amis, Jean-Marie Benech, Etienne Caniard, Alain Honoré, Edmond Lisle, Daniel Magdelaine, Marcel Ravoux, Catherine Sermet, François Tonnellier.
<b>Chargé de mission scientifique et technique</b>	Alain Ferragu

## CONSEIL SCIENTIFIQUE

<b>Président</b>	Dominique Jolly
<b>Membres</b>	Jean-Marie Benech, Jean-Pierre Deschamps, Maryse Gadreau, Jean-Paul Jardel, Ludovic Lebart, Edmond Lisle, Jacques Magaud, Hugues Maury, Emile Papiernik, Henri Picheral, Jean-Pierre Poullier, Gérard de Pouvourville, Annie Triomphe, Alain Trognon.

## EQUIPE DE RECHERCHE

<b>Directeur</b>	Pierre-Jean Lancry
<b>Directeurs de recherche</b>	Thérèse Lecomte, Andrée Mizrahi, Arié Mizrahi, Simone Sandier, François Tonnellier.
<b>Maîtres de recherche</b>	Laure Com-Ruelle, Philippe Le Fur, Marie-Jo Sourty-Le Guellec, Catherine Sermet.
<b>Chargés de recherche</b>	Agnès Bocognano, Nathalie Grandfils, Véronique Lucas, Georges Menahem, Valérie Paris, Nadine Raffy.
<b>Attachés de recherche</b>	Fabienne Aguzzoli, Anne Aligon, Sylvie Dumesnil, Sophie Lebreton, Annick Lepape.
<b>Documentalistes</b>	Agnès Grandin, Nathalie Meunier, Marie-Odile Safon.
<b>Informaticiens</b>	Olivier Busson, Jacques Harrouin, Thierry Hensgen, Catherine Ordonneau, Philippe Roubach.
<b>Assistantes de recherche</b>	Catherine Banchereau, Martine Broïdo, Frédérique Ruchon.
<b>Responsable administratif et financier</b>	Zette Dayan
<b>Cadre administratif</b>	Etiennette Lafille
<b>Comptable</b>	Isabelle Henri
<b>Secrétaires</b>	Nathalia Batard, Patricia Darfeuille, Malika Meziane, Michèle Naon, Charlotte Scheiblin.
<b>Conseiller scientifique permanent</b>	Henri Pequignot

**Les évolutions passées  
permettent-elles de décrire les grandes lignes  
du système de santé du XXIème siècle :  
retournements de tendance et stabilités \***

Andrée Mizrahi  
Arié Mizrahi

*Biblio n° 1060*

---

Février 1995

\* *Ce travail a servi de base à la communication présentée au Colloque 1995 de Médiométrie Régionale "Quel système de santé pour le XXIème siècle", Les Diablerets, 20-21 janvier 1995.*

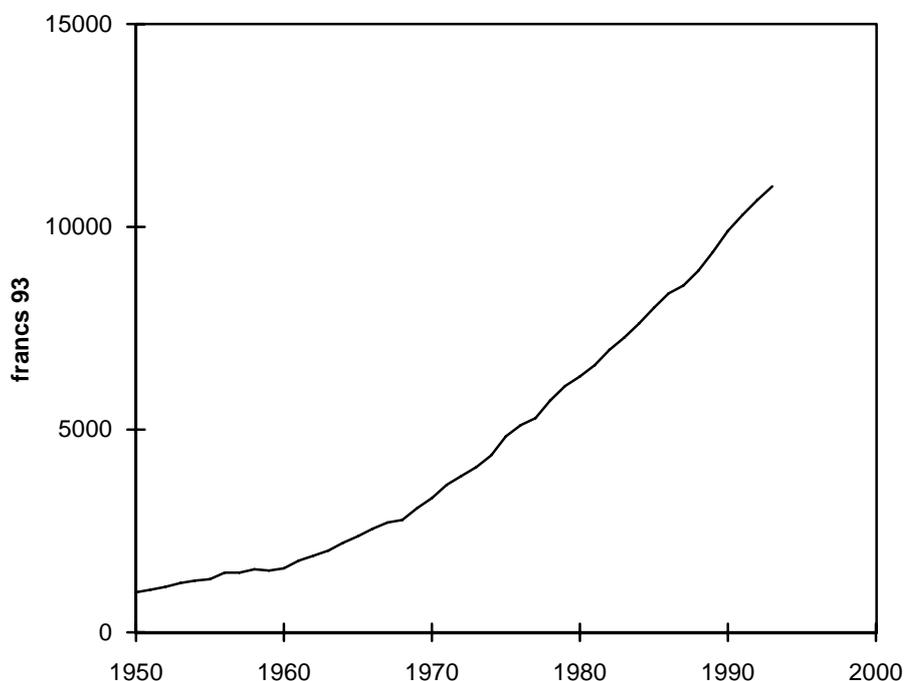
Toute reproduction de textes, graphiques ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.  
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur du CREDES devra être informé préalablement.

I.S.B.N. : 2-87812-152-X

Sur longue période (depuis la dernière guerre mondiale), la tendance lourde correspond à une croissance de la dépense médicale relativement rapide (cf. graphique 1 et tableau 1 p. 28). De marginal, le secteur médical s'est développé pour atteindre une part non négligeable de l'économie nationale. Cette forte augmentation de la consommation médicale est à mettre en relation avec un très vif développement des connaissances et des techniques médicales. Comme les autres chapitres du budget social, son financement, majoritairement social (collectif, obligatoire et redistributif<sup>1</sup>), a des effets importants et contradictoires :

- en grevant les coûts de production, il contribue à aggraver la situation de l'emploi,
- en créant et en maintenant une demande solvable, il soutient le marché intérieur et évite à la crise d'atteindre l'acuité qu'elle a connue au XIX<sup>ème</sup> siècle et jusque dans les années 30 et en diminue l'importance économique,
- il réduit les effets sociaux du chômage et contribue au développement et à la consolidation des droits de citoyenneté.

**Graphique 1**  
**La Consommation Médicale Totale par personne**



Source : Comptes Nationaux de la Santé - Eco-Santé

Les discours des responsables politiques semblent manifester une volonté de restreindre cette consommation (ou tout au moins d'en contrôler l'augmentation). En sens inverse, il est vraisemblable que la recherche médicale continuera à alimenter la tendance à l'augmentation, fortement soutenue par ailleurs par une demande très vive<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> *La redistribution s'opère entre groupes de niveaux sociaux différents (des riches vers les pauvres) et entre groupes à risques différents (des personnes en bonne santé vers les personnes malades, âgées, handicapées,...).*

<sup>2</sup> *Inversement, le fort développement de la recherche médicale n'est-il pas lui-même lié à l'existence d'une forte demande, et en dernier recours au financement collectif ?*

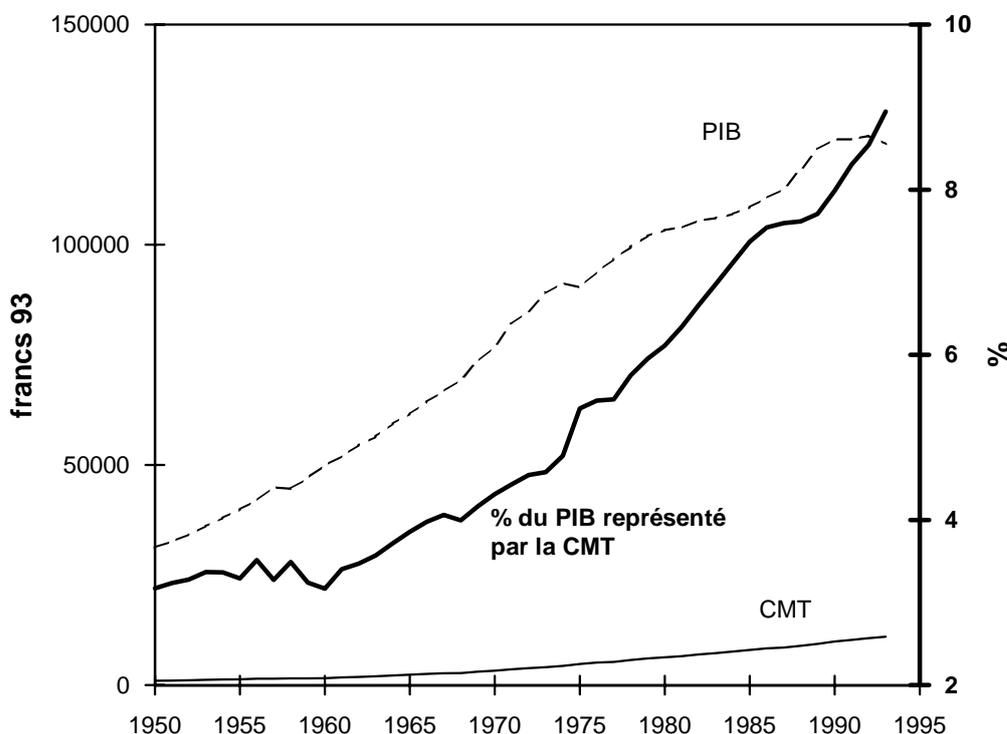
Le financement social de cette consommation est rendu difficile par une situation économique fortement perturbée et des pressions sont exercées (en particulier par les assurances privées et les banques) pour libéraliser une part de l'assurance maladie. Nous observons donc une situation contradictoire où les tenants du libéralisme cherchent à contraindre et réglementer les soins médicaux et à libéraliser l'assurance et où les tenants de l'économie sociale cherchent à conserver assurance sociale et soins médicaux libéraux.

Au milieu de ces contradictions, comment se fera l'arbitrage entre les deux tendances, libérale ou sociale, qui l'emportera dans les prochaines années ? La description des évolutions passées, macro-économiques (niveau de la consommation<sup>3</sup>, composition, financement) et micro-économiques (accès aux soins, disparités) du système de santé permet-elle de se faire une idée sur son évolution future, par exemple au cours des dix années à venir ?

## La consommation médicale totale

De 1950 à 1993, la dépense de soins et biens médicaux a augmenté de 12,4 % par an en valeur (francs courants), soit 5,7 % en volume (prix constants) : au cours de cette période de 43 ans elle est multipliée par 11 en volume, alors que le PIB était multiplié par 4 ; sa part dans le PIB a triplé, passant de 3 % à 9 % (cf. graphique 2 et tableau 1 p. 28).

**Graphique 2**  
**Produit Intérieur Brut et Consommation Médicale Totale par personne**

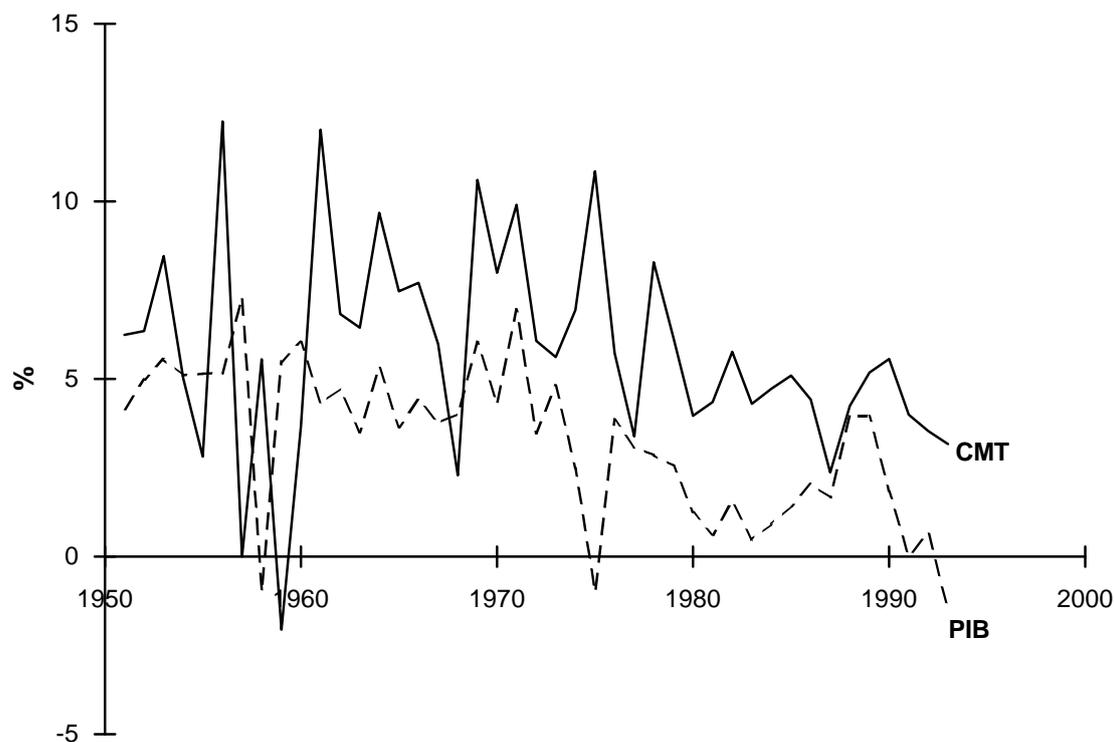


Source : Comptes Nationaux de la Santé - Eco-Santé

<sup>3</sup> Etant constitué pour l'essentiel de services, on peut identifier la production à la consommation.

Le taux d'accroissement annuel de la CMT en volume, par personne, est positif quoique fortement aléatoire (cf. graphique 3 et tableau 1 p. 28). Une rupture au cours des années 60-63 semble marquée par une croissance particulièrement rapide, qu'on peut mettre en relation avec une amélioration de la protection sociale<sup>4</sup> : signature de la première convention médicale en 1960 et extension de l'assurance maladie aux exploitants agricoles en 1961.

**Graphique 3**  
**Taux d'accroissement annuels du PIB et de la CMT (volumes)**



Source : Comptes Nationaux de la Santé - Eco-Santé

Si on fait abstraction de cette période, le taux d'accroissement annuel est lui-même freiné et a diminué au cours du temps ; si, par exemple, on ventile cette période de 30 ans en 3 périodes de 10 ans, la moyenne du taux d'accroissement annuel est de 7,25 entre 1963 et 1973, 5,94 entre 1973 et 1983, 4,24 entre 1983 et 1993.

Le taux d'accroissement annuel de la CMT se stabilisera-t-il ? A un niveau de 3 à 4 % ou à un niveau inférieur ? Ou au contraire, le mouvement de baisse s'arrêtera-t-il ? Autrement dit, le freinage dû à la conjoncture économique générale l'emportera-t-il, ou au contraire, les effets d'entraînement liés à l'allongement de l'espérance de vie d'une part, à l'apparition et à la diffusion de nouveaux traitements d'autre part (poursuite de la recherche médicale) seront-ils les plus forts ?

---

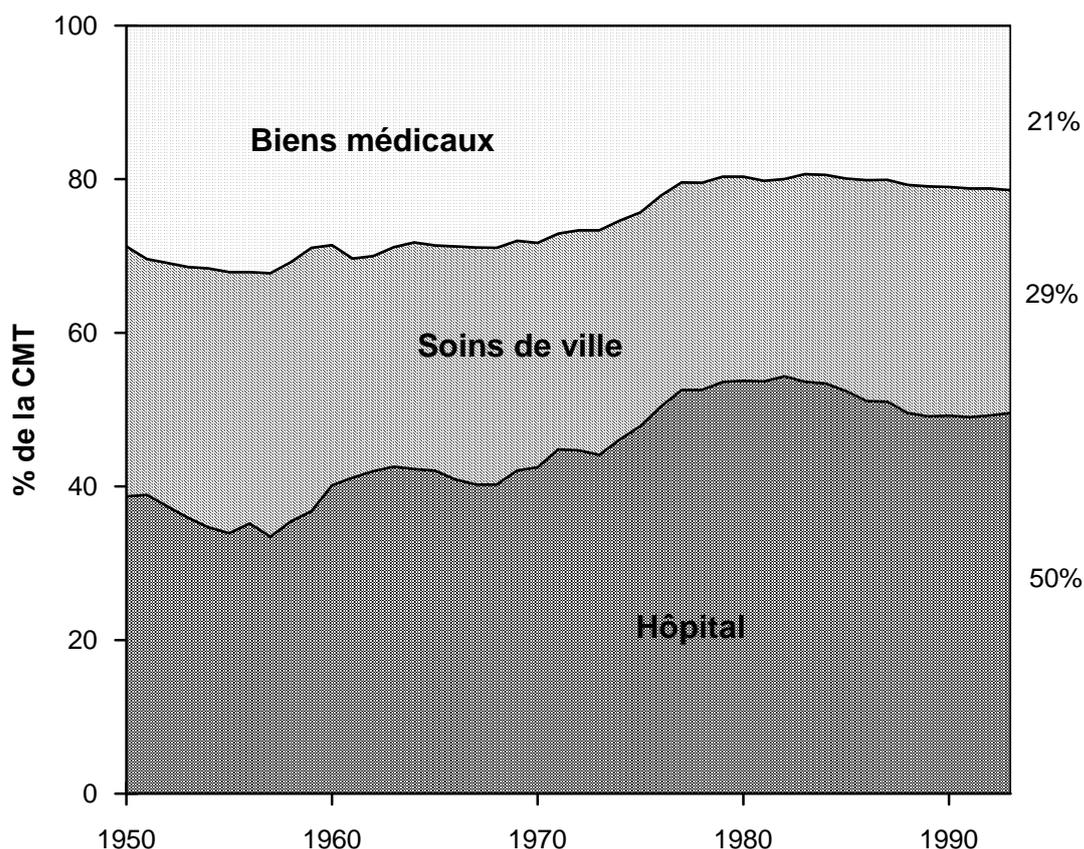
<sup>4</sup> *Extension de la couverture sociale lorsque le marché des soins semble s'affaïsser ; y a-t-il une relation de cause à effet ?*

- **Les composantes de la consommation médicale**

On ventile généralement la CMT en trois grands chapitres : l'hospitalisation, les soins de ville et les biens médicaux<sup>5</sup>.

Entre 1955 et 1960, chacun de ces trois chapitres entraînait environ un tiers de la dépense médicale (cf. graphique 4 et tableau 2 p. 29).

**Graphique 4**  
**Les principales composantes de la Consommation Médicale Totale**



Source : Comptes Nationaux de la Santé - Eco-Santé

Dès 1960, l'hospitalisation se détachait pour prendre une part grandissante, passant de 33 % entre 1955 et 1957 (minimum) à 54 % entre 1980 et 1983 (maximum) ; cette part a ensuite diminué légèrement jusqu'à 49 % entre 1989 et 1991, elle est en 1993 de 50 %.

La réduction des durées de séjours hospitaliers et le transfert d'une partie des soins hospitaliers vers les soins ambulatoires tendent à la réduction de la part des soins hospitaliers ; cette tendance est contrebalancée par le vieillissement de la population et par le développement des techniques lourdes nécessitant des plateaux techniques sophistiqués.

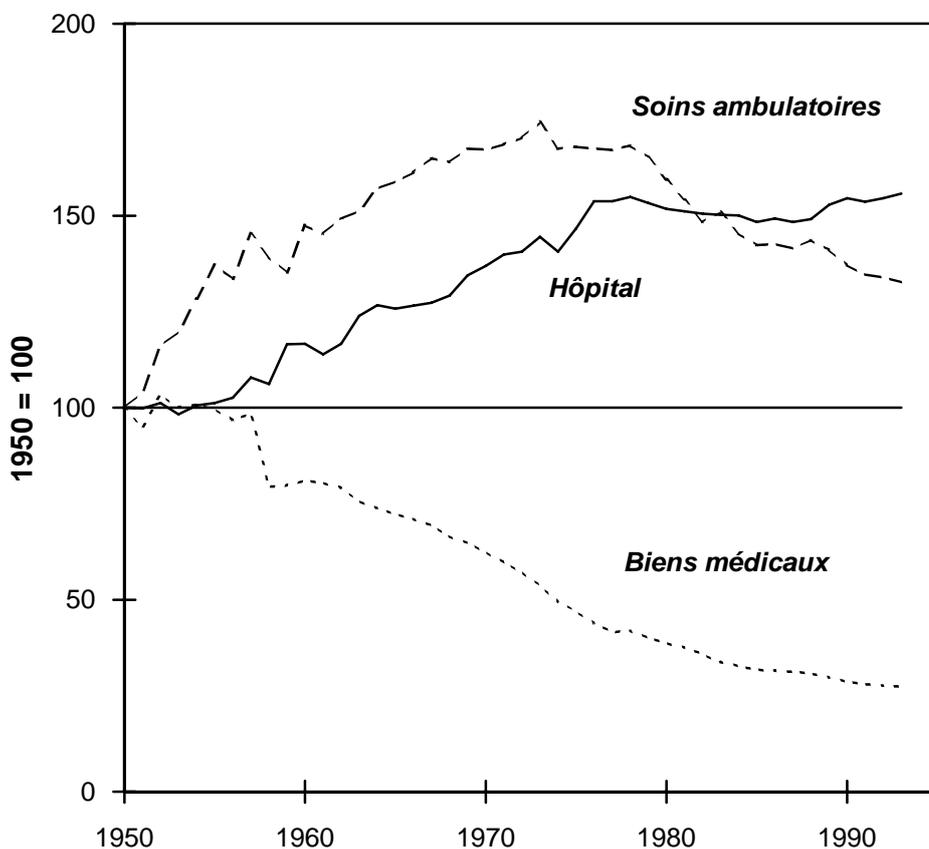
<sup>5</sup> Notons d'ailleurs que les frontières entre ces chapitres deviennent un peu floues (hospitalisation à domicile, hospitalisation de jour,...).

En sens inverse des soins hospitaliers, la part des soins de ville et des biens médicaux a diminué au cours de cette période, faiblement pour les premiers, de manière plus nette pour les seconds.

Les soins de ville, dont la part était maximum en 1957 (34 %), ont diminué jusqu'à un minimum de 26 % en 1982, pour augmenter légèrement ensuite, leur part est de 29 % en 1993.

Les biens médicaux, dont la pharmacie représente 87 %, constituaient 32 % de la CMT en 1955-1957 (maximum) et 19 % en 1983 (minimum) ; leur part est ensuite remontée pour atteindre 21 % en 1993. Il faut noter que cette diminution de la part des biens médicaux résulte exclusivement de l'évolution relative des prix<sup>6</sup> (cf. graphique 5 et tableau 3 p. 30). Comme tous les indices de prix industriels, l'indice relatif des prix des biens médicaux décroît depuis 1956 (il est stable entre 1950 et 1956) pour atteindre 0,27 en 1993 (base 100 en 1950). Cette décroissance de l'indice relatif des prix pharmaceutiques semble se ralentir progressivement. Peut-on penser que sous la pression de l'industrie pharmaceutique et de l'apparition de nouvelles molécules à forte valeur ajoutée de recherche, ces prix se stabiliseront ? Ou au contraire, le développement d'une industrie des génériques prolongera-t-il la tendance à la baisse ?

**Graphique 5**  
**Indices de prix relatifs**



Source : Comptes Nationaux de la Santé - Eco-Santé

<sup>6</sup> Comme pour tous les biens en évolution rapide, l'indice des prix pharmaceutique pose des problèmes de fiabilité, surtout sur longue période, problèmes qu'on retrouve, à un moindre degré, pour l'hospitalisation et les soins de ville ...

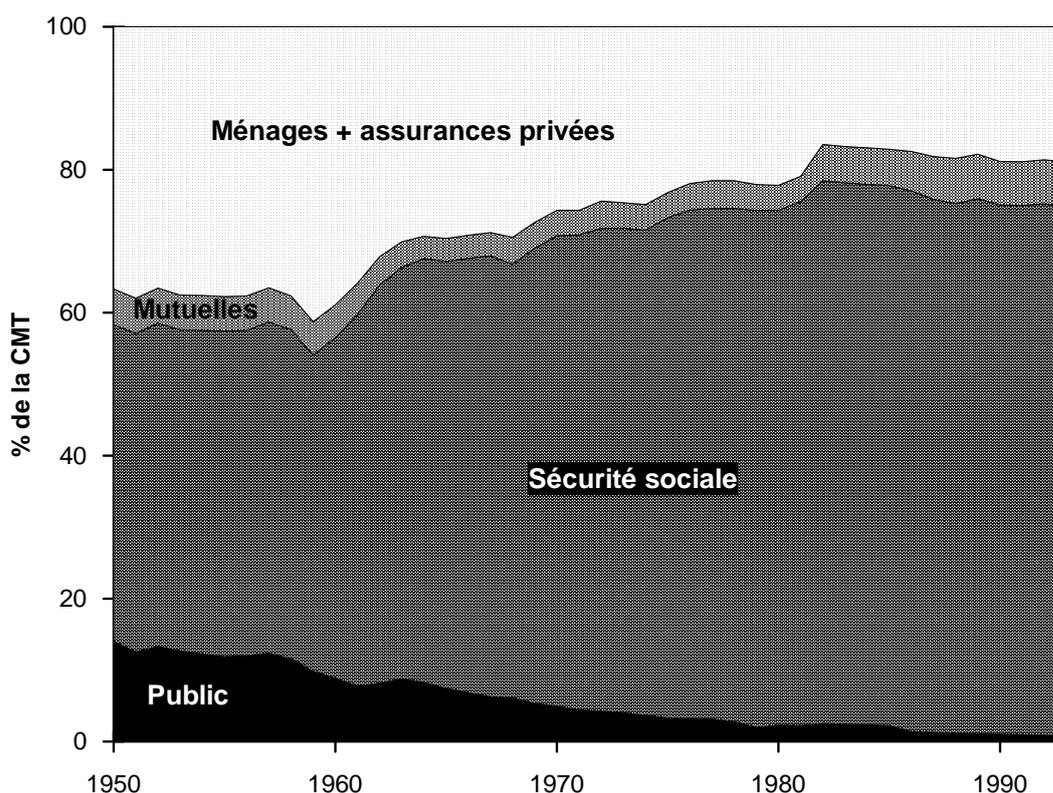
En ce qui concerne les prix relatifs, notons une forte augmentation des prix des soins ambulatoires et des prix hospitaliers jusqu'en 1970, suivie d'une chute des prix des soins de ville et d'une stabilisation des prix hospitaliers. L'augmentation du prix du travail humain est contrebalancée par l'importance accrue en médecine, hospitalière et ambulatoire, de soins techniques susceptibles de progrès de productivité. Par ailleurs, l'introduction des techniques automatiques de traitement de l'information entraînera-t-elle des modifications dans la relation médecin/malade ? Si oui, à partir de quand leurs conséquences économique et financières se feront-elles sentir ?

- **Le financement de la consommation médicale**

Entre 1950 et 1993, la structure du financement des dépenses s'est déformée dans le sens d'une progression de la part de la Sécurité sociale et d'une diminution des parts des financements du secteur public, des ménages et des couvertures complémentaires (mutuelles et assurances privées).

Avec sa généralisation à la quasi totalité de la population, la Sécurité sociale est devenue le principal financeur du secteur médical. Elle couvrait 44 % des dépenses médicales en 1950 et 74 % en 1993 (cf. graphique 6 et tableau 4 p. 31). Le financement public a progressivement été transféré vers la Sécurité sociale, passant de 14 % en 1950 à 1 % en 1993<sup>7</sup>. Au total, l'ensemble des financements obligatoires est passé de 58 % en 1950 à 75 % en 1993. Comme pour le taux d'accroissement annuel de la CMT, on peut distinguer une croissance rapide, au cours des années 60-63, qu'on peut mettre en relation avec l'amélioration de la protection sociale, signalée plus haut.

**Graphique 6**  
**Structure du financement de la Consommation Médicale Totale**



Source : Comptes Nationaux de la Santé - Eco-Santé

<sup>7</sup> Notons cependant que depuis quelques années, l'instauration de la CSG a réintroduit l'Etat, mais en amont, comme financeur de la Sécurité sociale.

Après 1963, la tendance se partage en deux périodes, croissance lente au cours de la première période, la protection obligatoire passant de 70,8 % en 1970 à 78,5 % en 1982, suivie d'une décroissance ramenant ce taux à 74,8 % en 1993. Du fait des mesures prises, il est d'ores et déjà certain que ce taux diminuera encore en 1994 et en 1995.

Le poids des couvertures complémentaires dans le financement des dépenses médicales a baissé en début de période à mesure que s'étendait la Sécurité sociale. On n'a pas de données avant 1985 en ce qui concerne l'assurance privée, dont on peut penser qu'elle était négligeable en 1950. La mutualité finançait 5 % des dépenses en 1950, et cette part s'est réduite jusqu'à 3,1 % en 1964. Entre 1964 et 1980, le financement mutualiste est demeuré stable (3,5 % en 1980). A partir de 1980, une très vive augmentation de la part des mutuelles dans le financement des soins médicaux, qui passe de 3,5 % en 1980 à 6,3 % en 1993 vient compenser en partie la décroissance de la protection maladie obligatoire.

Le financement privé (ménages + assurances privées), stable entre 1950 et 1960, décroît très fortement entre 1960 (38,9 %) et 1984 (16,9 %). Le financement des ménages qu'on peut isoler à partir de 1985 augmente pour passer de 14,4 % en 1985 à 15,8 % en 1993. Les taux correspondants sont respectivement de 38,9 %, 16,9 % et 15,8 %. La couverture complémentaire est en effet actuellement indexée pour sa plus grande part sur les prestations de la Sécurité sociale (tarifs).

Il semble que la demande de couverture maladie soit très importante. Quelle forme prendra-t-elle dans les années à venir ? Obligatoire ou facultative ? Dans cette deuxième hypothèse, les remboursements complémentaires prendront-ils leur autonomie par rapport à la Sécurité sociale, comme cela se fait déjà pour les lunettes et les soins dentaires ? Quelles en seront les conséquences en ce qui concerne les prix des soins et les coûts de gestion des différents systèmes de protection maladie ?

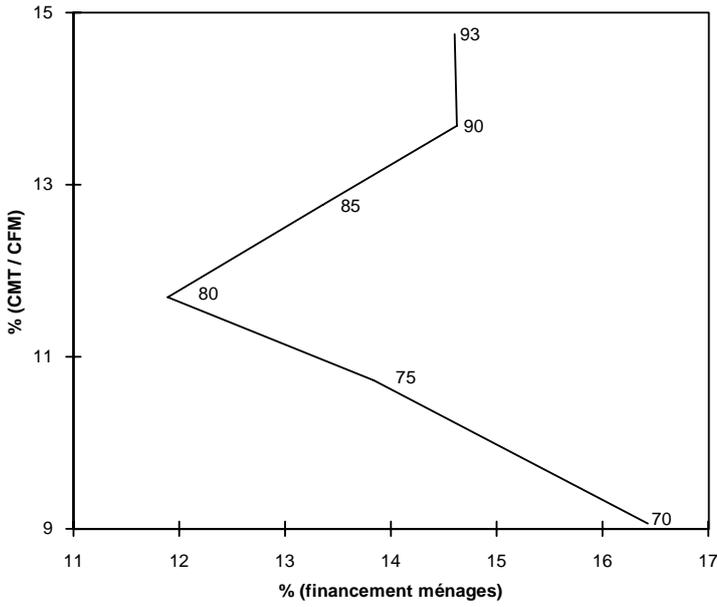
### • **Volumes et "prix"**

La "responsabilisation" du patient est le motif le plus fréquemment avancé de l'augmentation du ticket modérateur. Nous avons essayé trois approches pour tenter d'analyser ce postulat du point de vue macro-économique :

- première hypothèse : moins les ménages participent au financement des soins, plus la consommation médicale prendra une part importante dans leur consommation totale (ensemble du budget des ménages), la relation de la part de la CMT financée par les ménages avec la part de la CMT dans le budget des ménages vérifie cette hypothèse entre 1970 et 1980, pas après (cf. graphique 7 et tableau 5 p. 32) ;
- deuxième hypothèse : moins les ménages participent au financement des soins, plus leur dépense en soins médicaux (montants à leur charge) prendra une part importante dans leur consommation totale (budget des ménages), cette relation est infirmée sur toute la période (cf. graphique 8) ;
- troisième hypothèse : plus les prix pour les ménages (indice de prix multiplié par la somme restant à leur charge) sont élevés plus les quantités demandées (volumes) seront faibles : là encore, la relation correspondante est vérifiée entre 1970 et 1980, pas après (cf. graphique 9).

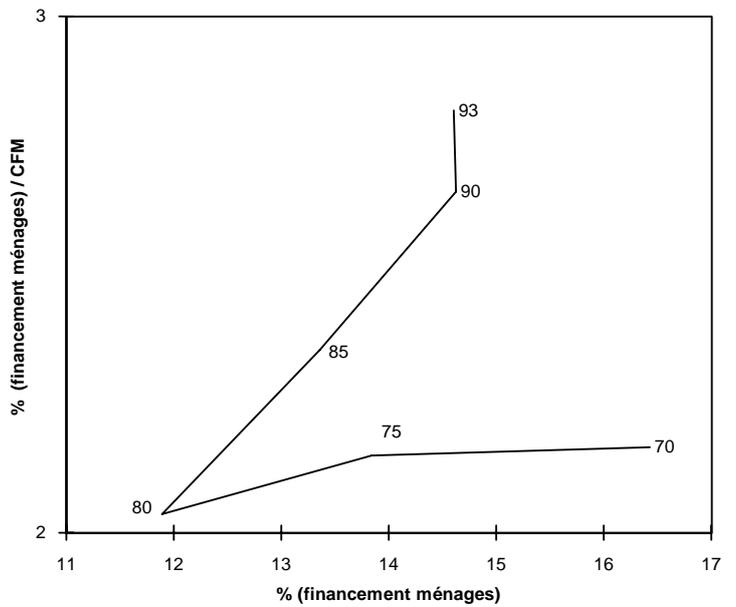
On ne peut pas davantage trouver une relation entre prix et volumes en ventilant la CMT selon les trois grandes composantes, hospitalisation, soins de ville et biens médicaux. Il semble que dans la zone socialement acceptable de jeu sur les prix, on doive rejeter l'hypothèse d'un effet macro-économique des prix sur le niveau de la consommation médicale. Le vent de libéralisme qui pousse actuellement l'économie mondiale nous entraînera-t-il jusqu'à un niveau où la limitation financière d'accès aux soins sera perceptible au plan macro-économique ? Quelles en seraient les conséquences en retour sur la consommation médicale totale, éventuellement sur la production, voire

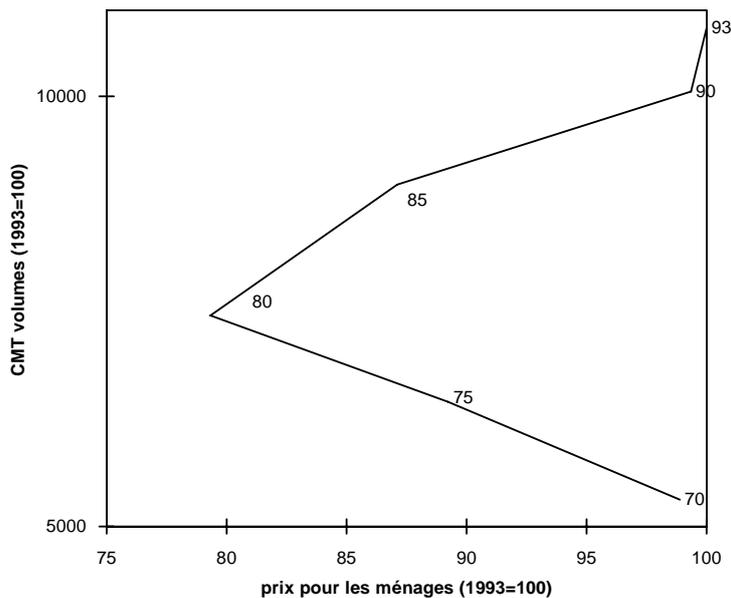
sur la recherche ? Quelles en seraient surtout les conséquences sur l'accès aux soins et sur la santé publique ?



**Graphique 7**  
**Consommation Médicale Totale et**  
**financement ménages**

**Graphique 8**  
**Dépenses médicales et financement**  
**(ménages)**





**Graphique 9**  
**Evolution du prix pour les ménages et de la**  
**Consommation Médicale Totale en volume**

Source : Comptes Nationaux de la santé - ECO-SANTE

## Les disparités d'accès aux soins

Dans la majorité des cas, c'est l'altération de l'état de santé qui entraîne le recours au système de soins et le rôle prépondérant de l'âge sur les consommations médicales est, avant tout, un effet indirect de l'accroissement du nombre de maladies par personne et de l'aggravation de l'état de santé avec l'âge. De même, les différences de consommation médicale par sexe sont induites en partie par des structures de pathologies différentes. Mais il existe un effet propre, soit de la génération, soit du sexe, sur les recours aux soins : pour un même état de santé, une femme ne se soigne pas comme un homme ni une personne âgée comme un adolescent. Au cours de la période 1960-1980, dans un contexte de forte augmentation des dépenses médicales, la consommation médicale des enfants et des personnes âgées a augmenté plus vite que la moyenne, et le profil de la courbe des dépenses en fonction de l'âge s'est creusé ; depuis 1980, l'évolution est moins claire et il semble qu'une saturation apparaisse à nouveau pour les personnes âgées. Est-ce le signe d'un retournement de tendance de l'effet de l'âge ?

Au cours de la première période, 1960-80, les comportements des groupes sociaux face aux soins se sont rapprochés et l'accès aux soins s'est généralisé. La consommation médicale des groupes défavorisés s'est accrue plus vite que celle des groupes favorisés, s'en rapprochant en niveau comme en structure. Entre 1980 et 1991, toujours dans un climat général d'augmentation des consommations médicales, les rythmes de croissance ont évolué différemment. Les ménages de cadre supérieur se distinguaient en 1970 par une consommation plus élevée de pratiquement tous les types de soins de ville, ce n'était plus le cas en 1980 et le mouvement s'est fortement accentué dans la décennie 1980-1991. S'agit-il d'effets de saturation appelés à se développer ? Quelles en seraient les conséquences sur les disparités de mode d'accès aux soins ?

- **Age et consommation médicale**

L'évolution au cours du temps de l'influence de l'âge et du sexe sur les consommations médicales résulte à la fois des développements des techniques médicales, des pathologies concernées et des modifications de comportements socioculturels.

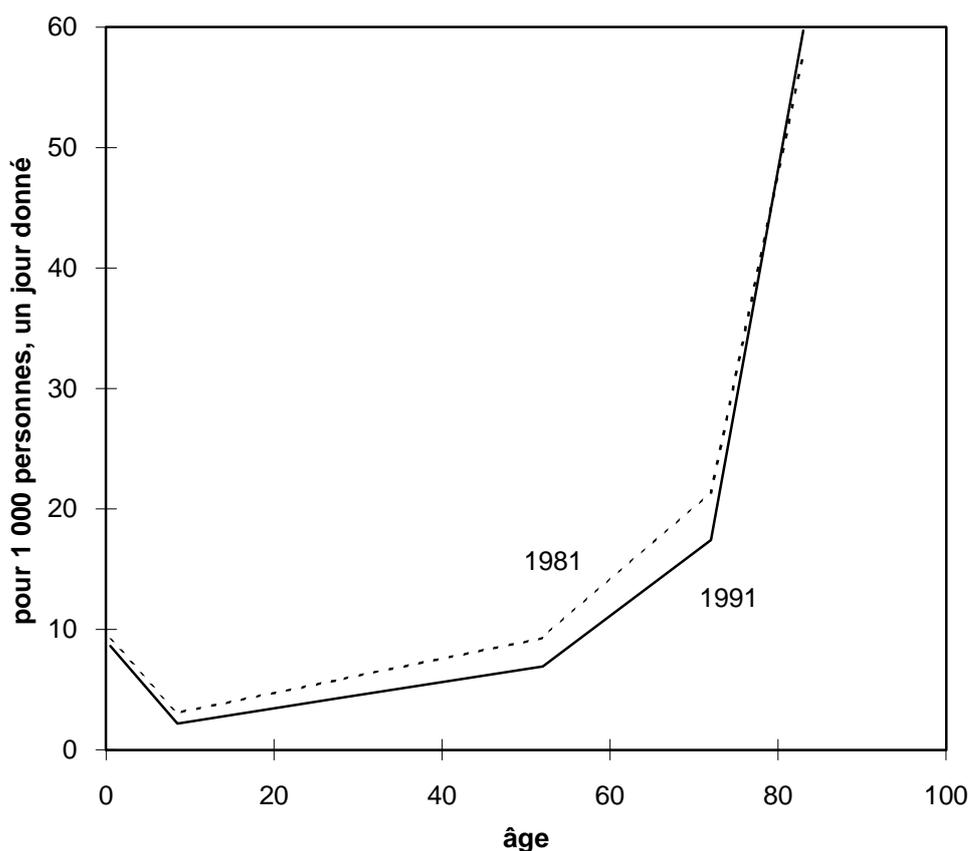
La consommation médicale présente, en fonction de l'âge, un profil en "J" : élevée aux deux extrémités de la vie, mais à des niveaux différents, maximum local pour les enfants de moins de deux ans, suivi d'une courte décroissance, puis, à partir de l'adolescence, d'une croissance rapide de type exponentiel. La consommation relativement importante des femmes en période d'activité génitale et celle des jeunes hommes (liée aux accidents) perturbent un peu la régularité de la courbe.

Sur 10 000 personnes résidant en France, 83 personnes sont hospitalisées, chaque jour, dans un établissement public ou privé, quel que soit le type de service. La dépense entraînée est en moyenne de 1 773 francs par personne hospitalisée et par jour (en 1993), soit, répartie sur toute la population, 15 francs par personne et par jour (47,8 % de la consommation médicale totale).

Dix ans auparavant, c'étaient 94 personnes sur 10 000 qui étaient hospitalisées un jour donné, entraînant une dépense de 8 francs 1983 : la décroissance de 12 %, en terme de présence à l'hôpital, s'est accompagnée d'une augmentation des dépenses de 32 % en francs constants.

L'hospitalisation, élevée pour les nourrissons, décroît ensuite rapidement puis, dès l'adolescence, augmente avec l'âge de plus en plus rapidement. Le taux de présence varie de 22 pour 10 000 enfants de 2 à 15 ans à 560 pour les personnes de 80 ans et plus (cf. graphique 10 et tableau 6 p. 32).

**Graphique 10**  
**Taux de présence en établissement hospitalier selon âge**  
1981 - 1991



Source : CREDES, enquête nationale sur les hospitalisés, 1981-1991

Les hommes sont plus souvent hospitalisés que les femmes sauf aux âges de la maternité et après 80 ans.

Les durées de séjour des personnes âgées hospitalisées et, par suite, le nombre de journées d'hospitalisation, sont plus élevées que celles des personnes plus jeunes, non seulement parce qu'elles fréquentent plus souvent que les autres adultes des services de moyen ou long séjour<sup>8</sup>, mais aussi parce que leurs durées de séjour en court séjour sont en moyenne plus longues.

D'une manière générale, on passe moins de temps à l'hôpital<sup>9</sup> qu'il y a 10 ans, sauf au-delà de 80 ans.

Les évolutions sont différentes selon la nature et la spécialité des services. Ainsi, par exemple, dans les services de chirurgie, les enfants et les adultes jeunes sont moins hospitalisés (moins souvent et pour moins longtemps) en 1991 qu'en 1981, alors que les personnes âgées le sont plus souvent, les progrès techniques permettant à la fois une diminution des durées de séjour et des interventions à des âges de plus en plus avancés (cf. graphique 11 et tableau 6 p. 32). En sens inverse, les taux de présence en psychiatrie ont diminué à tous les âges et d'autant plus rapidement que l'on est plus âgé (cf. graphique A1). Le placement des personnes âgées en long séjour ou en maison de retraite médicalisée, le développement des psychotropes et des formules alternatives à l'hospitalisation (hôpital de jour ou de nuit, appartement thérapeutique etc.) expliquent en partie cette évolution.

La diminution du nombre des journées d'hospitalisation ne traduit pas que des évolutions techniques, une forte incitation à diminuer les dépenses d'hospitalisation a certainement conduit les établissements à réduire les durées de séjour. Cette réduction de la durée s'est accompagnée d'une densité accrue de soins et d'actes techniques, se traduisant en partie par un accroissement du prix de journée de l'ordre de 44 %<sup>10</sup>. Comment évoluera la fonction hospitalière ? Sera-t-elle réduite à un plateau technique et peut-être à quelques courtes périodes de soins très intensifs, les lits étant essentiellement réservés aux patients âgés ? Que deviendrait dans ces conditions l'articulation entre médecine hospitalière et médecine ambulatoire ?

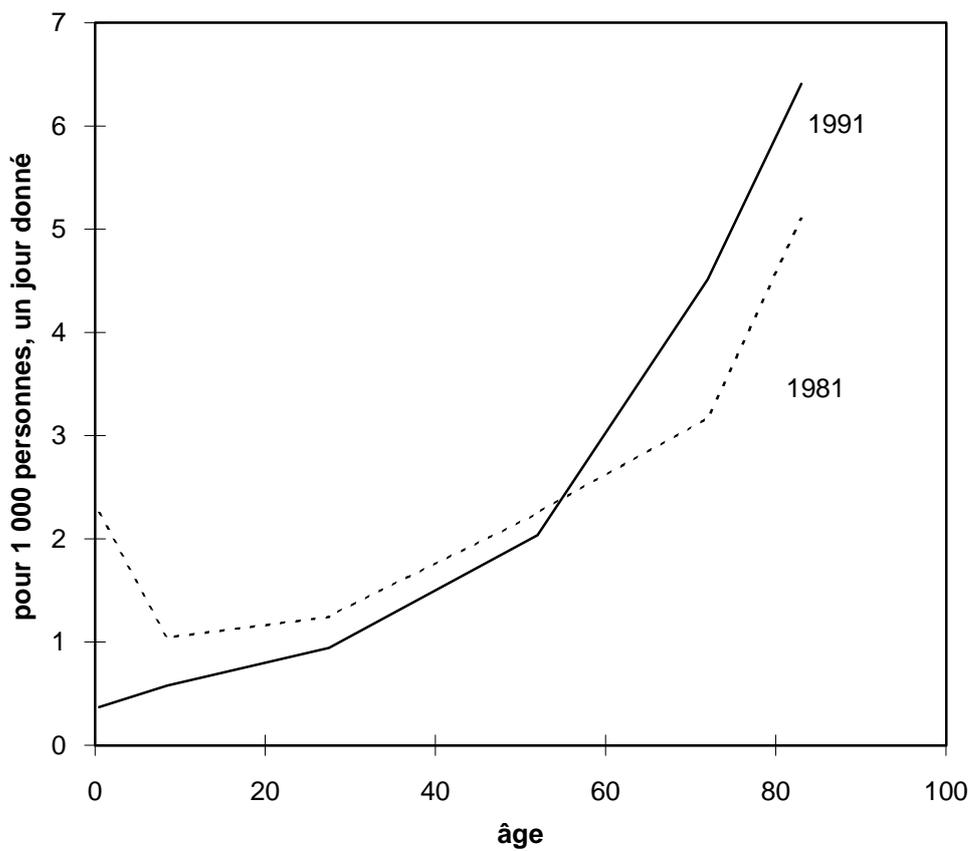
---

<sup>8</sup> *Ces services intégrés dans les établissements hospitaliers sont financés différemment que les autres services, les 3/4 du prix restant à la charge du patient ou de ses substituts, famille, aide médicale.*

<sup>9</sup> *Les nombres de séjours ont augmenté, mais moins vite que n'a diminué leur durée moyenne (cf. graphique A2 en annexe).*

<sup>10</sup> *Malheureusement, aucune statistique disponible ne permet de mesurer la production en volumes (actes) des soins hospitaliers et on ne peut distinguer, dans cette évolution du prix de journée, les parts respectives de la densité des soins et des prix unitaires.*

**Graphique 11**  
**Taux de présence en chirurgie selon l'âge**  
1981 - 1991



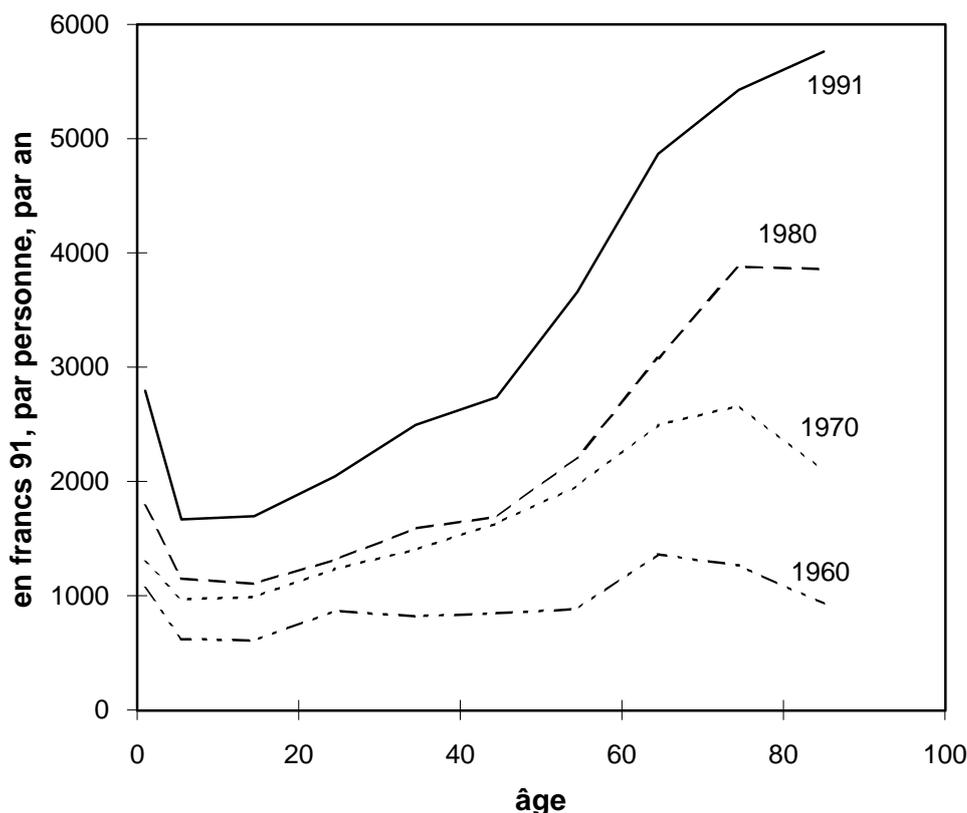
Source : CREDES, enquête nationale sur les hospitalisés 1981-1991

- **Les consommations médicales de ville**

On regroupe sous ce terme l'ensemble des consommations médicales destinées aux patients non hospitalisés. Les dépenses afférentes s'élèvent à 5 862 francs par personne en 1993, soit 52,2 % de la consommation médicale totale. Les services dispensés par les médecins, les dentistes, les auxiliaires médicaux, les biologistes etc., ont engendré une dépense de 3 542 francs, et les biens médicaux, produits pharmaceutiques et appareils, de 2 320 francs.

Entre 1960 et 1980, les disparités de consommations selon l'âge ont augmenté. Les dépenses des groupes les plus vulnérables sur le plan sanitaire, nourrissons et personnes âgées, ont augmenté plus rapidement que les dépenses du reste de la population (cf. graphique 12 et tableau 7 p. 33). Entre 1960 et 1970, les septuagénaires ont accédé aux soins médicaux techniques et ils ont continué à en bénéficier entre 1970 et 1980, alors qu'ils étaient devenus octogénaires. La dernière décennie où ils sont devenus nonagénaires n'a pas été marquée par la même évolution et leur consommation de soins de spécialiste a moins augmenté que celle des adultes moins âgés. Ainsi, pour l'ensemble de la population, la part des séances de spécialiste a fortement augmenté : elle représentait 22,3 % des séances de médecin de ville en 1970, 30,1 % en 1980 et 34,7 % en 1991. Par contre, pour les personnes de 80 ans et plus, les séances de spécialiste qui représentaient 18,2 % des séances de médecin en 1980 n'en représentent plus que 17,3 % en 1991 : la spécialisation accrue du corps médical a donc moins profité aux personnes âgées qu'au reste de la population.

**Graphique 12**  
**Evolution des dépenses de soins de ville<sup>11</sup> à prix relatifs**  
1960 - 1970 - 1980 - 1991



<sup>11</sup> Soins de médecin (non compris radiologues, et pour 1960 et 1991, stomatologues) + dentistes + pharmacie

Source : CREDES, enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux

Cette évolution différentielle est-elle la conséquence de contraintes médicales, financières ou sociales ? Il est difficile d'isoler le poids des impératifs proprement techniques dans ces différences de recours aux soins par âge : les ruptures observées dans l'évolution des soins par âge ne permettent pas de conclure s'il s'agit d'un palier dû à l'état actuel des possibilités de soins, d'une saturation, voire d'un découragement des patients ou des familles à partir d'un certain âge (au-delà de 80 ans) ou d'une certaine quantité de soins.

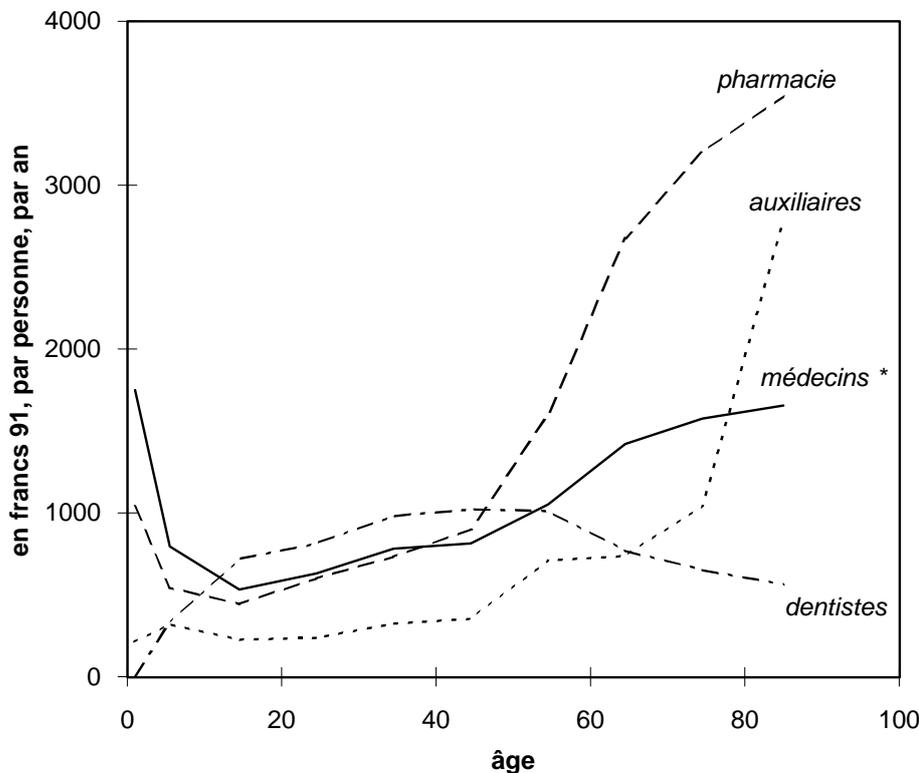
Comme pour l'hospitalisation, on peut ventiler la consommation médicale de ville selon ses différentes composantes (soins de médecin, dentiste, infirmier, biologie médicale, pharmacie,...) ; on obtient alors des profils très contrastés (cf. graphique 13).

La plupart des soins destinés aux patients ambulatoires ou soignés à leur domicile, séances de généraliste au cabinet, de spécialiste, analyses de laboratoire, examens d'imagerie, passent par un minimum autour de 10 ans, augmentent, puis cessent de croître à partir d'un certain âge.

Seules les consommations médicales ne nécessitant pas le déplacement du patient, soins d'omnipraticien au domicile du patient, d'infirmier, de kinésithérapie et la pharmacie, croissent de manière continue avec l'âge

Les soins dentaires et l'imagerie présentent un profil paradoxal en fonction de l'âge, faibles voire nuls pour les nourrissons et les personnes âgées, élevés pour les autres adultes (cf. graphique 13 et tableaux 7 et 8 p. 33-34).

**Graphique 13**  
**Dépenses médicales selon l'âge**  
1991



\* non compris radiologues et stomatologues

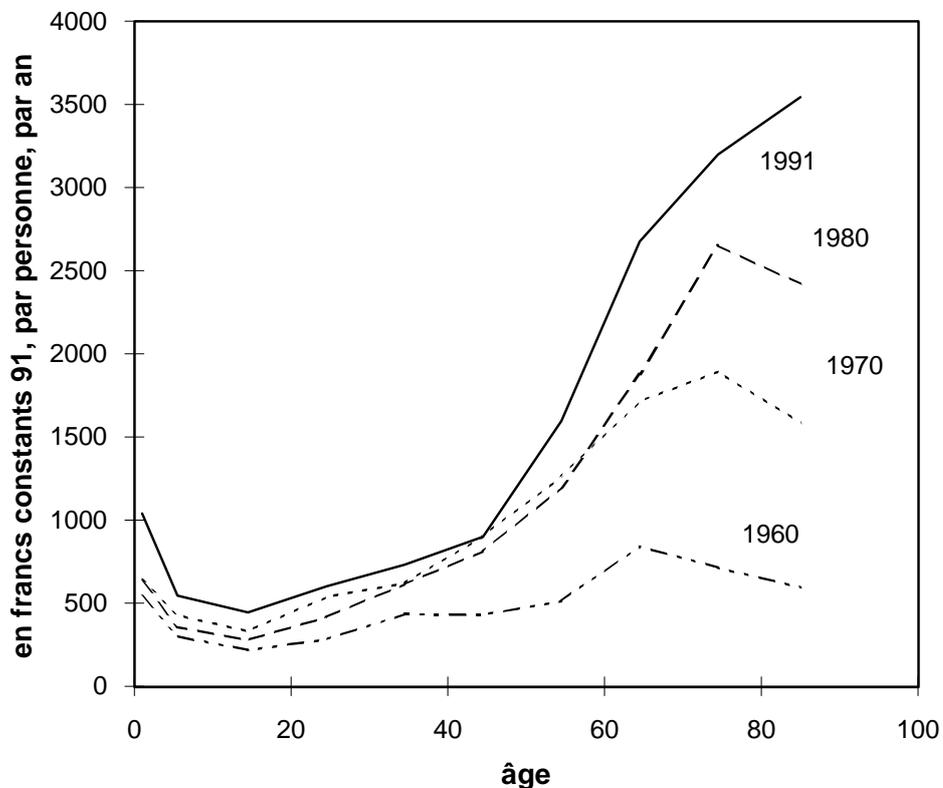
Source : CREDES, enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991.

De l'ensemble de ces variations découlent des structures de soins spécifiques à chaque âge. Celle des nourrissons (prépondérance de l'hospitalisation, des soins de spécialiste et d'omnipraticien au domicile ) est relayée pour les enfants par les soins de médecin au cabinet et les soins dentaires. Les jeunes adultes font appel à une médecine plus technique où les examens d'imagerie et de biologie tiennent une part relativement importante. A partir de 40 ans, les dépenses de pharmacie dépassent celles de médecin (cf. graphique 13). La consommation des personnes très âgées, 80 ans et plus, est axée sur l'hospitalisation, les soins à domicile d'omnipraticien et d'auxiliaire médical et les produits pharmaceutiques ; à l'hôpital comme en ville, ces soins sont moins spécialisés que pour les autres groupes démographiques (moindre recours aux services spécialisés, aux examens d'imagerie...).

La consommation des petits garçons, surtout avant deux ans, est supérieure à celle des petites filles pour presque tous les types de soins. Entre 20 et 70 ans les femmes ont une consommation de soins de ville supérieure à celle des hommes, cette différence entre sexes étant moins marquée pour les séances d'omnipraticien au domicile du patient, les soins d'infirmier et la pharmacie prescrite. Au-delà de 70 ans la consommation de soins de ville des hommes est égale ou supérieure à celle des femmes et ce phénomène est d'apparition récente.

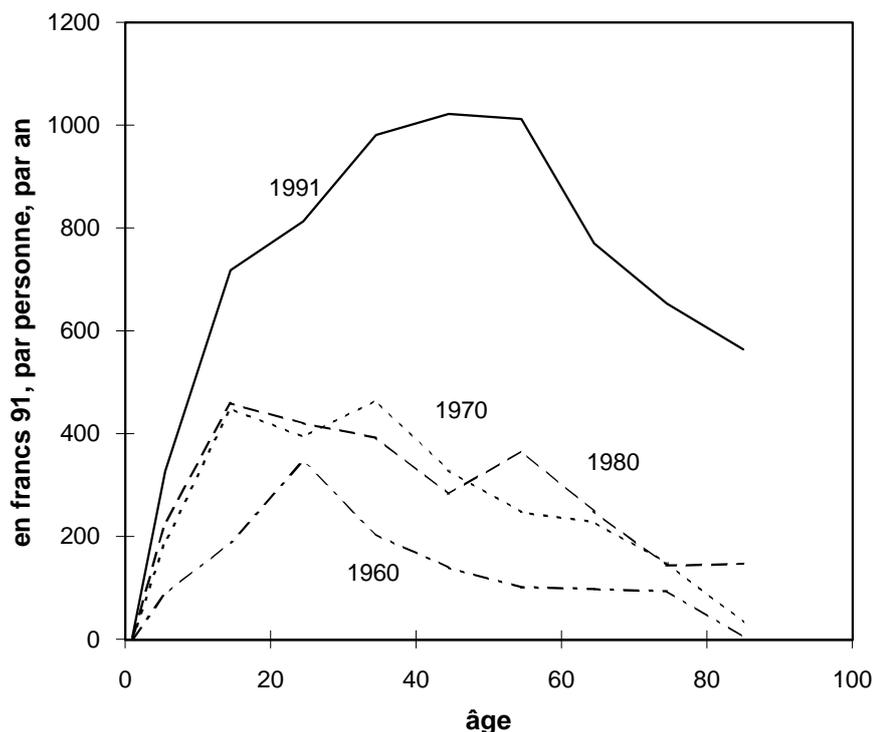
Ces profils sont le résultat de pathologies différentes, plus ou moins complexes, des difficultés à se déplacer, des conditions générales de vie, mais aussi de l'organisation du système de soins, de ses lacunes comme de ses améliorations. Au cours du temps, la fréquence de certaines maladies augmente, leur donnant davantage d'importance, pour d'autres maladies, la gravité diminue du fait de nouveaux traitements, les modalités de traitement (nature, durée, intensité,...) se transforment, et au total, le profil de chacune des consommations médicales se modifie : ainsi par exemple, les profils des consommations pharmaceutique ou dentaire par personne (cf. graphiques 14, 15, tableau 7 p. 33).

**Graphique 14**  
**Evolution des dépenses de pharmacie à prix relatifs**  
1960 - 1970 - 1980 - 1991



Source : CREDES, enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux

**Graphique 15**  
**Evolution des dépenses de dentiste à prix relatifs**  
1960 - 1970 - 1980 - 1991



Source : CREDES, enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux

- **Les disparités socio-économiques**

Les personnes multidéfavorisées<sup>12</sup> consomment notablement moins de soins de spécialiste, de dentiste, d'omnipraticien au cabinet, que la population moyenne, mais un peu plus de soins d'omnipraticien à domicile et nettement plus de soins d'infirmier : pour ces dernières consommations, dont bénéficient surtout les personnes âgées, l'importance de l'écart avec la population de référence est diminuée après élimination de l'effet de la structure par âge et sexe de ce groupe plutôt âgé.

Inversement, les personnes multifavorisées consomment notablement moins de soins d'omnipraticien à domicile, d'infirmier et de pharmacie prescrite et nettement plus de soins de spécialiste, de dentiste et de pharmacie non prescrite ; pour ces dernières consommations, dont bénéficient surtout les

---

<sup>12</sup> 3 groupes sont définis :

*un groupe peu favorisé, constitué des personnes appartenant à des ménages dont la personne de référence est ouvrier, employé, exploitant agricole, indépendant ou inactif, dont le revenu mensuel est inférieur à 15 500 francs par mois, dont le revenu mensuel par UC est inférieur à 4 873 francs et n'ayant pas de couverture complémentaire à celle de la Sécurité sociale ; ce groupe comprend 1 750 personnes ;*

*un groupe relativement favorisé, constitué des personnes appartenant à des ménages dont la personne de référence est cadre supérieur ou moyen, dont le revenu mensuel est supérieur à 19 000 francs par mois et dont le revenu mensuel par UC est supérieur à 6 396 francs ; ce groupe comprend 1 650 personnes ;*

*les personnes appartenant aux autres ménages sont considérées comme groupe de référence ; ce groupe comprend 16 992 personnes.*

jeunes, l'importance de l'écart avec la population de référence est augmentée après élimination de l'effet de la structure par âge et sexe, compte tenu de la relative jeunesse de ce groupe.

- **En dépit de certains phénomènes de saturation et de substitution, la consommation médicale des groupes défavorisés reste relativement faible**

Des relations complexes de complémentarité et de substitution lient les consommations médicales entre elles, en particulier entre soins de ville et hospitalisation et à l'intérieur des soins de ville, aussi bien entre soins de médecin qu'entre soins de médecin et soins d'auxiliaire etc.

Malgré les substitutions entre soins de spécialiste et soins d'omnipraticien, et à l'intérieur de ceux-ci entre consultations au cabinet et visites à domicile, les dépenses globales de soins de médecin restent inférieures pour le groupe défavorisé de près de 40 % à celles de la population de référence et supérieures de 16 % pour le groupe favorisé après élimination de l'effet de la structure par âge.

Les écarts les plus importants entre groupe favorisé et groupe défavorisé portent sur la dépense de soins infirmiers, maximum pour les défavorisés (se substituent-ils dans certains cas aux soins de médecin ?), et celle de soins dentaires et de produits pharmaceutiques non prescrits, maximum pour les favorisés. Pour les soins dentaires, pour lesquels il n'existe pas de substitution, la moindre consommation du groupe défavorisé comporte une part au moins de sous-consommation compte tenu de leur état de santé bucco-dentaire.

Les dépenses médicales des femmes défavorisées sont, en général, moins éloignées de celles du groupe de référence que celles des hommes, alors que les dépenses médicales des femmes et des hommes favorisés sont éloignées sensiblement de la même façon de celles du groupe de référence.

L'analyse par catégorie socioprofessionnelle met en évidence la moindre consommation globale des ménages d'ouvrier en soins de ville, reproduisant de manière moins accentuée les phénomènes observés pour le groupe défavorisé ; ainsi, pour toutes les classes d'âge, les ménages de cadre supérieur ont une dépense de soins de spécialiste supérieure à celle des ménages d'ouvrier, et inversement pour les dépenses d'omnipraticien.

Les groupes les plus favorisés n'ont plus les plus fortes dépenses en soins de médecin, les couches moyennes compensant une dépense de soins de spécialiste légèrement inférieure par une dépense nettement plus élevée de soins d'omnipraticien. De même, la dépense pharmaceutique, prescrite et non prescrite, est plus élevée pour les ménages d'ouvrier que pour les autres.

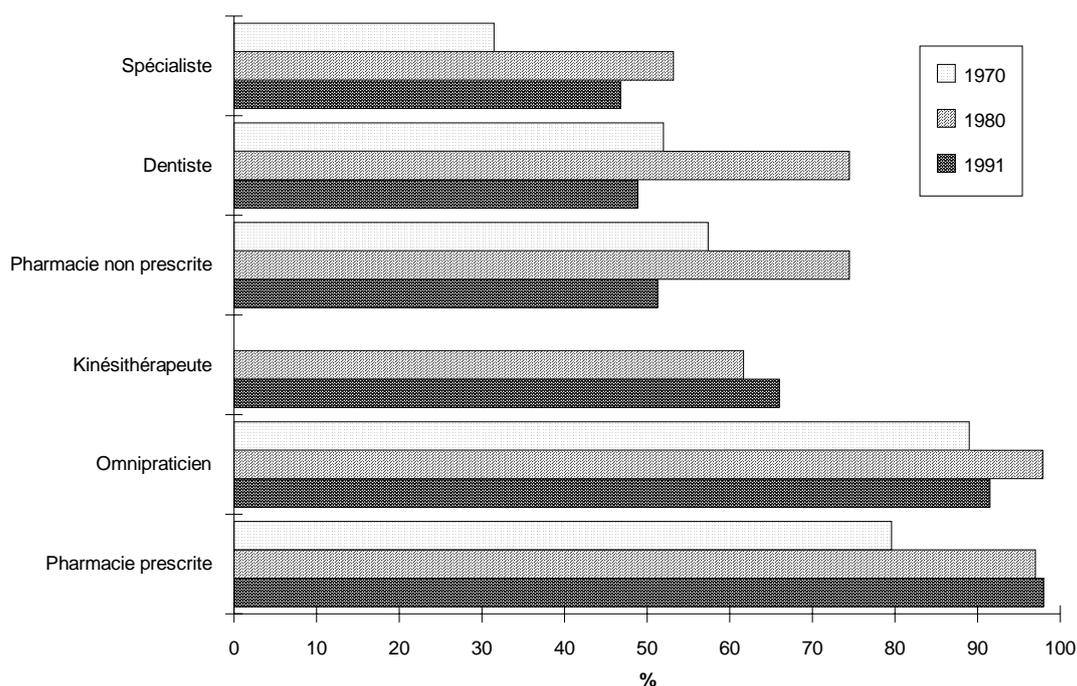
Cette moindre demande de soins de premiers recours pour les cadres, en particulier l'accès direct aux spécialistes, traduit-elle une saturation de la demande de soins primaires ? Les couches intermédiaires vont-elles, à terme, s'aligner sur ce profil de soins, moins de séances mais plus spécialisées, et moins de consommations pharmaceutiques ? On ne peut guère répondre à ces questions, les évolutions étant en partie liées aux mesures réglementaires qui seront prises.

Alors qu'entre 1970 et 1980, la diffusion<sup>13</sup> des soins s'est étendue, elle a plutôt régressé entre 1980 et 1991 (cf. graphique 16 et tableau 9 p. 34).

---

<sup>13</sup> *En règle générale, l'indice redressé par âge et sexe des groupes moyens est proche de 1. Si les indices redressés des groupes extrêmes (favorisés ou défavorisés) sont également proches de 1, on dira que le bien, ou service, est bien (uniformément) diffusé et dans le cas contraire qu'il est mal (ou inégalement) diffusé. Une analyse systématique des indices permet de hiérarchiser les consommations médicales selon leur degré de diffusion dans la population. La plage 0,8 - 1,2 pour les indices de consommation redressés par âge et sexe servant de référence.*

**Graphique 16**  
**Taux de diffusion des soins dans la population**  
1970 - 1980 - 1991



Source : CREDES, enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux 1981-1991.

- **La moindre consommation des personnes défavorisées concerne plutôt les personnes faiblement malades**

Un élément essentiel de l'évaluation d'un système de santé porte sur son aptitude à permettre à chacun, et en particulier aux plus malades, d'accéder aux soins médicaux.

En première approximation, il semble que la substitution médecine de ville (pour les personnes favorisées) - hôpital (pour les personnes défavorisées), ait lieu exclusivement pour les personnes gravement malades<sup>14</sup>. Autrement dit, à la sous-consommation de soins de ville qui concerne les personnes défavorisées, quel que soit le niveau de leur état de santé, il semble que se substitue une "sur hospitalisation" pour les personnes gravement malades<sup>15</sup>. Pour les personnes à morbidité élevée, l'hôpital jouerait ainsi un rôle social de substitution à une médecine de ville insuffisante<sup>16</sup>, et, globalement, pour elles, le niveau de soins serait indépendant du niveau social. Ce résultat doit cependant être nuancé, car si les soins de ville sont relevés dans un grand détail, l'hospitalisation n'est connue qu'en termes de journées par personne, le contenu médical de ces journées étant entièrement opaque : il est possible que les personnes appartenant au groupe défavorisé soient hospitalisées dans des services à relativement faible densité de soins, et celles appartenant au groupe favorisé, dans des services à relativement forte densité de soins<sup>17</sup>. Le jeu simultané d'écarts

<sup>14</sup> Selon l'indicateur de morbidité du CREDES.

<sup>15</sup> Cette conclusion repose sur un petit nombre d'observations et demande à être confirmée.

<sup>16</sup> A l'exception, on l'a vu, des soins au domicile du patient (omnipraticiens, infirmières...).

<sup>17</sup> Le jeu des implantations hospitalières pouvant par exemple favoriser une telle distorsion.

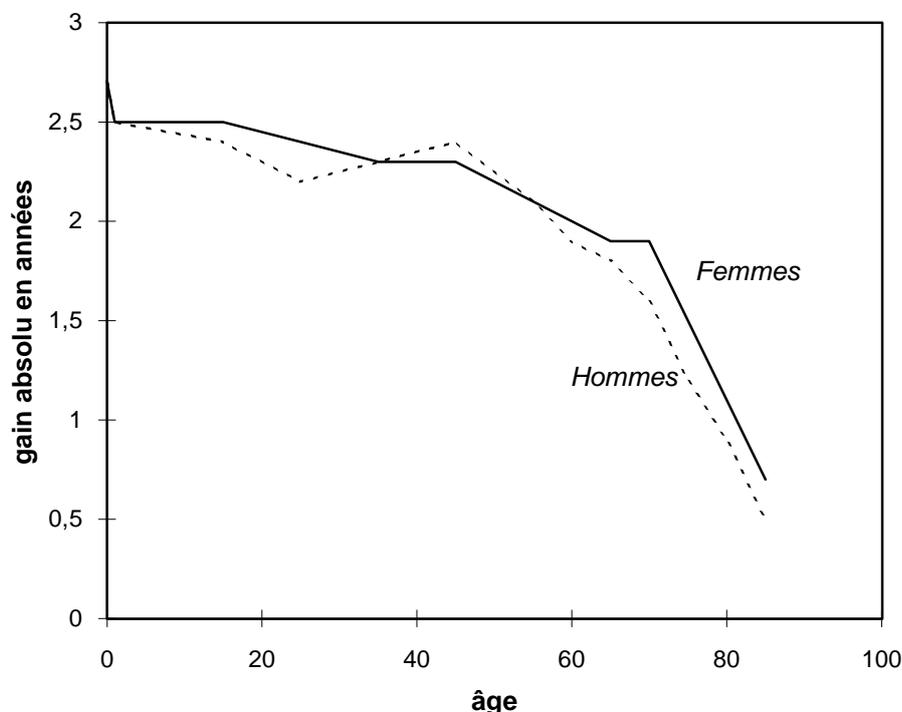
de fréquentation et de densité des soins peut faire perdre à l'hôpital une partie de sa fonction de substitut de soins de ville pour les personnes défavorisées gravement malades.

Ces évolutions ont favorisé l'accès aux soins, y compris les plus onéreux, à toutes les couches sociales, réduisant les inégalités de consommation médicale jusqu'en 1980. Au cours de la dernière période, dans un contexte général de stagnation de la production, de crise de l'emploi et de libéralisation de l'économie, la priorité donnée à la maîtrise des dépenses de santé et au désengagement de l'état et de la Sécurité sociale a eu pour conséquence une moindre amélioration d'accès aux soins médicaux pour les groupes les plus défavorisés. La poursuite de cette politique entraînera-t-elle une extension des disparités vers les classes moyennes (et pour les plus défavorisés, vers les plus malades) ? Ou, la forte demande de protection maladie entraînera-t-elle un déplacement des politiques économique et financière, permettant de mieux respecter les priorités sociales ?

## Espérance de vie, morbidité, état de santé, vieillissement

Entre 1980 et 1991, l'espérance de vie a augmenté à tous les âges. Le gain est à la naissance de 2,7 ans aussi bien pour les femmes que pour les hommes. Même à 85 ans, l'espérance de vie s'est allongée de manière non négligeable : 6 mois pour les hommes et 8,4 mois pour les femmes. A partir de 60 ans, le gain d'espérance de vie des femmes est supérieur à celui des hommes (cf. graphique 17 et tableau 10 p. 34).

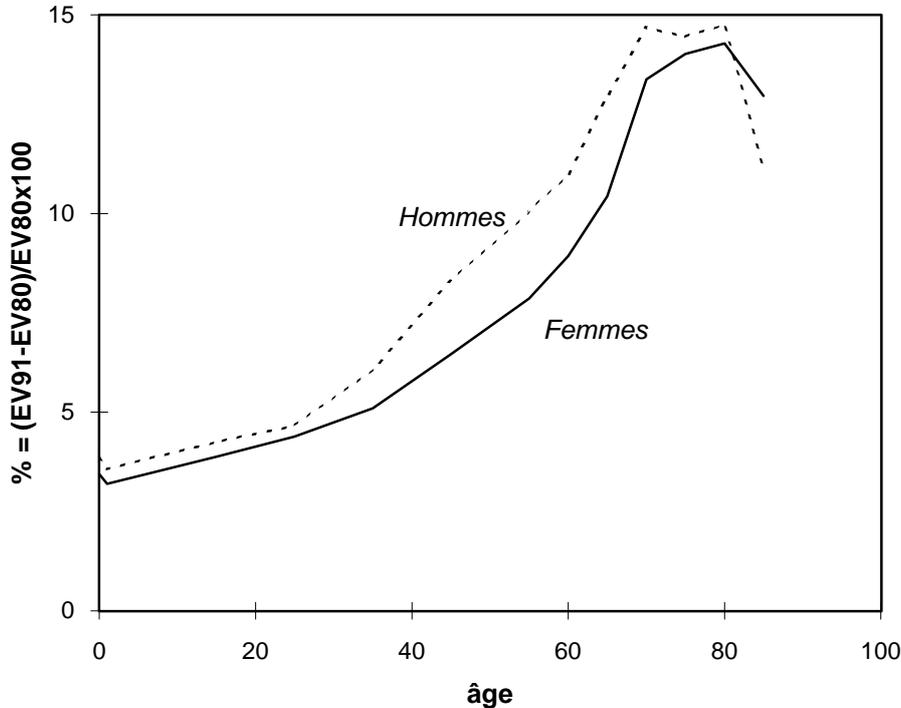
**Graphique 17**  
**Gain d'espérance de vie par âge et sexe : accroissements absolus**  
1980-1991



Source : CREDES n° 1027 - Annuaire statistique INSEE

En valeurs relatives, c'est à dire en pourcentage de l'espérance de vie en 1980, le gain est nettement plus important à 85 ans (de l'ordre de 13 %) qu'à la naissance (inférieur à 4 %). A l'exclusion des âges extrêmes, le gain relatif d'espérance de vie augmente avec l'âge et il est maximum entre 70 et 80 ans (cf. graphique 18 et tableau 10 p. 34).

**Graphique 18**  
**Gain d'espérance de vie par âge et sexe : accroissements relatifs**  
1980-1991



Source : CREDES n° 1027 - Annuaire statistique INSEE

Simultanément, l'état de santé des survivants, qu'on le mesure en incapacité ou gêne dans la vie quotidienne, ou en invalidité, s'est amélioré :

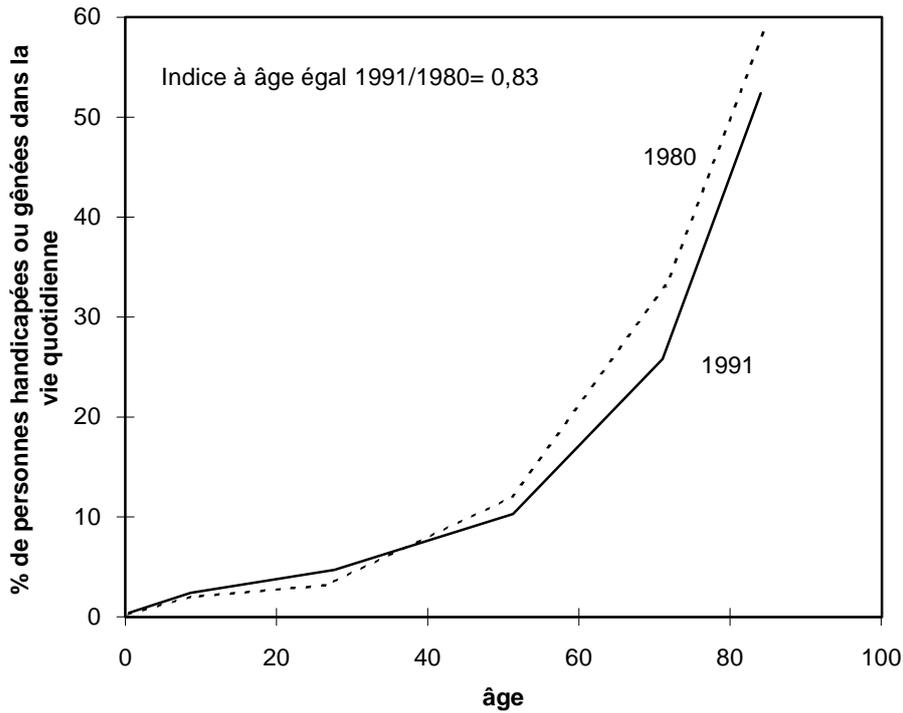
- les pourcentages de personnes se déclarant handicapées ou gênées dans la vie quotidienne (enquête décennale, 1980-1991), augmentent avec l'âge dès la naissance (cf. graphique 19 et tableau 11 p. 35). Entre 1980 et 1991, les pourcentages diminuent pour toutes les classes d'âge, à partir de 30 ans.
- la dimension "invalidité" de l'indicateur de morbidité du CREDES, mesurée par des médecins, synthèse pronostique des répercussions des maladies relevées au cours de l'enquête<sup>18</sup>, fait également apparaître une décroissance à tous les âges, à partir de 30 ans (cf. graphique 20 et tableau 11 p. 35).

Les gains d'espérance de vie s'accompagnent de diminution d'incapacité de déplacement et d'invalidité pour les survivants.

---

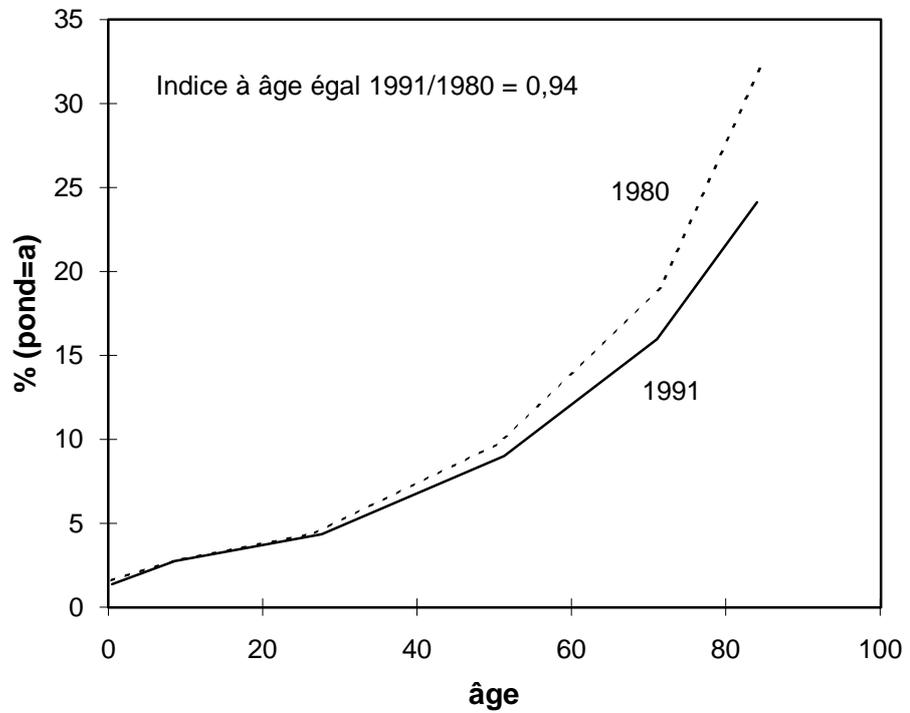
<sup>18</sup> Soit dans le questionnaire initial, soit comme motif de consommation médicale au cours des 3 mois d'enquête.

**Graphique 19**  
**Evolution du pourcentage de personnes handicapées ou gênées dans la vie quotidienne**  
1980 - 1991



Source : enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

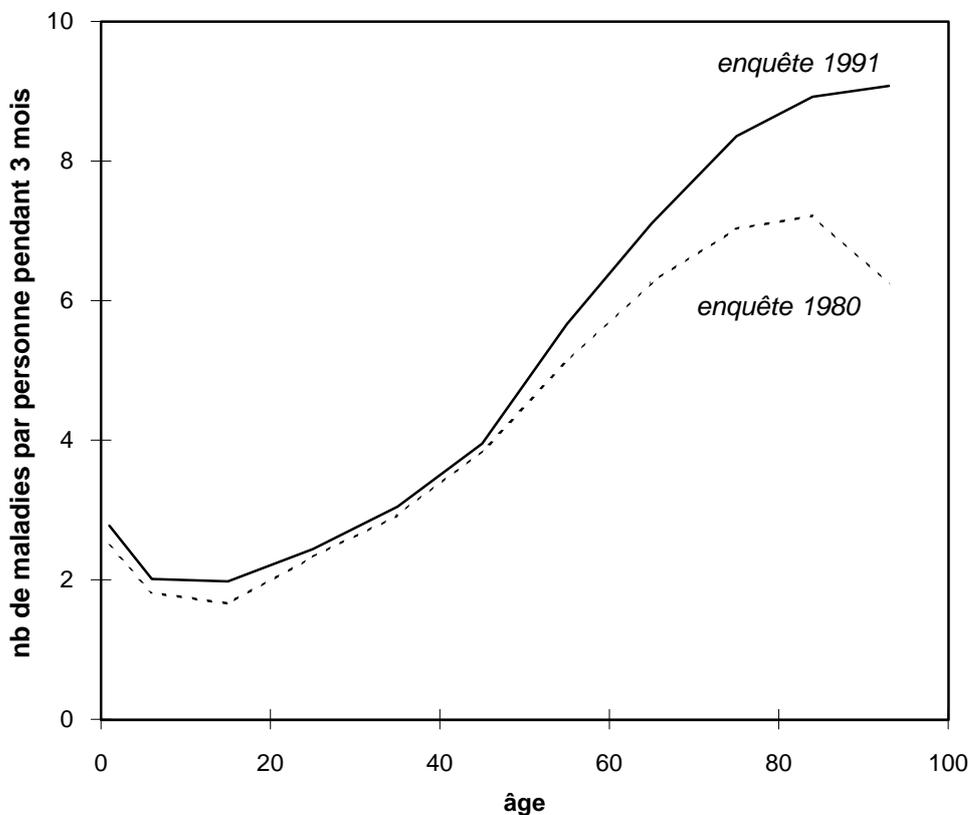
**Graphique 20**  
**Evolution de l'invalidité selon l'âge**  
1980 - 1991



Source : enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

Pour décrire la morbidité, on estime le nombre de personnes souffrant de différentes affections. En moyenne, on peut admettre que l'état de santé se dégrade lorsque le nombre de maladies augmente, quoique cette hypothèse soit insatisfaisante, car elle consiste à agréger des troubles de nature et de gravité différentes, on observe bien, à un instant donné, une relation positive entre nombre de maladies et dégradation de l'état de santé<sup>19</sup>. Le nombre moyen de maladies varie avec l'âge ; il augmente en ce qui concerne les maladies prévalentes, alors que pour les maladies incidentes (dont la plupart sont aiguës) il est élevé chez l'enfant et stable chez l'adulte ; tous âges réunis, en 3 mois, chaque personne souffre de 4 maladies, ce chiffre est minimum entre 10 et 19 ans (de 2 maladies par personne), il augmente ensuite de manière continue et est maximum pour la dernière classe d'âge (9 maladies par personne après 80 ans), soit un rapport de 1 à 4,6 ; ce rapport a augmenté puisqu'il était de 3,8 en 1980 et la courbe du nombre moyen de maladies en fonction de l'âge s'est creusée (cf. graphique 21 et tableau 12 p. 35).

**Graphique 21**  
**Maladies prévalentes et incidentes en 3 mois, selon l'âge**  
1980 - 1991



Source : enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

<sup>19</sup> De telles mesures posent cependant au cours du temps le problème de l'identification des maladies : deux troubles distincts sont-ils la conséquence d'une seule et même maladie ou sont-ils les symptômes de deux maladies différentes (fièvre et insomnie par exemple) ? Quand commence et quand se termine une maladie ? En particulier, à quel moment l'aggravation d'une maladie peut-elle être considérée comme une entité distincte (complications de l'HTA) ? La réponse à ces questions dépend de l'état des connaissances médicales, et le même tableau clinique pourra donner lieu, au cours du temps, à des variations dans les évaluations du nombre de maladies.

On est devant un paradoxe, puisque l'augmentation du nombre de maladies par personne ne semble pas empêcher une amélioration de l'état de santé. Deux hypothèses peuvent permettre d'expliquer ce paradoxe :

- la durée moyenne des maladies, prolongée par une détection plus précoce et une évolution plus lente, s'allonge en même temps que l'espérance de vie des malades,
- à un même degré d'évolution, la gravité des maladies s'atténue dès lors qu'apparaissent et se diffusent de nouveaux traitements plus efficaces.

Au cours de la période écoulée, l'espérance de vie a augmenté d'environ 3 mois par an, soit un an tous les quatre ans. Ce rythme pourra-t-il être maintenu très longtemps<sup>20</sup> ? Qu'en sera-t-il de l'état de santé (invalidité, incapacité) ? Du nombre de maladies ?

## Conclusion

---

Au total, ce tour d'horizon nous conduit plutôt à poser des questions qu'à fournir des réponses :

- La consommation médicale continuera-t-elle d'augmenter, en particulier plus vite que le PIB, ou les "responsables" politiques arriveront-ils à la stabiliser ? Dans cet ensemble, quelles sont les catégories de soins qui se développeront tout particulièrement et celles qui stagneront ? Surtout, comment le financement en sera-t-il assuré ?
- Comment l'accès aux soins pour tous pourra-t-il être assuré ? Pourra-t-on (voudra-t-on) éviter que la qualité des soins dispensés soit par trop disparate ? Ce problème se pose de manière particulièrement aiguë pour les très gros consommateurs et les personnes défavorisées ;
- Les performances du système de santé continueront-elles de s'améliorer en matière d'espérance de vie et d'état de santé ? En particulier, dans le cas d'une stabilisation, voire d'une réduction, des consommations médicales, quelles en seraient les conséquences démographiques, économiques et sociales ? Mais ceci est un autre problème qui heureusement ne nous est pas posé...

---

<sup>20</sup> *Notons que la mortalité des centenaires a également diminué au cours de cette période.*

## Bibliographie

---

1. **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *L'état de santé s'est-il amélioré ou dégradé en 15 ans ? Une analyse des indicateurs de morbidité au niveau individuel. Intervention au "Xème colloque International d'Econométrie Appliquée : Econométrie de la Santé"* Lyon, CREDOC., 1983/2, pp. 1-5. Biblio n° 599
2. **Lecomte Th.**, La morbidité déclarée, description et évolution. France 1970-1980. *"Solidarité Santé, Etudes Statistiques."*, 1984, n° 1-2, pp. 41-56. Biblio n° 643
3. **Colvez A., Morel B., Lelaidier S., Robine J.-M.**, Incapacités et handicaps dans la population française vivant à domicile. *"Solidarité Santé, Etudes Statistiques."*, 1984, n° 3.
4. **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Evolution à long terme des disparités des dépenses médicales - France 1960, 1970, 1980.* CREDES, 1986/12, 172 pages. Biblio n° 721
5. **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Consommation médicale selon l'âge : effet de morbidité, effet de génération.* CREDES, 1988, 68 pages. Biblio n° 772
6. **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, Les tendances à long terme de la consommation médicale. *"Futuribles"*, 1990, n° 147, pp. 33-54. Biblio n° 861
7. **Mizrahi An, Mizrahi Ar, Sandier S.**, *Le système de santé en France de 1950 à 1989. Commission des Comptes de la Santé.* Paris, CREDES, 1991, pp. 1-28.. *"Journal d'Economie Médicale"*, 1991, Vol 9, n° 8, pp. 379-405. Biblio n° 883
8. **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Etat de santé, vieillissement relatif et variables socio-démographiques : Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 1988-1991.* CREDES, 1994/01, 93 pages. Biblio n° 999
9. **Logiciel Eco-Sante France 3.5 (juin 1994).** CREDES 1994/06. Biblio n° 1014
10. **Grandfils N.**, *Prestations, santé et protection sociale : une approche socio-économique : première exploitation de deux enquêtes jumelées : EPAS - ESPS 1988.* CREDES, 1994/06, 246 pages. Biblio n° 1018
11. **Robine J.-M., Mormiche P.**, L'espérance de vie sans incapacité augmente. *"INSEE Première."*, octobre 1994.
12. **Duriez M., Sandier S.**, *Le système de santé en France : organisation et fonctionnement.*, Editions du SICOM, 1994, 50 pages. Biblio n° 1026
13. **Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *L'évolution paradoxale de l'état de santé des personnes âgées en France : amélioration du pronostic vital, diminution de l'incapacité et augmentation du nombre de maladies. Economics of Aging.* Sitges, Espagne, European Science Foundation., CREDES, 1994/08, pp. 1-21. Biblio n° 1027
14. **Sermet C.**, *Qui sont les malades et de quoi souffrent-ils ? Description de la morbidité déclarée et évolution 1980-1991. Enquête décennale sur la santé et les soins médicaux.* Paris, CREDES, 1994, pp. 1-11. *"Solidarité Santé"*, 1994, n° 1, pp. 37-56. Biblio n° 1032
15. **Bocognano A., Grandfils N., Le Fur Ph, Mizrahi An, Mizrahi Ar.**, *Santé, soins et protection sociale en 1993.* CREDES, 1994/10, 180 pages. Biblio n° 1037

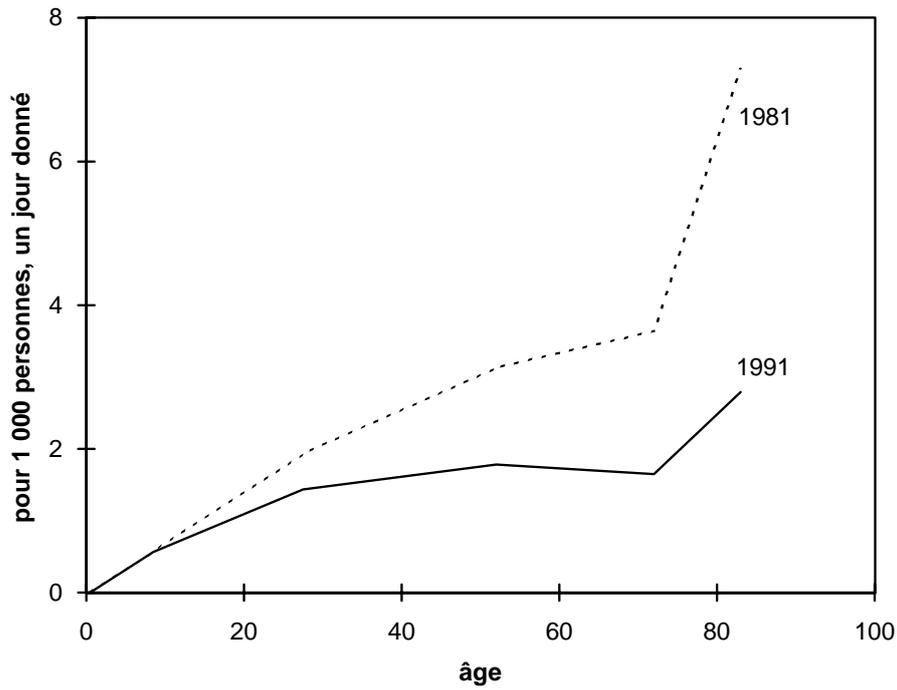




# Annexe



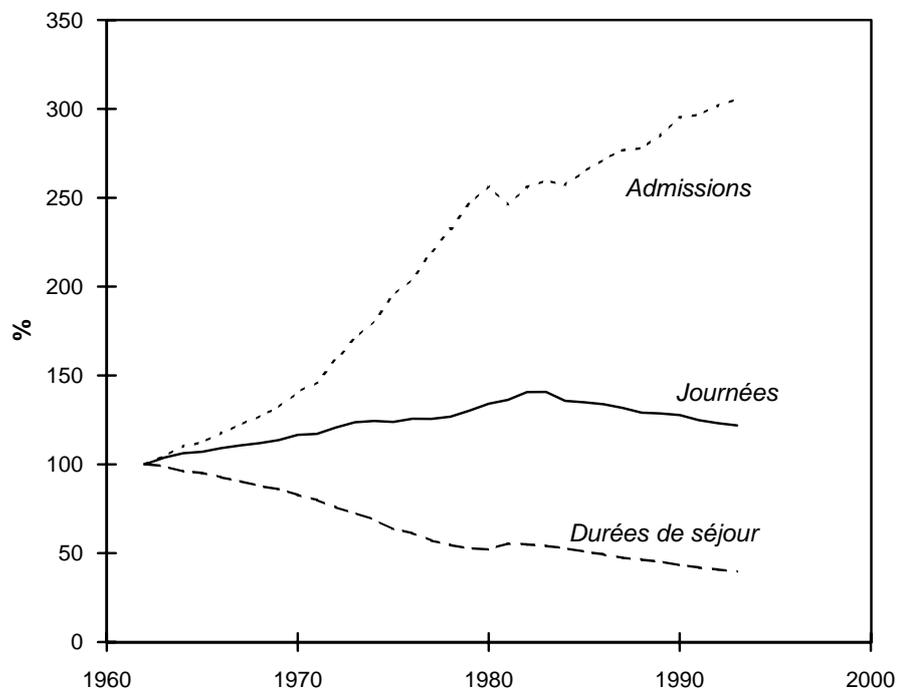
**Graphique A1**  
**Taux de présence en psychiatrie selon l'âge**  
1981-1991



Cf. tableau 6, p. 32

Source : CREDES, enquête nationale sur les hospitalisés 1981-1991

**Graphique A2**  
**L'hospitalisation publique : entrées, journées, durées de séjour**



Cf. tableau 13, p. 36

Source : Comptes Nationaux de la Santé - Eco-Santé

**Tableau 1**  
**Produit Intérieur Brut et Consommation Médicale Totale en francs 93, par personne,**  
**et taux d'accroissement annuels**

	PIB	CMT	%	Taux d'accroissement annuels	
	En francs 93, par personne			PIB	CMT
1950	31290	993	3,2		
1951	32592	1055	3,2	4,2	6,2
1952	34215	1122	3,3	5,0	6,4
1953	36116	1217	3,4	5,6	8,5
1954	37961	1278	3,4	5,1	5,0
1955	39916	1314	3,3	5,2	2,8
1956	41979	1475	3,5	5,2	12,3
1957	45034	1475	3,3	7,3	0,0
1958	44594	1557	3,5	-1,0	5,6
1959	47043	1525	3,2	5,5	-2,1
1960	49882	1581	3,2	6,0	3,7
1961	52033	1771	3,4	4,3	12,0
1962	54489	1892	3,5	4,7	6,8
1963	56400	2014	3,6	3,5	6,4
1964	59407	2209	3,7	5,3	9,7
1965	61571	2374	3,9	3,6	7,5
1966	64290	2557	4,0	4,4	7,7
1967	66707	2710	4,1	3,8	6,0
1968	69387	2772	4,0	4,0	2,3
1969	73578	3066	4,2	6,0	10,6
1970	76747	3311	4,3	4,3	8,0
1971	82080	3639	4,4	6,9	9,9
1972	84928	3860	4,5	3,5	6,1
1973	89021	4077	4,6	4,8	5,6
1974	91239	4360	4,8	2,5	6,9
1975	90337	4833	5,3	-1,0	10,8
1976	93818	5110	5,4	3,9	5,7
1977	96707	5283	5,5	3,1	3,4
1978	99464	5721	5,8	2,9	8,3
1979	102013	6073	6,0	2,6	6,2
1980	103286	6314	6,1	1,2	4,0
1981	103927	6589	6,3	0,6	4,4
1982	105529	6969	6,6	1,5	5,8
1983	106040	7269	6,9	0,5	4,3
1984	107014	7613	7,1	0,9	4,7
1985	108533	8001	7,4	1,4	5,1
1986	110745	8355	7,5	2,0	4,4
1987	112591	8553	7,6	1,7	2,4
1988	117044	8916	7,6	4,0	4,2
1989	121674	9378	7,7	4,0	5,2
1990	123914	9900	8,0	1,8	5,6
1991	123944	10296	8,3	0,0	4,0
1992	124761	10660	8,5	0,7	3,5
1993	122924	10998	8,9	-1,5	3,2

Source : Comptes Nationaux de la Santé - Eco-Santé

**Tableau 2**  
**Les principales composantes de la Consommation Médicale Totale**

	<b>hôpital</b>	<b>soins de ville</b>	<b>biens médicaux</b>	<b>Ensemble</b>
1950	38,7	32,5	28,7	100
1951	38,9	30,7	30,4	100
1952	37,4	31,7	30,9	100
1953	35,9	32,6	31,4	100
1954	34,7	33,7	31,6	100
1955	33,9	34,0	32,1	100
1956	35,2	32,7	32,1	100
1957	33,5	34,3	32,2	100
1958	35,5	33,7	30,8	100
1959	36,8	34,3	28,9	100
1960	40,2	31,3	28,6	100
1961	41,2	28,5	30,3	100
1962	42,0	28,0	30,0	100
1963	42,6	28,6	28,9	100
1964	42,3	29,5	28,2	100
1965	42,1	29,3	28,6	100
1966	40,9	30,3	28,7	100
1967	40,3	30,8	28,9	100
1968	40,3	30,8	28,9	100
1969	42,1	29,9	28,0	100
1970	42,5	29,2	28,3	100
1971	44,8	28,1	27,1	100
1972	44,7	28,7	26,6	100
1973	44,1	29,2	26,6	100
1974	46,1	28,5	25,4	100
1975	47,9	27,8	24,3	100
1976	50,4	27,4	22,1	100
1977	52,5	27,0	20,4	100
1978	52,6	27,0	20,4	100
1979	53,6	26,7	19,6	100
1980	53,8	26,6	19,7	100
1981	53,7	26,1	20,2	100
1982	54,4	25,7	20,0	100
1983	53,6	27,0	19,3	100
1984	53,4	27,2	19,4	100
1985	52,4	27,7	19,9	100
1986	51,1	28,8	20,1	100
1987	51,0	28,9	20,1	100
1988	49,6	29,7	20,7	100
1989	49,1	30,0	20,9	100
1990	49,2	29,8	21,0	100
1991	49,0	29,8	21,2	100
1992	49,3	29,5	21,2	100
1993	49,6	29,0	21,4	100

Source : Comptes Nationaux de la Santé - Eco-Santé

**Tableau 3**  
**Indices de prix relatifs**

	<b>hospitalisation</b>	<b>soins ambulatoires</b>	<b>biens médicaux</b>
1950	100,0	100,0	100,0
1951	99,8	104,0	94,8
1952	101,2	115,9	103,3
1953	98,3	119,8	100,2
1954	100,6	128,4	100,8
1955	101,2	137,2	99,7
1956	102,6	133,5	96,8
1957	107,9	145,4	98,5
1958	106,2	139,2	79,5
1959	116,5	135,3	79,8
1960	116,7	147,5	81,0
1961	113,9	145,3	80,4
1962	116,7	149,2	79,2
1963	124,0	151,2	75,6
1964	126,7	157,1	73,9
1965	125,8	158,8	72,3
1966	126,6	161,3	71,1
1967	127,4	165,0	69,3
1968	129,2	163,9	66,5
1969	134,5	167,5	64,8
1970	136,9	167,2	62,5
1971	139,9	168,6	59,7
1972	140,6	170,2	57,2
1973	144,5	174,3	53,6
1974	140,6	167,5	49,6
1975	146,7	168,0	47,1
1976	153,8	167,5	44,0
1977	153,8	167,1	41,6
1978	154,9	168,3	41,9
1979	153,3	165,3	40,1
1980	151,8	159,4	38,7
1981	151,2	154,2	37,6
1982	150,5	148,4	35,8
1983	150,2	150,9	33,9
1984	150,1	145,4	32,7
1985	148,4	142,4	31,8
1986	149,3	142,7	31,6
1987	148,4	141,6	31,2
1988	149,1	143,6	30,9
1989	152,9	141,2	29,9
1990	154,6	137,2	28,6
1991	153,6	134,7	28,0
1992	154,6	134,0	27,6
1993	155,8	132,8	27,4

Source : Comptes Nationaux de la Santé - Eco-Santé

**Tableau 4**  
**Structure du financement de la Consommation Médicale Totale**

	Public	Sécurité sociale	Mutuelle	Assurance privée	Ménages	Ensemble
1950	14,1	44,3	5,0	-	36,7	100
1951	12,6	44,5	4,9	-	38,0	100
1952	13,3	45,2	4,9	-	36,6	100
1953	12,7	44,9	4,9	-	37,5	100
1954	12,3	45,3	4,9	-	37,6	100
1955	11,9	45,6	4,8	-	37,7	100
1956	12,0	45,5	4,8	-	37,7	100
1957	12,4	46,3	4,8	-	36,5	100
1958	11,6	46,1	4,7	-	37,6	100
1959	9,9	44,2	4,7	-	41,3	100
1960	8,9	47,6	4,6	-	38,9	100
1961	7,8	52,0	4,4	-	35,9	100
1962	8,2	55,7	4,0	-	32,2	100
1963	8,8	57,6	3,6	-	30,1	100
1964	8,3	59,3	3,1	-	29,3	100
1965	7,5	59,7	3,2	-	29,6	100
1966	6,9	60,8	3,2	-	29,2	100
1967	6,3	61,7	3,3	-	28,8	100
1968	6,2	60,7	3,8	-	29,4	100
1969	5,3	63,7	3,6	-	27,4	100
1970	5,0	65,8	3,5	-	25,7	100
1971	4,4	66,5	3,4	-	25,7	100
1972	4,3	67,5	3,8	-	24,4	100
1973	4,1	67,8	3,5	-	24,6	100
1974	3,7	67,9	3,6	-	24,9	100
1975	3,3	70,0	3,5	-	23,2	100
1976	3,2	71,2	3,7	-	21,9	100
1977	3,2	71,4	3,9	-	21,5	100
1978	2,8	71,8	3,9	-	21,5	100
1979	2,0	72,3	3,6	-	22,1	100
1980	2,3	72,0	3,5	-	22,2	100
1981	2,3	73,3	3,5	-	20,9	100
1982	2,6	75,9	5,1	-	16,5	100
1983	2,4	75,8	5,1	-	16,7	100
1984	2,3	75,6	5,1	-	16,9	100
1985	2,3	75,5	5,1	2,7	14,4	100
1986	1,4	75,7	5,5	2,9	14,6	100
1987	1,3	74,6	6,0	3,1	15,1	100
1988	1,2	74,1	6,3	3,0	15,4	100
1989	1,1	74,8	6,2	3,0	14,8	100
1990	1,1	74,0	6,1	3,0	15,8	100
1991	1,0	74,1	6,1	3,0	15,9	100
1992	0,9	74,3	6,2	3,1	15,6	100
1993	0,9	73,9	6,3	3,1	15,8	100

Source : Comptes Nationaux de la Santé - Eco-Santé

**Tableau 5**  
**Financements et consommations médicales**

	Part du financement des ménages dans la CMT	Part de la CMT dans la CFM	Part des sommes à la charge des ménages dans la CFM	Prix relatifs pour les ménages (1993=100)	CMT volumes (1993=100)
1970	16,4	9,1	1,7	99	5 312
1975	13,8	10,7	1,6	89	6 449
1980	11,9	11,7	1,5	79	7 451
1985	13,4	12,8	1,9	87	8 974
1990	14,6	13,7	2,2	99	10 055
1993	14,6	14,7	2,3	100	10 792

Source : Comptes Nationaux de la Santé - Eco-Santé

**Tableau 6**  
**Taux de présence en établissement hospitalier,**  
**selon l'âge et le service**  
1981 - 1991

Age	Chirurgie		Psychiatrie		Ensemble	
	1981	1991	1981	1991	1981	1991
< 1 an	2,2	0,3	0,0	0,0	9,1	8,6
1-15 ans	1,0	0,6	0,6	0,6	3,1	2,2
16-39 ans	1,2	0,9	1,9	1,4	5,8	4,3
40-64 ans	2,2	2,0	3,1	1,8	9,3	6,9
65-79 ans	3,2	4,5	3,6	1,6	21,4	17,4
80 ans 1 plus	5,1	6,4	7,3	2,8	57,7	59,7
<b>Ensemble</b>	<b>1,8</b>	<b>1,8</b>	<b>2,3</b>	<b>1,4</b>	<b>9,5</b>	<b>8,3</b>

Source : CREDES, enquête nationale sur les hospitalisés 1981-1991

**Tableau 7**  
**Dépense partielle de soins de ville<sup>21</sup>, de pharmacie, de dentiste**  
*à prix relatifs en francs 91, par personne, par an*  
 1960 - 1970 - 1980 - 1991

<b>Soins de médecin + pharmacie + soins de dentiste</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1991</b>
< 2 ans	1 067	1 297	1 787	2 795
2 à 10 ans	623	969	1 152	1 668
10 à 19 ans	608	991	1 106	1 695
20 à 29 ans	868	1 234	1 315	2 045
30 à 39 ans	821	1 404	1 590	2 496
40 à 49 ans	848	1 634	1 689	2 737
50 à 59 ans	885	1 960	2 213	3 659
60 à 69 ans	1 361	2 495	3 078	4 866
70 à 79 ans	1 266	2 664	3 882	5 427
80 ans et plus	931	2 092	3 857	5 763
<b>Ensemble</b>	<b>861</b>	<b>1 522</b>	<b>1 818</b>	<b>2 939</b>
<b>Pharmacie</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1991</b>
< 2 ans	542	640	632	1 040
2 à 10 ans	301	428	357	545
10 à 19 ans	218	333	278	444
20 à 29 ans	284	537	416	601
30 à 39 ans	434	620	613	732
40 à 49 ans	431	902	812	900
50 à 59 ans	513	1 261	1 194	1 596
60 à 69 ans	842	1 713	1 876	2 675
70 à 79 ans	715	1 894	2 651	3 199
80 ans et plus	596	1 584	2 419	3 543
<b>Ensemble</b>	<b>437</b>	<b>831</b>	<b>859</b>	<b>1 227</b>
<b>Soins dentaires</b>	<b>1960</b>	<b>1970</b>	<b>1980</b>	<b>1991</b>
< 2 ans	0	1	1	5
2 à 10 ans	87	190	227	327
10 à 19 ans	189	449	459	718
20 à 29 ans	345	394	421	813
30 à 39 ans	204	465	393	981
40 à 49 ans	139	328	282	1 022
50 à 59 ans	102	247	366	1 012
60 à 69 ans	98	228	249	770
70 à 79 ans	94	149	143	653
80 ans et plus	5	34	147	564
<b>Ensemble</b>	<b>151</b>	<b>311</b>	<b>329</b>	<b>789</b>

Source : CREDES, enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux

**Indice général des prix à la consommation :** 1960/1991 = 7,02  
 1970/1991 = 4,71  
 1980/1991 = 1,88  
 1991 = 1

<sup>21</sup> Soins de médecin (non compris radiologues et, en 1960 et 1991, stomatologues), de dentiste et produits pharmaceutiques.

**Tableau 8**  
**Dépenses médicales selon l'âge**  
*en francs 91, par personne, par an*

Age	médecin	omnipraticien	spécialiste*	auxiliaire
< 2 ans	1 750	837	913	214
2 à 9 ans	796	465	331	321
10 à 19 ans	533	293	240	227
20 à 29 ans	631	300	332	238
30 à 39 ans	782	334	448	325
40 à 49 ans	815	372	443	354
50 à 59 ans	1 052	547	505	709
60 à 69 ans	1 421	749	672	738
70 à 79 ans	1 576	901	674	1 043
80 ans et plus	1 656	1 214	442	2 782

\* non compris radiologues et stomatologues

Source : CREDES, enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1991

**Tableau 9**  
**Taux de diffusion des soins dans la population**  
 1970 - 1980 - 1991

	1970	1980	1991
Pharmacie prescrite	79,6	97,0	98,0
Omnipraticien	89,0	97,9	91,5
Kinésithérapeute	-	61,7	66,0
Pharmacie non prescrite	57,4	74,5	51,3
Dentiste	52,0	74,5	48,9
Spécialiste	31,5	53,2	46,8

Source : CREDES, enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux

**Tableau 10**  
**Gain d'espérance de vie par âge et sexe**  
 1980-1991

Age	Accroissements absolus		Accroissements relatifs	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
0 an	2,7	2,7	3,8	3,4
1 an	2,5	2,5	3,6	3,2
15 ans	2,4	2,5	4,3	3,9
25 ans	2,2	2,4	4,7	4,4
35 ans	2,3	2,3	6,1	5,1
45 ans	2,4	2,3	8,3	6,5
55 ans	2,1	2,1	1,0	7,9
60 ans	1,9	2,0	11,0	8,9
65 ans	1,8	1,9	12,9	10,4
70 ans	1,6	1,9	14,7	13,4
75 ans	1,2	1,5	14,5	14,0
80 ans	0,9	1,1	14,8	14,3
85 ans	0,5	0,7	11,1	13,0

Source CREDES n° 1027 - Annuaire statistique INSEE

**Tableau 11**  
**Incapacité de déplacement et invalidité, selon l'âge**  
 1980 - 1991

Age	% de personnes handicapées ou gênées dans la vie quotidienne		Invalidité <sup>22</sup>	
	1980	1991	1980	1991
> 2 ans	0,3	0,4	1,6	1,4
2-15 ans	2,0	2,4	2,8	2,8
16-39 ans	3,2	4,7	4,4	4,4
40-64 ans	12,0	10,3	9,9	9,0
65-79 ans	33,1	25,8	19,1	16,0
80 ans et plus	58,6	52,4	32,1	24,1
<b>Ensemble</b>	<b>9,9</b>	<b>9,8</b>	<b>7,7</b>	<b>7,3</b>

Source : enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

**Tableau 12**  
**Maladies prévalentes et incidentes, selon l'âge**  
*nombre de maladies en 3 mois, par personne*  
 1980 - 1991

Age	Enquête 1980	Enquête 1991
< 2 ans	2,5	2,8
2 à 9 ans	1,8	2,0
10 à 19 ans	1,7	2,0
20 à 29 ans	2,3	2,4
30 à 39 ans	2,9	3,0
40 à 49 ans	3,8	4,0
50 à 59 ans	5,1	5,7
60 à 69 ans	6,3	7,1
70 à 79 ans	7,0	8,4
80 à 89 ans	7,2	8,9
90 ans et plus	6,2	9,1
<b>Ensemble</b>	<b>3,5</b>	<b>4,1</b>

Source : enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux 1980-1991

<sup>22</sup> Les classes d'invalidité sont :

0. Pas de gêne	0
1. Gêné de façon infime	2
2. Très peu gêné	5
3. Gêné mais mène une vie normale	10
4. Activité professionnelle ou domestique restreinte	30
5. Activité professionnelle ou domestique très ralentie	50
6. Pas ou très peu d'activité domestique	90
7. Grabataire	95

**Tableau 13**  
**L'hospitalisation publique : entrées, journées, durées de séjour**

	<b>Admissions</b>	<b>Journées</b>	<b>Durées de séjour</b>
1962	100,0	100,0	100,0
1963	104,7	103,7	99,1
1964	110,3	106,3	95,9
1965	112,3	107,1	95,3
1966	117,8	109,2	92,7
1967	122,3	110,7	90,5
1968	127,1	111,9	88,0
1969	132,1	113,7	86,1
1970	140,6	116,6	82,9
1971	146,2	117,1	80,1
1972	158,9	120,8	76,0
1973	170,8	123,7	72,5
1974	180,6	124,4	69,0
1975	195,2	123,9	63,6
1976	204,3	125,7	61,4
1977	219,8	125,6	57,3
1978	232,5	126,9	54,8
1979	246,8	130,3	52,9
1980	256,6	134,1	52,2
1981	246,1	136,3	55,4
1982	256,0	140,7	55,1
1983	259,6	140,7	54,1
1984	257,4	135,8	52,9
1985	264,7	134,9	51,0
1986	271,5	133,9	49,4
1987	276,8	131,8	47,5
1988	278,0	129,1	46,5
1989	285,2	128,7	45,3
1990	295,4	127,7	43,4
1991	296,7	124,9	42,1
1992	301,9	123,2	40,8
1993	305,8	121,9	39,9

Source : Comptes Nationaux de la santé - ECO-SANTE

Achévé d'imprimer le 15 mars 1995  
SCRIPTA Diffusion, 16 Place Adolphe Chérioux  
75015 PARIS  
Dépôt légal : Mars 1995





La prévision économique et sociale dans le secteur de la santé en France est particulièrement incertaine car la plupart des indicateurs ont subi des retournements de tendance : substitution entre soins (ville-hôpital), prix, financements. Le taux d'accroissement de la dépense globale diminue et semble tendre vers une asymptote de niveau inconnu. L'accroissement plus rapide de la consommation médicale des personnes âgées traduit une meilleure adéquation des soins à la morbidité. En revanche, les disparités économiques et sociales, après avoir diminué entre 1960 et 1980, ont augmenté depuis ; l'amélioration de l'état de santé (espérance de vie, invalidité, incapacité) est accompagnée d'une augmentation du nombre de maladies. Enfin, quoique les marges de manoeuvre des responsables politiques soient étroites, leur volonté fermement affichée de modifier les règles du jeu rend l'avenir encore plus incertain.