

# L'ENQUÊTE CANADIENNE SUR LA MALADIE ET LES SOINS MÉDICAUX

par

**G. RÖSCH**

**Enquête sur la maladie au Canada, 1950-1951. Bureau Fédéral de la Statistique et Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Être Social, fascicule I (1953) à 10 (1957), Ottawa.**

L'enquête sur la maladie et les soins médicaux menée en 1950 et 1951 au Canada par le Ministère de la Santé et du Bien-Être, et le Bureau Fédéral de la Statistique apparaît comme l'étude la plus complète actuellement réalisée sur ces problèmes. Bien que son exploitation ne soit pas encore entièrement terminée, les publications qui en présentent les résultats, et qui s'échelonnent de 1953 à 1957, fournissent une remarquable vue d'ensemble de la situation sanitaire et médicale de ce pays.

L'objet de l'enquête était d'apprécier l'incidence et la fréquence de la maladie et des accidents de tous genres, et par ailleurs de permettre l'estimation de la consommation de soins médicaux. L'entreprise a été menée sur une vaste échelle. La réalisation d'une enquête de cette importance nécessiterait actuellement en France un budget d'une centaine de millions environ.

Il s'agissait d'une enquête par interview auprès des ménages. Elle a porté sur un échantillon de 10 000 ménages représentatifs de la totalité de la population canadienne (sondage au 1/455<sup>e</sup>) et obtenu par un échantillonnage aléatoire. La morbidité et la consommation dans ces ménages ont été observées durant une année, d'octobre 1950 à octobre 1951. Les divers renseignements demandés étaient notés par les ménages au jour le jour sur des fiches qui étaient laissées entre leurs mains. Les enquêteurs ont complété ces renseignements et ont veillé à ce qu'ils soient régulièrement notés, au cours de visites et interrogatoires périodiques. Chaque ménage a ainsi reçu en moyenne 13 visites des enquêteurs au cours de l'année.

Les renseignements demandés étaient consignés sur 5 fiches distinctes :

- 1<sup>o</sup> La fiche de ménage rassemblait les données caractérisant le ménage ;
- 2<sup>o</sup> Sur la fiche de dépenses étaient relevées les dépenses du ménage effectuées dans l'année et concernant les diverses catégories de soins médicaux ;
- 3<sup>o</sup> La fiche de maladie était individuelle. Les diverses affections dont avait souffert la personne au cours de l'année y étaient indiquées, par leur diagnostic, ainsi que la durée de l'affection, les durées d'incapacité, d'alitement, d'hospitalisation et les visites, consultations, soins d'infirmière, séances dentaires et opérations, entraînées par cette affection ;
- 4<sup>o</sup> Cette fiche fut complétée par une formule supplémentaire qui visait à déterminer les soins médicaux qui auraient été nécessaires, mais n'avaient pas été obtenus, et les raisons pour lesquelles ils n'avaient pu l'être. Aucune exploitation de cette partie du questionnaire n'a encore été faite.
- 5<sup>o</sup> Enfin une fiche spéciale était destinée à étudier les infirmités physiques permanentes.

L'exploitation de l'enquête s'est faite en quatre étapes. La première s'est limitée à l'étude des dépenses. Elle a permis une estimation nationale pour 1951 des dépenses totales de soins médicaux restant à la charge des particuliers. Ces dépenses s'élevaient à 374 millions de dollars. Cette somme ne représentait que la moitié environ des dépenses médicales du pays, la plus grande partie des dépenses d'hospitalisation et une part notable des dépenses de médecins étant couvertes par des fonds publics ou des régimes d'assurance.

Soulignons donc ici les limites des études que permettent en ce domaine les enquêtes auprès des ménages. Au Canada, comme en France, les dépenses d'hospitalisation sont en majeure partie couvertes par un « tiers payant ». Elles ne figurent donc pas dans les budgets des ménages, et des enquêtes hospitalières doivent compléter les enquêtes auprès des ménages si l'on veut analyser la totalité de la consommation médicale.

Le Ministère de la Santé, se fondant sur les résultats de l'enquête de 1951 et sur les comptabilités des établissements et assurances, a établi pour 1953 une estimation des dépenses médicales totales (1). Elles s'élevaient à 756 millions de dollars et représentaient 5 % de la consommation nationale totale au Canada, estimée à 15 milliards de dollars. Notre évaluation de la consommation médicale française en 1953 (2), probablement sous-estimée en ce qui concerne les dépenses de médecins et dentistes à la charge des particuliers est de 507 milliards de F, soit 5 % également de la consommation totale estimée à 10 000 milliards. Le graphique 1 compare les consommations médicales canadiennes et françaises, par habitant, en 1953, exprimées en francs, au cours du change. Un tel rapprochement doit naturellement être considéré avec réserve et nécessiterait pour être précis une étude plus poussée. Il fait cependant apparaître immédiatement des différences frappantes.

La consommation canadienne est de 40 % supérieure. Sa répartition selon les principaux secteurs médicaux est très différente de ce qu'elle est en France. Les dépenses d'hospitalisation du Canadien sont au moins deux fois plus fortes que celles du Français ; ses dépenses de pharmacie au moins deux fois plus faibles.

Cette simple constatation soulève des problèmes qui mériteraient d'être étudiés. Existe-t-il une corrélation entre la faible consommation pharmaceutique et la forte consommation d'hospitalisation ? En France même, l'étude des comportements régionaux évoque aussi un balancement entre ces deux types de dépenses. L'orientation prédominante de la consommation canadienne vers l'hospitalisation provient-elle du fait que seule cette consommation est couverte par les fonds sociaux ? Cette hypothèse semblerait infirmée par la constatation d'un niveau également élevé de consommation de médecine, bien que cette dépense ne soit couverte par les systèmes sociaux que pour une faible part. N'est-ce pas plutôt, parce que les organismes publics et sociaux canadiens ont réservé tout leur effort à l'hospitalisation et que la population disposant ainsi d'un appareil hospitalier mieux adapté à ses besoins qu'en France oriente sa consommation en ce sens ? Notons que cet équipement n'est pas, en volume, beaucoup plus important que l'équipement français — 11 lits pour 1 000 habitants contre 10 lits pour 1 000 — ; sa caractéristique essentielle réside dans la qualité des soins et du confort qu'il permet de donner à la clientèle. Le meilleur indicateur en est fourni par l'importance du personnel hospitalier mis à la disposition des malades : 140 personnes pour 100 malades au Canada, contre 30 à 60 personnes pour 100 malades en France. De toute évidence les hypothèses ainsi soulevées devraient être vérifiées.

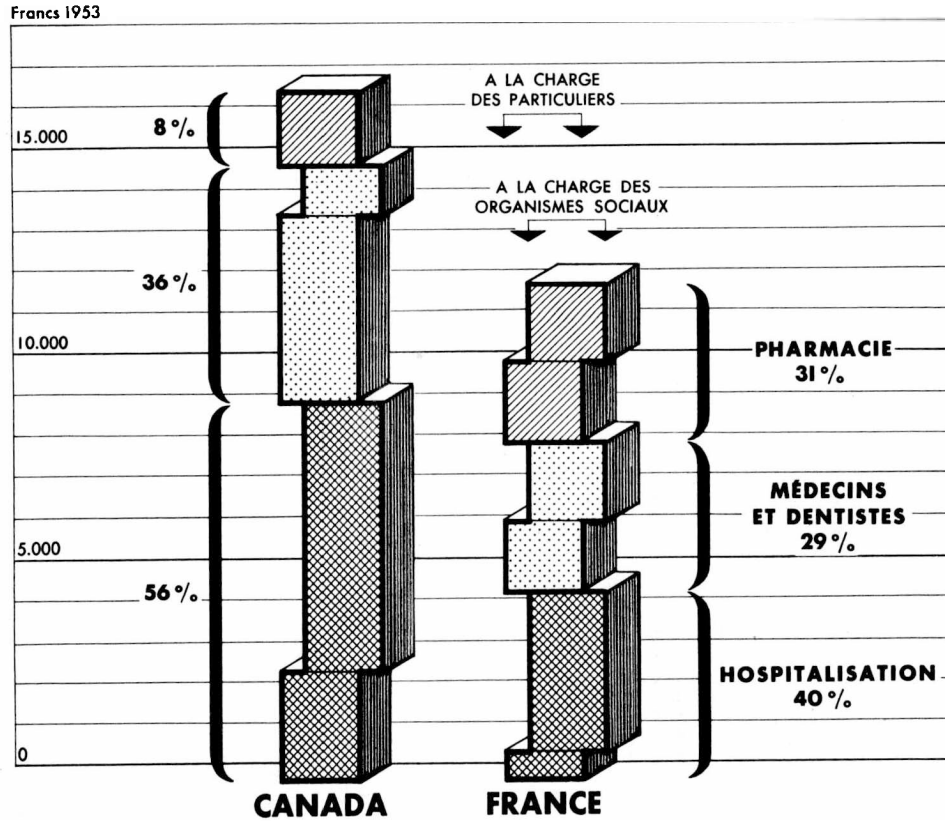
L'analyse des dépenses médicales des ménages a été faite en fonction du nombre de personnes composant le ménage, du revenu du ménage et de la région. Il apparaît que le coefficient budgétaire, c'est-à-dire le pourcentage du budget familial affecté à ce poste diminue en fonction de l'accroissement du revenu. L'élasticité de la dépense médicale est donc inférieure à 1. Bien que

---

(1) Soins de Santé au Canada. « Service de Recherche et de Statistique du Ministère de la Santé Nationale et du Bien-Etre », Ottawa, août 1955.

(2) Les dépenses médicales en France de 1950 à 1955. « Annales du C. R. E. D. O. C. », janvier-mars 1957.

**GRAPHIQUE I**  
**Dépense médicale par habitant en 1953 au Canada et en France**



l'enquête et son exploitation n'aient pas été conçues pour permettre de calculer les élasticités, celles-ci peuvent cependant être grossièrement estimées. L'élasticité de la dépense médicale totale semble être de l'ordre de 0,70. Mais alors que l'élasticité de la dépense de pharmacie est faible, 0,35 environ, celle de la dépense de dentiste est forte 1,2 environ. Les premières approximations que nous fournit l'enquête française de 1956 sur les budgets de 20 000 ménages semblent concorder avec ces données.

Les différences régionales de consommation sont peu marquées, témoignant d'une grande homogénéité de l'équipement sanitaire et du comportement médical de la population. Seule la région pauvre de Terre-Neuve s'écarte de la moyenne. Sur le territoire français, considérablement moins étendu, les différences que l'on peut observer entre les diverses régions sont beaucoup plus importantes.

\*  
\* \*

Deux aspects de la morbidité globale ont été étudiés. Selon la terminologie des auteurs de l'enquête, l'« incidence » de la maladie se définit par le nombre d'affections nouvelles survenues dans l'année. C'est ainsi que 80 % des personnes ont déclaré une affection survenue dans l'année, 58,5 % une période d'incapacité de travail, 48 % un alitement. En moyenne, il a été observé 12 jours d'incapacité par an et par personne. L'influence de l'âge est naturellement capitale. Très grossièrement, on peut dire que les durées moyennes annuelles, aussi bien d'affection que d'incapacité ou d'alitement, sont deux fois plus longues entre 45 et 64 ans qu'entre 15 et 24, et trois fois plus longues après 65 ans. La « prévalence » de la maladie est représentée par le nombre d'affections existant dans la population à un instant donné — ici, le premier jour de l'enquête. A cet instant, 3 % des personnes présentaient une incapacité, 8 % une affection, 4,6 % dans la population de moins de 15 ans, 18,6 % dans celle de plus de 65 ans.

\*  
\* \*

Les fascicules publiés en 1955 et 1956 étudient le volume de la consommation médicale exprimé en nombre de visites, consultations, soins d'infirmière, journées d'hospitalisation, séances de soins dentaires.

Ces consommations ont été analysées en fonction de l'âge et en fonction du revenu du ménage. Ainsi apparaît nettement l'influence capitale de ces deux facteurs.

Par exemple le nombre de consultations et de visites du médecin est en moyenne de 1,8 par personne et par an, mais elle varie de 1,2 au-dessous de 15 ans à 2,7 au-dessus de 65 ans et de 1,5 pour les bas revenus à 2,2 pour les revenus élevés.

Plus variable encore est la consommation de soins dentaires. Le nombre moyen de séances de dentiste est de 0,32 par personne. L'influence de l'âge est assez particulière. Maximum entre 15 et 24 ans (0,53), cette consommation devient minimum au-dessus de 65 ans (0,08). Par contre, l'analyse de la consommation en volume selon le revenu confirme l'indication fournie par l'élasticité de la dépense. Le nombre moyen de séances annuelles passe de 0,16 pour les faibles revenus à 0,54 pour les revenus élevés.

Le taux de fréquentation hospitalière, très élevé, est de 122 pour 1 000 habitants et par an, — rappelons qu'il varie en France de 12 ‰ dans le Cantal à 64 ‰ dans la Seine. Il varie peu selon le revenu : de 133 ‰ pour les catégories de faibles revenus à 106 ‰ pour les catégories de hauts revenus.

La moyenne de journées d'hospitalisation est de 1,7 jour par habitant et par an, de 17 jours pour les personnes ayant été hospitalisées, de 14 jours par période d'hospitalisation. Cette durée moyenne de l'hospitalisation varie de 8 jours au-dessous de 15 ans à 28 jours au-dessus de 65 ans.

Un fait mérite particulièrement d'être noté : la très forte influence du revenu sur la durée d'hospitalisation. Elle est en moyenne de 12 jours pour les catégories à hauts revenus et de 22 jours pour les catégories à faibles revenus. Nous voyons ainsi qu'aucune étude correcte des durées d'hospitalisation ne peut être faite sans tenir compte des revenus et des situations sociales des hospitalisés.

\*  
\*  
\*

En 1957, ont été publiés les premiers résultats globaux sur la morbidité, analysée par diagnostics. Il est trop tôt pour pouvoir en tirer des conclusions précises. La part essentielle de la morbidité « incidente » est représentée comme on pouvait s'y attendre par les rhumes (27 %) et la grippe (18 %). Si les affections respiratoires constituent encore le pourcentage le plus fort (17,3 %) de la morbidité « prévalente » — observée en un instant donné — notons que les trois autres catégories d'affections prédominantes sont les affections circulatoires (12,9 %), digestives (8,8 %) et rhumatismales (8,0 %).

La conception de cette enquête permettrait d'étudier la consommation médicale en fonction des diverses affections. Aucun dépouillement n'a encore été fait en ce sens. Ceci nous amène à exprimer à côté de notre admiration pour ce travail unique en son genre, un regret qui peut aussi être pour nous source d'enseignement. L'exploitation de cette enquête dure depuis 6 années et peu de travaux d'interprétation ont encore été publiés (1). L'expérience que nous pouvons avoir des contingences matérielles auxquelles sont soumis de tels programmes, montre que les moyens budgétaires prévus pour l'exploitation et l'interprétation des résultats — lorsque même ils sont prévus — sont extraordinairement insuffisants par rapport aux moyens mis en œuvre pour l'enquête sur le terrain. Une telle politique relègue parfois l'intérêt de ces enquêtes au rang de l'intérêt historique, les résultats n'étant connus qu'après de longues années. L'intérêt pratique de ces études tournées vers l'action et la décision implique une exploitation et une interprétation rapides.

Nous serions mal venus à présenter cette réflexion en forme de critique puisque grâce à cette enquête le Canada dispose seul aujourd'hui dans le monde d'une connaissance aussi complète de la situation sanitaire et médicale de sa population. Nous voulons seulement ajouter cet enseignement à tous ceux que nous apporte ce travail de pionnier.

Le retard de notre pays dans la voie de ces études est en effet considérable. Il est cependant réconfortant de constater que les organismes sociaux et sanitaires français ont pris conscience de leur importance. Nous pouvons espérer recueillir dans un avenir rapproché le fruit de leurs efforts.

---

(1) Voir dans « Canadian Journal of Public Health » :

Robert Kohn, « Volume of Illness for the Canadian Sickness Survey », août 1956.

C. Lloyd Francis, « Expenditure Patterns from the Canadian Sickness Survey », août 1956.

Robert Kohn, « Some Patterns of Medical case in Canada », mars 1957.

G. D. W. Cameron, « The Canadian Sickness Survey », 1950-1951. Its implications for the Practising Physician, décembre 1957.



**ANNALES DE RECHERCHES ET DE DOCUMENTATION  
SUR LA CONSOMMATION**

**Ancienne Série**

1954		1955	
N° I. Evolution de la consommation alimentaire de 1950 à 1960.....	épuisé	N° I. La consommation du sucre à Paris.....	épuisé
N° II. Influence du pouvoir d'achat sur la consommation.....	épuisé	N° II. La consommation de la viande dans les villes de province.	
N° III. La consommation de la viande à Paris.....	épuisé	N° III. La consommation de viande en France de 1949 à 1954.....	épuisé
N° IV. Les dépenses de santé des Français.....	épuisé	N° IV. Perspectives sur l'évolution de la consommation des particuliers de 1952 à 1957.....	épuisé
N° V. La consommation des carburants par départements.....	épuisé	N° V. La consommation des produits laitiers à Paris (lait et fromage).	
N° VI. La consommation des corps gras à Paris.....	épuisé	N° VI. Le marché de la télévision en France.	

**Nouvelle Série**

1955

Atlas de la consommation alimentaire de la France.  
Etude sur le comportement de la ménagère (résultats d'une enquête effectuée par l'U. N. A. F. pour le compte du C. R. E. D. O. C.).....

épuisé

1956		1957	
N° I. Les dépenses de consommation des particuliers de 1950-1954.....	épuisé	N° I. L'évolution des dépenses médicales de 1950 à 1955.....	épuisé
N° II. L'économie des budgets familiaux. L'élasticité de la consommation d'après l'enquête budgets de famille de 1951. Résultats de l'enquête pilote de décembre 1955.	épuisé	N° II. La demande solvable de logements en France.	
N° III. La consommation des boissons en France.....	épuisé	N° III. Les modèles économétriques du marché de l'automobile.	
N° IV. Analyse de la consommation de bière en France de 1920 à 1956. La consommation de viandes et de produits laitiers en France.		N° IV. Le marché de la chaussure en France, 1956-1965.	

**Hors Série**

Les migrations agricoles en France depuis un siècle, extrait d'« Etudes et Conjonctures », n° 4, avril 1956. épuisé

Perspectives des dépenses d'habillement des Français 1954-1965, extrait d'« Etudes et Conjonctures », n° 10, octobre 1956.

L'élasticité des dépenses alimentaires d'après deux enquêtes sur les budgets familiaux (1951-1953), extrait d'« Etudes statistiques », n° 2, avril-juin 1957 (supplément trimestriel du « Bulletin Mensuel de Statistique »).

**Consommation (Annales du C. R. E. D. O. C.)**

Sommaire du prochain numéro (n° 2, avril-juin 1958) :

Le tableau de la consommation des Français de 1950 à 1957 :	
Alimentation.	Transports et communications.
Habillement.	Culture, loisirs et distractions.
Logement.	Hôtels, cafés, restaurants.
Hygiène et Soins.	Consommations diverses.

# sommaire

F. Louis CLOSON	Pages
Avant-Propos . . . . .	3

## ÉTUDES

Georges ROTTIER	
La distribution des revenus non agricoles . . . . .	5
Georges ROTTIER et Elisabeth SALEMBIEN	
Les budgets familiaux en 1956 . . . . .	29
Léon DESPLANQUES	
La consommation en 1957 . . . . .	55

## NOTES ET CHRONIQUES

Jean ALBERT	
Les consommations de boissons de 1955 à 1957.. . . .	71
Jacques VORANGER	
Le développement de la télévision de 1955 à 1957 . . . . .	87
Michel GUILLOT	
La dépense alimentaire dans un groupe de familles ouvrières de l'Est . . . . .	95
Georges RÖSCH	
L'enquête canadienne sur la maladie et les soins médicaux . . . . .	99

**CENTRE DE RECHERCHES  
ET DE DOCUMENTATION  
SUR LA CONSOMMATION**

30, rue d'Astorg, PARIS - 8<sup>e</sup>  
Tél. : ANJ. 79-57

C. C. P. : AFAP - CREDOC - N° 12-252-09 - PARIS

1 9 5 8      n° 1  
janvier      mars