

Consommation

ANNALES DU C.R.E.D.O.C.

Cote
P.1000

Crédoc - Consommation. N° 1962-001.
Janvier - mars 1962.

Sou1962 - 3035 à 3037

N°m
4199-1



x

1962 n° 1

janvier  mars

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

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

- Étude de l'évolution de la consommation globale par produit et par groupe socio-professionnel.
- Analyse du comportement du consommateur et économétrie de la demande.
- Établissement de perspectives de consommation à moyen terme.
- Méthodologie de l'étude de marché des biens de consommation.
- Étude du développement urbain.

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

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

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

MEMBRES DU BUREAU

Président : Claude GRUSON, Directeur Général de l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

Vice-Présidents :

Francis-Louis CLOSON : Président Directeur-Général de la Société « Information et Publicité ».

Erwin GULDNER, Directeur des Affaires Commerciales au Secrétariat d'État au Commerce Intérieur.

Trésorier : Paul LEMERLE, Inspecteur des Finances, Chargé de Mission au Commissariat Général du Plan d'Équipement et de la Productivité.

Secrétaire : Edgar POESSEL, Inspecteur Central du Trésor, Chef du Service Administratif et Financier du C.R.E.D.O.C.

Directeur : G. ROTTIER

Directeur adjoint : E.-A. LISLE

IX^e année
N° 1 - janvier-mars 1962

Consommation

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

CENTRE DE RECHERCHES
ET DE DOCUMENTATION SUR LA CONSOMMATION
30, rue d'Astorg — PARIS 8^e

DUNOD
É D I T E U R

92, rue Bonaparte PARIS-6^e

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

France : 38 NF - Étranger : 42 NF - Le numéro : 12 NF

sommaire

ÉTUDES

- Georges RÖSCH, Jean-Michel REMPP, Michel MAGDELAINE
Une enquête par sondage sur la consommation
médicale..... 3
- Paul AVRIL
Théorie sommaire de la distribution des biens de
consommation 85

NOTES ET CHRONIQUES

- C.A.P.A.
Le marché de l'assurance automobile 123

UNE ENQUÊTE PAR SONDAGE SUR LA CONSOMMATION MÉDICALE

par

**Georges RÖSCH, Jean-Michel REMPP,
Michel MAGDELAINE**

Le but de cette enquête sur la consommation médicale des ménages était d'apporter des données que ne peuvent fournir les statistiques existantes et de permettre l'analyse des comportements et des facteurs qui les conditionnent.

Elle a été réalisée en 1960-1961 auprès de 3 239 ménages, représentatifs de l'ensemble de la population française, dans des conditions techniques et psychologiques très satisfaisantes. Nous tenons à remercier les ménages qui ont été choisis par le sort pour participer à cette enquête. L'intérêt qu'ils y ont porté, la compréhension et la coopération dont ils ont fait preuve ont été les conditions premières qui ont permis sa réalisation.

L'enquête nous renseigne d'abord sur le « volume » des soins médicaux et la proportion de personnes qui y font appel. 17,6 % des enquêtés ont vu un médecin dans le mois précédant l'enquête. En moyenne le nombre des visites et consultations de médecins serait de 3,54 par personne et par an. 28,8 % des enquêtés ont acheté, dans le mois, des produits pharmaceutiques, dont 59 % étaient prescrits par ordonnance (2,5 ordonnances par personne et par an). Dans le mois, 5,8 % des enquêtés ont reçu des soins dentaires ; 2,7 % ont fait faire une analyse ; 1,6 % ont fait appel à une infirmière ; 1 % ont acheté des lunettes.

L'enquête permet de savoir où ont été pratiqués ces actes. On doit surtout retenir que l'activité des médecins reste essentiellement libérale, et que la part des organisations de médecine collective est très modeste.

Les prix pratiqués par les médecins semblaient, en 1960, très proches des tarifs qui ont été choisis dans les « conventions. »

Dans l'étude des facteurs qui conditionnent la consommation médicale certains résultats doivent être soulignés.

La population française est couverte de ses dépenses médicales dans une très forte proportion : 75,9 % par les Assurances Sociales. 13,7 % seulement de la population ne bénéficient d'aucune protection.

Les modes d'assurance, de même que le revenu, ne semblent avoir qu'une influence assez faible sur une consommation de caractère indispensable et donc peu élastique.

Le facteur qui a l'effet le plus important est naturellement l'âge, puisqu'avec lui s'accroît le risque d'être malade. Les vieillards semblent, en fait, ne pas bénéficier des soins qui correspondraient à leurs besoins. On doit observer par ailleurs que les femmes ont, d'une façon très générale, une consommation médicale supérieure à celle des hommes.

La catégorie sociale et le lieu d'habitat conditionnent fortement la consommation médicale. C'est ainsi que les ouvriers agricoles, biens qu'assurés sociaux, ont une consommation trois fois plus faible que les cadres moyens. Ces disparités semblent dépendre avant tout des attitudes face à une médecine en constant progrès, et de la diffusion des moyens techniques et du personnel qualifié.

INTRODUCTION

Cet article présente les premiers résultats d'une enquête par sondage sur la consommation médicale des ménages (1). Elle a été réalisée par le C.R.E.D.O.C. et l'I.N.S.E.E., avec l'aide de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

Elle se situe dans le cadre des enquêtes spéciales consacrées à un poste particulier de la consommation. Certaines enquêtes en effet portent sur l'ensemble des budgets des ménages (2), mais on conçoit qu'elles ne puissent toujours aborder dans un détail suffisant toutes les catégories de consommation, ni satisfaire simultanément aux conditions techniques propres à chacune d'elles. C'est pourquoi la plupart des grands secteurs de la consommation des ménages ont donné lieu à des enquêtes spécialement conçues pour leur étude (3). Il apparaissait nécessaire qu'une enquête étendue, à leur tour, les soins médicaux qui représentent 7% de la consommation nationale, tenant une place égale à celle des dépenses de transports et communications ou de culture et loisirs.

L'enquête a deux objectifs. En premier lieu, combler les lacunes que les statistiques administratives existantes laissent subsister dans notre information : consommation des personnes qui ne sont pas assurées sociales, « volumes » des consommations, structure de la consommation pharmaceutique, etc... En second lieu, permettre une analyse du comportement des consommateurs et des facteurs qui le conditionnent.

Les particularités du sujet abordé exigeaient une longue préparation de l'enquête et un soin particulier dans son exécution et son interprétation. L'ensemble de cette étude n'a pu être réalisé, à chacune de ses étapes, que par le travail d'une équipe réunissant, depuis 1957, des administrateurs de l'I.N.S.E.E. et des médecins du C.R.E.D.O.C. Le mérite de l'exécution sur le terrain revient aux Directions Régionales de l'I.N.S.E.E. et à leurs enquêteurs.

Cette enquête étant, à notre connaissance, la première de ce type réalisée en Europe, sa préparation n'a pu être abordée qu'en se référant aux études américaines (4).

(1) Un compte rendu de l'enquête, complétant sur certains points les résultats donnés dans cet article, est présenté dans *Études statistiques*, I.N.S.E.E., n° 1, 1962.

Sur la préparation de l'enquête on pourra se reporter à la note de Monique CHASSERANT, « Un enquête sur les dépenses médicales des ménages », *Consommation* n° 1, 1961.

(2) Le type de ces enquêtes étudiant l'ensemble du budget et de la consommation des ménages est représenté par l'enquête de 1956. Cf. « Enquête 1956 », *Consommation*, n° 2 et 3, 1960.

(3) Parmi les enquêtes qui étudient, en totalité ou en partie, les principaux secteurs de la consommation on citera celles portant sur : l'habillement (1953-1954), l'équipement ménager (1954), le logement (1954 et 1961), le lait et la viande (1955), les vacances (1957), l'automobile (1959).

Pour plus de détails, Cf. « Liste des enquêtes de consommation » *Consommation*, n° 2, 1959.

(4) Odin W. ANDERSON with Jacob, J. FELDMAN, *Family Medical Costs in a voluntary health insurance. A nation wide survey* (1953). Mac Graw-Hill Book Company Inc, New York, Toronto, London, 1956.

— Canada, Enquête sur la maladie 1950-1951. Bureau fédéral de la Statistique et Ministère de la Santé National et du Bien-être Social. *Bulletins spéciaux*, n°1, 1953 à 10, 1957, Ottawa.

— Health and Medical Care in New York City, The Committee for the special research project in the health insurance plan of greater New York. Commonwealth Fund, Harvard University Press, 1957.

Nous remercions tout spécialement M. Odin W. Anderson, directeur de Health Information Foundation, le National Opinion Research Center de l'Université de Chicago et M. le docteur Joseph W. Willard, directeur du Service de Recherches et de Statistiques du Ministère de la Santé Nationale à Ottawa qui ont eu l'obligeance de nous communiquer tous les documents concernant la préparation et l'exécution des enquêtes qu'ils ont réalisées, et leurs réflexions sur les difficultés qu'ils ont rencontrées.

Elle fut, complétée par l'exécution, en janvier 1959, d'une enquête pilote dont les résultats permirent la mise au point du questionnaire définitif. Elle a aussi bénéficié de l'expérience acquise par la réalisation de toutes les enquêtes antérieures. Notre travail fut dominé par le souci d'obtenir la meilleure qualité possible des résultats compatibles avec les moyens financiers et les infrastructures disponibles ; pour ce faire, on a préféré réduire le nombre des ménages enquêtés. On peut espérer que, sur un plan méthodologique plus général, ces efforts bénéficieront aux études futures.

On a délibérément choisi de présenter ce premier compte-rendu dans les délais les plus courts, compte tenu des temps nécessaires au chiffrement, à la mécanographie, au dépouillement des données et à l'impression. Il était en effet souhaitable que des résultats de ce travail soient rapidement disponibles. En contre-partie il faut indiquer que certains renseignements fournis par l'enquête n'ont pu encore être exploités. Par ailleurs l'étude critique et l'analyse statistique de ces résultats n'ayant pas été entreprises, nombre d'entre eux doivent être considérés et interprétés avec prudence. Les travaux qui seront poursuivis sur les données apportées par cette enquête feront l'objet de publications ultérieures.

CHAPITRE I

PRÉSENTATION DE L'ENQUÊTE

A. — LES CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTE

L'enquête étudie les consommations de services et de biens consacrés à des **soins médicaux**, et les **facteurs** qui les conditionnent.

Les ménages soumis à l'enquête ont été désignés par **tirage aléatoire** et sont représentatifs de l'ensemble de la population française. **3 239 ménages** (1) ont effectivement répondu à l'enquête. Ils ont été répartis en 6 échantillons égaux et représentatifs, auprès desquels l'enquête a été exécutée en 6 vagues entre le 15-2-1960 et le 5-2-1961, pour couvrir une période **d'une année** et éliminer les variations saisonnières.

Les enquêteurs ont relevé les consommations de chaque ménage au cours d'une **interview** portant sur le mois précédant leur visite; d'autre part un **cahier de comptes** a été tenu durant le mois suivant par le ménage et complété par l'enquêteur au cours d'une deuxième visite.

L'enquête renseigne à la fois sur les **quantités** consommées (nombre d'actes médicaux ou de produits), sur les **valeurs** de ces consommations (dépenses) et, dans un certain nombre de cas, sur les **prix** de ces actes et produits.

I. Le plan de sondage

a) **L'unité de sondage** est le logement. Sont soumis à l'enquête, les ménages habitant les logements tirés au sort. On considère comme ménage l'ensemble des personnes habitant un même logement au moment de l'enquête. Une personne vivant seule définit donc un ménage particulier. Les personnes temporairement absentes au moment de l'enquête, ou les personnes hospitalisées ont été comptées comme membres du ménage.

b) **Champ de l'enquête.** — Plus de deux millions de personnes résidant en France ont été exclues du champ de l'enquête. On devra toujours tenir compte de ce fait lorsque l'on considérera les évaluations d'effectifs tirés de l'enquête. L'enquête est limitée à la France continentale, la Corse étant exclue. Les personnes faisant partie de la population « comptée à part » (militaires en camps et casernes, élèves internes, etc...), les personnes vivant dans des communautés ou ménages collectifs (hospices, communautés religieuses, etc...) et certaines catégories particulières de la population (personnes vivant en hôtel) n'ont pas été étudiées par l'enquête. Le champ de l'enquête correspond environ à 13 850 000 ménages et près de 43 000 000 d'habitants.

c) **Base de sondage.** Les logements échantillons ont été tirés dans le fichier des feuilles de logement du Recensement de 1954. Cet échantillon a été complété par un échantillon des logements neufs.

(1) Cf. Tableau I.

d) **Plan d'échantillonnage.** — Le tirage a été effectué à un ou plusieurs degrés dans un échantillon-maître de cantons stratifié selon la région et le degré d'urbanisation. Selon le cas en effet le tirage se fait à un degré (tirage de logements dans les grandes villes qui sont toutes retenues dans l'échantillon), à deux degrés (tirage de communes, puis de logements dans les banlieues des grandes agglomérations) ou à trois degrés (tirage de cantons, de communes, de logements).

Le taux de sondage est identique dans toutes les strates et, par conséquent les chances de sortie de tous les ménages sont égales. L'enquête fournit une image représentative au 1/4 000 de l'ensemble des ménages compris dans le champ de l'enquête.

2. L'échantillonnage dans le temps

Les faits étudiés, consommations médicales, sont essentiellement des « événements » ; entre deux événements s'écoule un intervalle de temps aléatoire. L'échantillon des faits observés, s'il dépend du plan et du taux de sondage des enquêtés, dépend aussi de la durée des périodes de référence.

a) La période de déroulement de l'enquête

Les consommations médicales présentent un caractère saisonnier nettement accusé. Il était donc indispensable que l'étude porte sur une année entière.

b) Les périodes de relevé

Le choix de la période à laquelle se rapportent les questions posées ne peut qu'être un compromis. Il doit tenir compte de la méthode d'enquête et de divers impératifs.

— Les données se rapportant à des événements rares (par exemple une hospitalisation ou l'établissement d'une prothèse dentaire), sont d'autant plus aléatoires que la période est plus courte.

— Les réponses à des questions se rapportant à une période trop longue sont déformées par les défaillances de mémoire : sur l'événement ou sur le moment où il s'est produit.

— Un carnet de comptes fonctionne comme aide-mémoire. Mais les enquêtés le tiendront avec d'autant moins de constance que la période sera plus longue, surtout si on ne leur offre pas de contre-partie ou indemnité.

— La période optimale est variable selon la question posée : on se souvient mieux d'une hospitalisation que d'un achat de pharmacie. Mais le choix de périodes différentes pour des questions diverses peut être la cause de confusions et d'erreurs grossières au cours d'une interview.

Compte tenu de ces éléments, et surtout de l'analyse des expériences faites au cours de l'enquête-pilote, on a adopté pour toutes les questions posées dans l'interview la **période uniforme du mois précédant la première visite de l'enquêteur**. Le carnet de comptes a été tenu pendant **le mois suivant** cette première visite.

C'est seulement dans ce carnet de comptes que l'on a étudié la consommation de pharmacie par crainte d'une insuffisante fidélité de la mémoire des enquêtés en ce qui concerne ces achats. Tous les autres postes ont été traités à la fois dans l'interview et dans le carnet de comptes.

c) **L'enquête devant couvrir une année entière** et les périodes de relevé n'étant que d'un mois, on a choisi de la réaliser en 6 vagues échelonnées sur un an. On a cependant estimé nécessaire de décaler les troisième et quatrième vagues en dehors de la période des vacances d'été, période pendant laquelle l'absence de nombreux ménages diminuait gravement les chances de les contacter.

L'enquête couvre la totalité d'une année à l'exception de la période du 10 au 31 juillet.

3. Le questionnaire

a) Les unités statistiques

La structure du questionnaire et les questions posées sont d'abord déterminées par les unités statistiques choisies. Ces unités statistiques définissent d'une part les consommateurs, d'autre part les consommations.

— Le ménage est l'unité statistique couramment utilisée dans les enquêtes de consommation. On peut en effet admettre en première approximation que le ménage ne diffère guère de l'unité budgétaire. Il est possible d'étudier les dépenses médicales par ménage en fonction de diverses caractéristiques du ménage : nombre, âge et sexe des personnes qui le composent, région, catégorie de communes, revenu.

Mais les consommations de services et biens médicaux sont en règle générale effectuées par une personne individualisée. L'**individu** constitue donc l'unité statistique la plus généralement adoptée dans cette enquête. C'est par ailleurs à la personne que sont liés les plus importants critères d'analyse : âge et sexe, profession, mode d'assurance sociale, degré d'instruction, trouble de santé, etc...

— La consommation médicale est une unité statistique commode, mais dont la définition est parfois délicate. Ainsi, la consultation de médecin constitue une unité statistique pratique : on peut étudier le lieu où elle se déroule, la nature du médecin consultant, les actes pratiqués et le prix payé pour cette consultation ; une piqûre est également un acte médical qu'il est intéressant d'étudier en soi, mais une piqûre peut être effectuée dans le cadre d'une consultation de médecin. Il existe donc une certaine ambiguïté quant au choix d'un acte médical comme unité statistique. L'exclusion de certains actes présente parfois un caractère assez arbitraire, mais elle évite des doubles comptes. Néanmoins, il est possible d'éviter ces exclusions dans l'analyse des résultats, si la description des différentes consommations médicales distinctes est suffisamment complète, comme ce fut le cas dans la présente enquête.

b) Les questionnaires

On ne décrira pas ici le questionnaire en détail. On a indiqué qu'il comportait deux parties distinctes :

- un questionnaire rempli lors de la première visite ;
- un carnet de comptes laissé au ménage pendant un mois.

I. — Le questionnaire comportait lui-même deux fascicules :

— Dans le premier fascicule (questionnaire ménage) étaient relevées toutes les caractéristiques du ménage et des personnes, et repérés les actes médicaux subis par ces personnes.

— Dans le deuxième fascicule (questionnaire individuel) étaient relevés les services utilisés, leurs caractéristiques, leur prix, les dépenses entraînées, les modes de paiement. Ces services étaient classés en 8 grands postes :

**les hospitalisations ;
les visites et les consultations de médecins ;
les examens et traitements électro-radiologiques ;
les analyses de laboratoire ;
les soins d'auxiliaire ;
les soins et appareils dentaires ;
la lunetterie et prothèse ;
les examens systématiques (1).**

Les durées d'interruption de travail et d'alitement étaient également notées.

II. — Le carnet de comptes comportait trois parties distinctes :

— Un relevé de toutes les dépenses effectuées dans le mois concernant les divers postes déjà considérés dans l'interview.

— Un relevé de tous les produits pharmaceutiques acquis dans le mois, à titre gratuit ou payant, et dans ce dernier cas, le relevé de la dépense.

— Un relevé des remboursements effectués par les divers organismes sociaux.

Selon les possibilités de l'enquête, l'enquêteur laissait au ménage soit le carnet de comptes, soit une feuille de relevé brouillon très simple qu'il transcrivait lui-même sur le carnet de comptes lors de sa deuxième visite.

B. — L'EXÉCUTION DE L'ENQUÊTE SUR LE TERRAIN

I. Les enquêteurs

Environ 50 enquêteurs de l'I.N.S.E.E. ont participé à chacune des vagues de l'enquête. Le faible nombre d'interviews à effectuer au cours de chaque vague a permis une sélection des enquêteurs les plus expérimentés qui eut été difficilement réalisable pour une enquête plus vaste.

La formation des enquêteurs a été particulièrement soignée. La rédaction des instructions, répondant aux principales difficultés susceptibles de se présenter à eux, avait été facilitée par l'expérience de l'enquête pilote. Les organisateurs de l'enquête avaient eux-mêmes suivi de très près l'exécution de cette enquête et assisté à des interviews. En outre, les enquêteurs et les responsables des enquêtes dans chaque Direction Régionale avaient été convoqués à Paris pour une séance de formation d'une journée à laquelle participaient tous les organisateurs de l'enquête.

Enfin on s'était efforcé de faciliter au maximum la tâche des enquêteurs par la conception typographique du questionnaire et sa rédaction détaillée qui en faisait un véritable aide-mémoire.

2. Le contrôle de l'enquête

Les enquêteurs ont été contrôlés avec beaucoup de soins.

— Des contrôles ont été effectués fréquemment sur le terrain par des cadres ; d'autres contrôles ont été effectués par lettre.

— Par ailleurs tous les questionnaires remplis au cours de l'interview ont été envoyés, immédiatement après la première visite de l'enquêteur, aux responsables de l'enquête. Chacun était soumis à un double contrôle effectué par un administrateur de l'I.N.S.E.E. et un médecin du C.R.E.D.O.C. Ceux-ci remplissaient une feuille dite « de ramassage » qui servait de lien direct avec l'enquêteur, lui transmettant les observations nécessaires et relevant les imprécisions qui devaient être levées par des questions complémentaires lors de la deuxième visite.

(1) Ces huit grands postes auxquels s'ajoute la pharmacie, étudiée dans le carnet de comptes, constituent les neuf catégories de services et de biens adoptées dans cette enquête.

3. Le taux de réponse

Le tableau I indique la proportion de questionnaires exploitables, fournis par l'enquête et les raisons des déchets observés, **92,9 % des ménages échantillons ont répondu à l'interview et le carnet de comptes a été rempli dans 90,1 % des cas.**

TABLEAU I. — TAUX DE RÉPONSE A L'ENQUÊTE

	Nombre absolu des logements	Nombre pour 100 logements compris dans le champ de l'enquête
Logements tirés	3 948	
Hors du champ de l'enquête		
Ménages hors du champ de l'en- quête	61	
Logements non occupés par des ménages, logements vacants, détruits, transformés en locaux professionnels	303	
Logements secondaires	96	
Dans le champ de l'enquête ...	3 488	100,0 %
Inconnus	40	1,1 %
Absence de longue durée	97	2,8 %
Refus de l'enquête	112	3,2 %
Interviews exploitables	<u>3 239</u>	<u>92,9 %</u>
Refus du carnet de comptes	97	2,8 %
Carnets de comptes exploitables	<u>3 142</u>	<u>90,1 %</u>

On doit rappeler que l'unité de sondage est le logement. Apres d'un certain nombre des logements tirés, l'enquête n'a pu être menée à bien. Ces déchets sont de trois types distincts.

a) Des logements n'appartiennent pas au domaine de l'étude : soit qu'il s'agisse de logements qui ne sont pas occupés par des ménages ; soit qu'il s'agisse de ménages que l'on a exclus du champ de l'enquête.

b) Dans les logements correspondant au champ de l'enquête, deux types d'échecs peuvent se rencontrer.

I. — Les absences de longue durée. A cet égard l'enquête présente un faible taux de déchet (2,8 %) ; c'est dans une certaine mesure un test de la persévérance des enquêteurs.

II. — Les refus. Ce déchet dépend avant tout des enquêtés. D'une part de l'intérêt qu'ils portent à l'enquête, d'autre part du dérangement qu'elle

leur cause. A cet égard il est toujours plus difficile d'obtenir la tenue d'un carnet de comptes qu'une simple interview, qui elle-même sera d'autant plus facilement acceptée qu'elle est plus légère.

Bien que le questionnaire de cette enquête soit lourd, exigeant une interview de trois quarts d'heure en moyenne et ayant atteint jusqu'à 2 h 30, les refus de l'enquête n'ont représenté que 3,2 % ; ce taux est très faible. Les refus du carnet de comptes ont été également très peu nombreux (2,8 % en y ajoutant les absences de longue durée au moment de leur ramassage).

Ces très faibles taux de refus sont un bon indice du soin apporté à l'exécution de l'enquête. On peut raisonnablement supposer que l'intérêt des enquêtés, leur contact très satisfaisant avec les enquêteurs, ont permis par ailleurs d'obtenir une bonne qualité des réponses aux questions posées. Les observations des enquêteurs portées sur chaque questionnaire soulignent d'ailleurs le bon accueil et la bonne volonté qu'ils ont le plus souvent rencontrés.

Ces déchets peuvent entraîner parfois un biais systématique impossible à corriger. Le cas le plus grave est celui des personnes vivant seules hospitalisées, qui sont obligatoirement comprises dans les absents de longue durée. On doit donc considérer qu'une telle enquête auprès des ménages ne permet pas d'obtenir des données statistiques correctes sur l'hospitalisation.

D'autres défauts entraînés par ces déchets peuvent par contre être approximativement corrigés. En effet l'échantillon de ménages ayant effectivement répondu à l'enquête n'est plus strictement représentatif de l'ensemble des ménages ; c'est ainsi que les refus ou absences de longue durée sont plus fréquents à Paris qu'en Province, dans les grandes villes que dans les campagnes. C'est à la correction de ce biais que vise le redressement de l'échantillon, mais cette correction ne saurait être complète lorsqu'il y a une liaison directe entre la variable étudiée et la raison de l'échec.

C. — L'EXPLOITATION DE L'ENQUÊTE

1. Le redressement de l'échantillon

L'échantillon fourni par l'enquête a été redressé par « stratification a posteriori ».

On a choisi comme variables de contrôle quatre caractères essentiels du ménage relevés pour chaque logement sur la feuille du recensement. Ce sont : le type d'occupation du logement, la catégorie de commune, la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage, le nombre de personnes du ménage. Ces critères ont été choisis : d'une part parce qu'ils sont en corrélation assez étroite avec les variables étudiées, d'autre part parce que leur distribution est sensiblement déformée par les échecs de l'enquête sur le terrain.

Le recensement démographique permet d'établir un tableau à 4 entrées donnant, selon ces 4 critères croisés, la répartition théorique des ménages dans un échantillon au 1/4 000. Le redressement a pour objet de faire coïncider par pondération, l'échantillon redressé avec l'échantillon théorique.

Cette méthode corrige l'échantillon, en ce qui concerne la distribution des variables de contrôle : d'une part des erreurs aléatoires (ou systématiques) du tirage, d'autre part des échecs essayés sur le terrain (absence de longue durée, refus). Dans la mesure où les variables de contrôle sont en bonne corrélation avec les variables étudiées, on peut penser que les

distributions de ces dernières se trouvent également améliorées par le redressement de l'échantillon.

Dans la pratique cependant, le redressement ne peut être réalisé exactement case par case, car on serait conduit dans certains cas à détruire des questionnaires, dans d'autres à pondérer des questionnaires par 3 et même 4. On s'est donc attaché seulement tout en travaillant case par case, à redresser les distributions des marges du tableau de contrôle.

Les pondérations ont été effectuées en doublant dans chaque strate un certain nombre de ménages tirés au sort dans la strate.

Par ailleurs, pour éviter d'avoir à détruire des questionnaires, ce qui aurait entraîné une regrettable perte d'information, le taux de sondage apparent a été ramené à 1/3 500 au lieu du taux initial de 1/4 000. Tous les résultats tirés de l'exploitation de l'enquête correspondent donc à des nombres de personnes, d'actes, de consommation, etc... observés dans l'échantillon redressé comptant 3 963 ménages et 12 104 personnes (1). Ils doivent donc être multipliés par 3 500 lorsque l'on désire obtenir une extrapolation s'appliquant à l'ensemble des ménages français compris dans le champ de l'enquête.

2. Le chiffrage

Le chiffrage a été effectué dans des conditions différentes selon le type de données.

Pour certaines réponses simples, le code de chiffrage était porté sur le questionnaire et le chiffrage directement fait par l'enquêteur.

Pour certaines données fréquemment relevées dans les enquêtes auprès des ménages : catégorie socio-professionnelle, catégorie de communes, région, etc... le chiffrage a été réalisé par les services statistiques des Directions Régionales de l'I.N.S.E.E. et vérifié à la Direction Générale.

Pour ce qui concerne les questions proprement médicales (nature des soins, maladies, produits pharmaceutiques, etc...) les codes ont été établis par l'équipe médicale du C.R.E.D.O.C. qui a effectué intégralement le chiffrage de ces données.

3. L'exploitation mécanographique

La totalité des données figurant sur les questionnaires, a été perforée en 15 types de cartes constituant la cartothèque primitive qui comporte 48 000 cartes. Deux types de cartes supplémentaires ont été établis pour effectuer les contrôles et redressements.

La première exploitation simple, réalisée sur matériel classique, à partir de cette cartothèque, a fourni les résultats présentés dans cet article.

D. — LA QUALITÉ DES RÉSULTATS

Les résultats d'une enquête par sondage sont entachés d'erreurs de trois types :

1. Les erreurs propres à l'exploitation de l'enquête

Nous n'insisterons pas sur ces erreurs qui sont probablement faibles comparées aux erreurs des deux autres types. On s'est efforcé, par des

(1) 12 084 personnes dans l'échantillon redressé ayant répondu au carnet de comptes.

vérifications constantes de réduire au minimum les erreurs de chiffrage ou de perforation qui pouvaient être détectées sur les documents eux-mêmes. Certaines erreurs ne sont décelables que sur la vue des résultats, après des dépouillements extrêmement poussés, stade qui n'est pas encore atteint.

2. Les erreurs aléatoires

En raison des moyens financiers limités, l'échantillon d'enquêtés est faible. Par ailleurs, on a adopté des périodes de relevé courtes pour réduire au maximum les erreurs de mesure. Les résultats présentent donc des écarts aléatoires relativement importants.

Les erreurs aléatoires sont d'un ordre différent selon chaque caractère étudié. Elles dépendent en effet de la variabilité de ce caractère.

Mais elles dépendent également du plan d'échantillonnage lui-même. Des « effets de grappe » peuvent en effet résulter du fait que le tirage de l'échantillon a été effectué à plusieurs degrés. Ainsi tous les habitants d'une même commune choisie au deuxième degré du tirage, pourront avoir des comportements voisins parce qu'ils ont le même médecin, et payer des prix de consultation identiques. Par ailleurs on a indiqué que la personne sera plus souvent que le ménage l'unité statistique étudiée. Un « effet de grappe » se produira par exemple lorsqu'un cas de rougeole accroît la probabilité qu'un autre enfant du ménage contracte la maladie, ou que le fait de l'assurance sociale du chef de famille accroît la probabilité que la même assurance couvre les autres membres du ménage. De même lorsque l'unité statistique est l'acte médical, un premier acte accroît la probabilité d'en avoir besoin d'un second.

Aussi, si l'analyse des distributions permet de se faire une première idée de l'erreur aléatoire, celle-ci peut être en fait plus importante. Dans l'étude des dépenses en particulier, il est possible que l'enquête puisse fournir dans des analyses selon des critères particuliers, des estimations corrigées bien meilleures que les estimations brutes données dans ce premier travail.

Une estimation de l'importance de ces écarts aléatoires pourra être réalisée a posteriori pour quelques données essentielles de l'enquête.

3. Les erreurs de mesure

Ce sont d'ordinaire les erreurs les plus graves, car elles sont, dans la plupart des cas, impossibles à repérer, à corriger et même à estimer, sauf par référence à des données précises connues par des sources extérieures à l'enquête. Un très gros effort a été fait pour réduire ces erreurs dans toute la mesure du possible et l'on peut penser que, dans la présente enquête, l'erreur aléatoire sera souvent prépondérante.

Elles sont essentiellement de quatre sortes :

a) Les erreurs ou omissions volontaires. On peut espérer qu'elles sont rares. Si le sujet de l'enquête a pu paraître relativement délicat, il semble d'après les rapports des enquêteurs que les interviews se sont déroulées le plus souvent dans un climat de confiance extrêmement satisfaisant. On sait cependant que certains types de questions conduisent à peu près constamment à des réponses volontairement déformées : par exemple les questions sur le revenu du ménage.

b) Les erreurs dues à l'incompréhension de l'enquêté à l'égard de certaines questions. Grâce à l'expérience de l'enquête-pilote et aux obser-

ventions présentées par les enquêteurs, on s'était efforcé de rédiger le questionnaire de la façon la plus claire. Les cas d'incompréhension semblent plutôt dus à une absence d'information des enquêtés.

c) Les erreurs par insuffisance d'information. La personne interrogée peut ne pas être bien informée des questions la concernant : ainsi il semble que beaucoup n'aient pas été parfaitement informées des régimes d'assurance ou mutuelles par lesquels elles étaient protégées.

La personne du ménage interrogée peut aussi être mal informée des questions concernant les autres membres du ménage : par exemple, un examen médical systématique subi par le mari ou un enfant. Il était certes recommandé aux enquêteurs d'interroger, lorsque cela semblait nécessaire, les divers membres du ménage sur des questions qui leur étaient personnelles. Une telle procédure ne pouvait être exigée de façon systématique. Elle aurait nécessité une multiplication des visites et des interviews incompatible avec les moyens financiers disponibles.

d) Les erreurs de mémoire. Il peut s'agir d'oubli des événements effectivement survenus. Il peut s'agir aussi de l'oubli de la date exacte de l'événement. Dans ce dernier cas un événement peut être déclaré à tort avant le début de la période. Une telle erreur conduit donc selon le cas à une observation surestimée ou sous-estimée.

L'adoption d'une période d'étude d'un mois, l'exclusion des questions faisant appel à la mémoire en ce qui concerne les achats de pharmacie, semblent avoir réduit au minimum les erreurs de mémoire. Par ailleurs, une possibilité de contrôle de la mémoire des dates avait été ménagée dans l'interview. Une première analyse des résultats ne fait pas apparaître d'erreurs décelables.

Une des particularités de la conception de cette enquête est d'offrir une possibilité de contrôle interne des résultats. Un certain nombre de données ont en effet été relevées respectivement par une interview et par la tenue d'un carnet de comptes. On peut dans une certaine mesure considérer que deux enquêtes distinctes ont été simultanément menées par des méthodes différentes sur un même échantillon de ménage. La confrontation des résultats des deux séries de données offrira la possibilité d'apprécier leur cohérence. De plus, au delà des objectifs propres de l'enquête, cette étude aura l'intérêt méthodologique d'une confrontation de deux techniques d'enquête dont les avantages et inconvénients respectifs restent discutés.

Quant à la critique des résultats par confrontation avec des données et statistiques extérieures à l'enquête — statistiques de sécurité sociale, statistiques administratives, fiscales, sanitaires, etc... — elle ne peut encore être apportée. Elle nécessitera un long et minutieux travail de rapprochement de renseignements qui, en général, ne couvrent pas rigoureusement le même domaine. Elle ne pourra être complète que lorsque les statistiques concernant l'année 1960 seront toutes disponibles. Or, le délai de publication de certaines de ces statistiques atteint 2 et parfois 3 ans. Une telle étude critique s'échelonne donc sur les années 1962 et 1963.

CHAPITRE II

MODES DE PROTECTION DE LA POPULATION PAR LES SYSTÈMES SOCIAUX

Les besoins médicaux peuvent occasionner aux ménages des dépenses importantes. Pour les aider à y faire face, des organismes de types divers se sont créés et développés qui répartissent sur l'ensemble d'une population les dépenses entraînées par la maladie de certains de ses membres. Ces systèmes sociaux réduisent ainsi considérablement la charge de ces dépenses dans les budgets des particuliers. Avant d'étudier les consommations médicales des Français, on considérera par quels organismes sont couvertes les dépenses qu'elles entraînent.

Sur ce point, l'enquête apporte de nombreux éléments nouveaux. En effet on ne possède actuellement que des données statistiques très insuffisantes sur les populations couvertes par les divers systèmes sociaux : Leurs effectifs sont souvent très imparfaitement connus ⁽¹⁾, a fortiori leurs caractéristiques démographiques, sociologiques et économiques. Par ailleurs, l'enquête nous renseigne sur les combinaisons de divers systèmes dont une même personne peut simultanément bénéficier et sur les fréquences de ces combinaisons.

On examinera d'abord le dernier point, pour donner une vue d'ensemble de la façon dont la population française est couverte de ses dépenses médicales. On étudiera ensuite le domaine d'action et les particularités de chaque type d'organisme.

A. LES COMBINAISONS DES DIVERS SYSTÈMES DE PROTECTION

Divers systèmes peuvent couvrir les dépenses médicales des particuliers. Leur rôle relatif diffère beaucoup d'un pays à l'autre. Tous ces systèmes se rencontrent simultanément en France, mais ils y ont une importance variable. On distingue :

— Des services publics, financés par l'impôt, gérés par l'État ou les collectivités locales, tels que l'Aide Sociale ou l'Aide Médicale aux Anciens Combattants et Victimes de la Guerre (Article 115).

— Des mécanismes d'assurance, financés par les cotisations des salariés ⁽²⁾ et de leurs employeurs, en règle obligatoires. Ce sont les divers régimes d'Assurances Sociales couvrant les risques de Maladie, Maternité et Accidents du Travail.

— Des assurances mutualistes, non obligatoires, financées par les cotisations de leurs membres ⁽³⁾.

(1) Seuls les effectifs d'assurés et d'ayants-droit des régimes de Sécurité Sociale de la S.N.C.F. et des Mines sont connus avec précision.

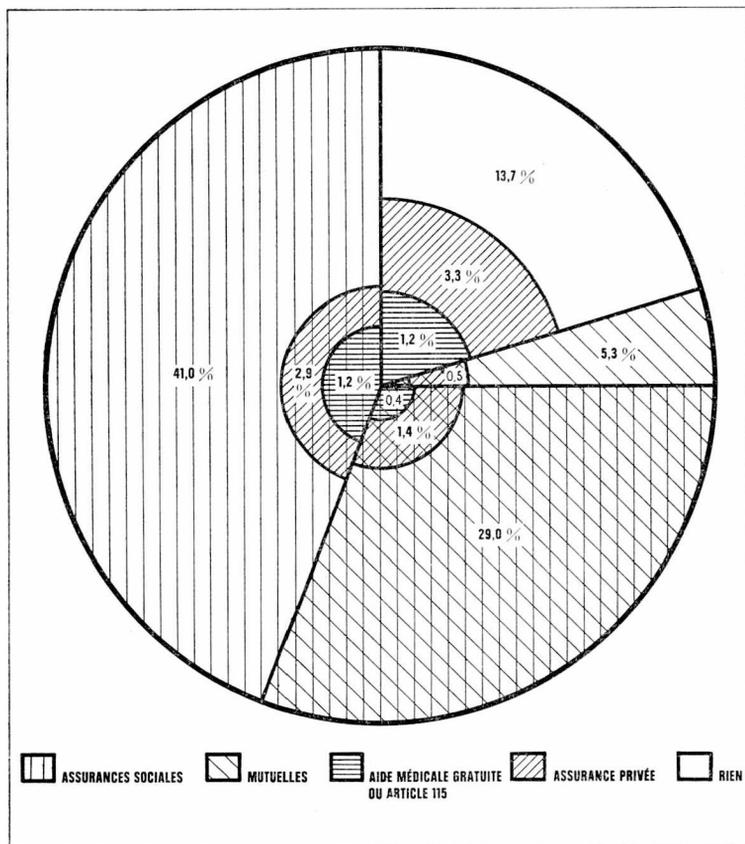
(2) En 1961 l'assurance sociale a été étendue à des catégories non salariées : les exploitants agricoles.

(3) La participation de l'employeur se rencontre également, mais dans l'ensemble elle n'est pas prédominante, et elle reste volontaire.

— Des assurances commerciales (branches médicales ou chirurgicales) financées par des primes versées par les assurés.

Les **assurés** sont en règle générale les personnes qui versent les cotisations ou les primes. Cependant, certaines situations particulières donnent le droit d'être assuré sans cotiser ⁽¹⁾.

Dans la plupart des cas, les dépenses médicales des personnes à la charge de l'assuré sont également couvertes. Ces personnes sont les **ayants droit**.



GRAPHIQUE I
Les modes de protection de la population

La population couverte par un système social, total des assurés et des ayants droit, constitue l'ensemble des **personnes protégées** ⁽²⁾.

En fait, une même personne peut bénéficier simultanément de plusieurs systèmes de protection. On le montrera en considérant l'ensemble des personnes protégées, sans distinguer si elles le sont au titre d'assuré ou d'ayant droit.

(1) Pensionnés vieillesse, pensionnés d'invalidité, malades chroniques, chômeurs secourus.

(2) Ce terme est celui qui est admis par convention internationale.

La population enquêtée bénéficie des principales combinaisons des systèmes de protection de la façon suivante :

75,9%	Assurances Sociales seules	41,0%	} 36,6%	
	Assurances Sociales + A.M.G. ou Art. 115.	1,2%		
	Assurances Sociales + Assurance privée	2,9%		
	<hr/>			
	Assurances Sociales + Mutuelle	29,0%		
	Assurances Sociales + Mutuelle + A.M.G. ou Art. 115 ...	0,4%		
Assurances Sociales + Mutuelle + Assurance privée	1,4%			
<hr/>				
Mutuelle seule.	5,3%			
Mutuelle + Assurance privée.	0,5%			
<hr/>				
A.M.G. ou Art. 115 seuls.	1,2%			
Assurance privée seule	3,3%			
<hr/>				
Rien	13,7%			

Le graphique I illustre ces données.

On constate que les trois quarts de la population sont couverts par les divers régimes d'Assurances Sociales. Le nombre des personnes protégées aurait été en 1960 de l'ordre de 33 à 34 millions de personnes (1).

Plus du tiers de la population bénéficie des prestations d'une mutuelle qui, dans la majorité des cas, est complémentaire d'une assurance sociale.

8% des personnes sont couvertes par une assurance privée.

2,8% bénéficient de l'Aide Médicale Gratuite ou de l'Article 115.

13,7% de la population seulement ne sont couverts de leurs dépenses médicales par aucun organisme.

Le tableau II, partie A, indique avec plus de détail comment se répartit la population selon les combinaisons des divers régimes d'Assurances Sociales, avec les mutuelles, l'A.M.G. et l'Article 115. Les assurances privées n'ont pas été considérées dans ce tableau. Dans la partie B du tableau II sont indiqués les pourcentages que représentent les personnes bénéficiant de ces diverses combinaisons par rapport à l'ensemble de la population.

B. — LES ASSURANCES SOCIALES

I. Les effectifs

Dans la partie A du tableau III sont indiqués, pour les principaux régimes de Sécurité Sociale, les effectifs d'assurés, d'ayants droit et de personnes protégées que fournit l'extrapolation des données de l'enquête (2).

On peut observer que ces extrapolations s'accordent d'assez près avec des données qui sont connues avec précision : par exemple les effectifs d'assurés et d'ayants droit des régimes de la S.N.C.F. et des Mines. Il est plus difficile d'apprécier la valeur de celles qui concernent les régimes généraux et rattachés, et le régime agricole, puisque les effectifs d'assurés et, surtout, d'ayants droit de ces régimes ne sont pas exactement connus. Les ordres de grandeur restent cependant très proches des évaluations habituellement avancées.

(1) L'évaluation tirée de l'enquête est de 32 186 000 personnes, mais on doit rappeler qu'environ 2 millions de personnes ont été exclues du champ de l'enquête. (Cf. chap. I, p. 7.)

(2) Cf. note (1), ci-dessus.

TABLEAU II. — LES DIVERS MODES DE PROTECTION DE LA POPULATION

ASSURANCES SOCIALES	MUTUELLES	Sans mutuelle ni A.M.G. ni art. 115	Mutuelle sans A.M.G. ni art. 115	Mutuelle avec A.M.G. ou art. 115	A.M.G. ou art. 115 sans mutuelle	Ensemble (1)	Total des mutuelles
	A.M.G. ART. 115						
A. — EFFECTIFS DANS LA FRANCE ENTIÈRE (2) (milliers de personnes)							
Régime général		12 131,0	7 612,5	91,0	395,5	20 237,0	7 703,5
Régime des fonctionnaires		861,0	2 607,5	28,0	28,0	3 517,5	2 628,5
Régime des étudiants		45,5	52,5	—	—	98,0	52,5
Régime des invalides		105,0	10,5	14,0	56,0	185,5	24,5
Ensemble. Régime général et régimes rattachés		13 142,5	10 283,0	126,0	479,5	24 038,0	10 409,0
Régime agricole		2 271,5	644,0	—	17,5	2 933,0	644,0
Régime des mines		1 015,0	175,0	3,5	10,5	1 204,0	178,5
Régime de la S.N.C.F.		1 323,0	346,5	3,5	3,5	1 676,5	350,0
Autres régimes		836,5	1 452,5	21,0	14,0	2 334,5	1 473,5
Ensemble des personnes protégées		18 588,5	12 901,0	154,0	525,0	32 186,0	13 055,0
Personnes non protégées		7 220,5	2 439,5	17,5	500,5	10 178,0	2 457,0
Ensemble		25 809,0	15 340,5	171,5	1 025,5	42 364,0	15 512,0
B. — POUR 100 PERSONNES AU TOTAL							
Régime général		28,6	18,1	0,2	0,9	47,8	18,3
Régime des fonctionnaires		2,0	6,1	ε	0,1	8,3	6,2
Régime des étudiants		0,1	0,1	—	—	0,2	0,1
Régime des invalides		0,2	ε	ε	0,1	0,4	ε
Ensemble. Régime général et régimes rattachés		31,0	24,3	0,3	1,1	56,7	24,6
Régime agricole		5,4	1,5	—	ε	6,9	1,5
Régime des mines		2,4	0,4	ε	ε	2,8	0,4
Régime de la S.N.C.F.		3,1	0,8	ε	ε	4,0	0,8
Autres régimes		2,0	3,4	ε	ε	5,5	3,5
Ensemble des personnes protégées		43,9	30,4	0,4	1,2	75,9	30,8
Personnes non protégées		17,0	5,8	ε	1,2	24,1	5,8
Ensemble		60,9	36,2	0,4	2,4	100,0	36,6
C. — POUR 100 PERSONNES PROTÉGÉES PAR CHAQUE RÉGIME							
Régime général		60,0	37,7	0,4	1,9	100,0	49,7
Régime des fonctionnaires		24,5	74,1	0,6	0,8	100,0	16,9
Régime des étudiants		46,4	53,6	—	—	100,0	0,3
Régime des invalides		56,6	5,7	7,5	30,2	100,0	0,2
Ensemble. Régime général et régimes rattachés		54,7	42,8	0,5	2,0	100,0	67,1
Régime agricole		77,4	22,0	—	0,6	100,0	4,1
Régime de mines		84,3	14,5	0,3	0,9	100,0	1,2
Régime de la S.N.C.F.		78,9	20,7	0,2	0,2	100,0	2,3
Autres régimes		35,8	62,2	0,9	0,6	100,0	9,5
Ensemble des personnes protégées		57,8	40,1	0,5	1,6	100,0	84,2
Personnes non protégées		70,9	24,0	0,2	4,9	100,0	15,8
Ensemble		60,9	36,2	0,4	2,4	100,0	100,0

(1) L'ensemble ne correspond pas exactement au total de chaque ligne ; un petit nombre d'enquêtés (5 personnes) ont une situation bien déterminée en ce qui concerne leur régime d'Assurances Sociales mais indéterminée vis-à-vis des mutuelles ou des régimes d'assistance.

(2) Compris dans le champ de l'enquête (42 364 000 personnes).

TABLEAU III. — LES ASSURÉS SOCIAUX

	Régime général	Régime des fonction- naires	Régime des étudiants	Régime des invalides	Ensemble régimes général et rattachés	Régime agricole	Régime des mines	Régime de la S.N.C.F.	Régimes divers	Ensemble des régimes
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
A. — LES PERSONNES PROTÉGÉES PAR LES ASSURANCES SOCIALES										
Effectifs (1) dans la France entière (mil- liers de personnes)										
Assurés	10 269,0	1 729,0	98,0	143,5	12 239,5	1 256,5	479,5	693,0	1 018,5	15 687,0
Ayants-droit	9 968,0	1 788,5	0,0	42,0	11 798,5	1 676,5	724,5	983,5	1 316,0	16 499,0
Ensemble des personnes protégées	20 237,0	3 517,5	98,0	185,5	24 038,0	2 933,0	1 204,0	1 676,5	2 334,5	32 186,0
Personnes protégées par chaque régime pour 100 personnes au total	47,8	8,3	0,2	0,4	56,7	6,9	2,8	4,0	5,5	75,9
Personnes protégées par chaque régime pour 100 personnes protégées	62,9	11,0	0,3	0,6	74,8	9,1	3,7	5,2	7,2	100,0
Personnes protégées pour 100 assurés de chaque régime	197,0	203,4	100,0	129,3	196,3	233,4	251,1	241,9	229,2	205,1
B. — LES ASSURÉS										
1° Situation des assurés dans leur ménage (pour 100 assurés de chaque régime) ..										
Chefs de ménage	58,2	68,3		70,7	59,3	66,1	81,2	89,0	80,4	63,2
dont, sans ayant-droit	20,9	23,7		41,4	21,3	20,3	21,2	22,8	23,1	21,4
Épouses	14,3	19,2		4,9	14,8	5,8	1,4	4,0	7,2	12,7
dont, sans ayant-droit	13,6	18,0		4,9	14,0	5,8	1,5	4,0	6,5	12,0
Descendants	22,1	8,9	100,0	4,9	20,6	16,4	11,7	3,0	7,6	18,4
dont, sans ayant-droit	19,7	7,7	100,0	4,9	18,5	10,9	8,0	1,0	6,2	16,0
Ascendants	1,7	2,6		17,1	2,0	3,9	2,9	4,0	2,7	2,3
dont, sans ayant-droit	1,6	2,0		17,1	1,8	3,3	2,9	4,0	1,7	2,1

Autres parents ou amis	2,5	1,0		2,4	2,2	2,2	1,4	—	2,1	2,1
dont, sans ayant-droit.	2,4	1,0		2,4	2,2	1,7	0,7	—	1,7	2,0
Sous-locataires et domestiques	1,2	—		—	1,1	5,6	1,4	—	—	1,3
dont, sans ayant-droit.	1,1	—		—	1,0	5,6	1,5	—	—	1,3
Total des assurés.	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
dont, sans ayant-droit.	59,3	52,4	100,0	70,7	58,8	47,6	35,8	31,8	39,2	54,8
2° Répartition des assurés selon le nombre de leurs ayants-droit (pour 100 assurés de chaque régime)										
Pas d'ayant-droit	59,3	52,4	100,0	70,7	58,8	47,6	35,8	31,8	39,2	54,8
Un ayant-droit	17,7	20,5		29,3	18,1	18,2	28,6	34,9	30,6	19,9
Deux ayants-droit.	7,8	11,6			8,1	12,5	8,0	12,7	13,5	9,0
Trois ayants-droit.	6,7	8,1			6,8	10,9	18,2	12,1	11,3	8,0
Quatre ayants-droit	4,6	4,6			4,5	5,3	3,6	4,0	0,7	4,3
Cinq ayants-droit	2,3	2,0			2,2	2,5	2,9	2,0	2,0	2,2
Six ayants-droit	1,0	0,4			0,9	1,9	—	1,5	1,0	1,0
Sept ayants-droit.	0,3	0,4			0,3	0,3	2,2	—	1,0	0,4
Huit ayants-droit.	0,3	—			0,3	0,8	0,7	1,0	0,7	0,4
Neuf ayants-droit et plus	ε	—			ε	—	—	—	—	ε
C. — LES AYANTS-DROIT										
Nombre d'ayants-droit selon leur lien avec l'assuré (pour 100 assurés de chaque régime)										
Conjoint ou conjointe	33,1	33,0		21,9	32,7	47,6	56,2	61,1	47,8	36,9
Descendant d'assuré	58,9	61,9		4,9	58,2	82,7	88,3	78,8	71,8	62,9
Descendant d'assurée	3,5	6,7		2,4	3,9	1,4	6,6	—	4,1	3,6
Total des descendants.	62,4	68,6		7,3	62,1	84,1	94,9	78,8	75,9	66,5
Ascendants.	0,1	—		—	0,1	—	—	—	—	ε
Autres parents.	ε	—		—	ε	—	—	—	—	ε
Ayants-droit d'assurés hors ménage	1,4	1,8		—	1,4	1,7	—	2,0	5,5	1,7
Nombre total d'ayants-droit pour 100 assurés	<u>97,0</u>	<u>103,4</u>		<u>29,3</u>	<u>96,3</u>	<u>133,4</u>	<u>151,1</u>	<u>141,9</u>	<u>129,2</u>	<u>105,1</u>
(1) Compris dans le champ de l'enquête (42 364 000 personnes).										

On doit faire cependant deux réserves :

— Les effectifs du régime des fonctionnaires semblent très surestimés ; un certain nombre de salariés des collectivités locales ou même d'entreprises nationalisées se sont probablement classés à tort dans cette catégorie.

— Par ailleurs il n'a pas été possible d'isoler ceux des « régimes divers » qui sont rattachés au régime général. Il conviendrait donc de corriger légèrement les effectifs du total du régime général et des régimes rattachés.

2. Le nombre de personnes protégées par assuré

Les parties B et C du tableau III font apparaître une donnée importante pour l'équilibre financier des différents régimes de Sécurité Sociale : le nombre moyen d'ayants droit par assuré est très variable d'un régime à l'autre.

Or les recettes des caisses d'Assurance Sociales dépendent du nombre des assurés qui seuls, et dans leur très grande majorité, cotisent. Mais les dépenses dépendent du nombre de personnes protégées, (total des assurés et des ayants droit).

Les variations observées ont plusieurs origines.

a) Les différences de répartition des populations actives masculine et féminine modifient en particulier l'importance relative des épouses assurées dans les différents régimes. Cette proportion dépend également des variations du taux d'activité féminine avec la profession du mari. C'est ainsi que la proportion des épouses assurées parmi l'ensemble des assurés est très élevée dans le régime des fonctionnaires (19,2 % et au contraire très faible dans les régimes de la S.N.C.F. (4,0 %) et des Mines (1,4 %).

Or, lorsque les deux parents sont assurés, les enfants sont le plus souvent les ayants droit du père ; les épouses assurées sont donc le plus souvent des assurés sans ayant droit.

b) Le nombre d'ayants droit dépend aussi essentiellement du nombre d'enfants à charge. C'est dans les régimes minier et agricole que les enfants à charge sont les plus nombreux (94,9 et 84,1 pour 100 assurés).

c) Enfin une forte proportion de retraités peut diminuer le nombre moyen d'ayants droit par assuré de certains régimes.

d) La situation des régimes des étudiants et des régimes des invalides de guerre est naturellement particulière.

Au total le nombre des personnes protégées pour 100 assurés qui est de 197 en régime général, atteint 242 en régime S.N.C.F. et 251 en régime minier.

En fait, ce rapport ne varie pas seulement selon les régimes mais aussi selon les régions et les catégories de communes, ainsi que le montre le tableau IV. La proportion de personnes protégées par rapport aux assurés est la plus faible dans la région de Paris (178 pour 100 assurés) alors que dans l'Ouest il y a 239 personnes protégées pour 100 assurés. De même ce rapport décroît dans l'ensemble régulièrement lorsqu'augmente le degré d'urbanisation. Notons cependant dès maintenant que c'est dans les régions rurales et les petites communes, où justement le rapport du nombre de personnes protégées au nombre d'assurés est élevé, que la consommation médicale est la plus faible. Ce fait tend à dissimuler les incidences de ce rapport sur la situation financière des caisses locales d'Assurances Sociales.

**TABLEAU IV. — LES ASSURANCES SOCIALES SELON LES RÉGIONS,
LES CATÉGORIES DE COMMUNES ET LES CATÉGORIES SOCIO- PROFESSIONNELLES**

	Pour 100 personnes de chaque région, C.C. ou C.S.		Nombre moyen de personnes protégées par assuré	Nombre de personnes dans la France entière (en milliers) d'après l'enquête
	Personnes assurées	Personnes protégées (1)		
	1	2	3	4
A. — RÉGIONS				
Région parisienne	49,2	87,5	1,78	7 644,0
Nord	38,9	81,7	2,10	4 081,0
Ouest	27,9	66,8	2,39	7 133,0
Nord-Est	40,7	83,4	2,05	4 627,0
Centre	33,5	68,9	2,06	4 350,5
Centre-Est	34,6	75,6	2,18	5 404,0
Sud-Est (2)	36,5	75,3	2,06	4 571,0
Sud-Ouest	32,3	66,1	2,05	4 553,5
B. — CATÉGORIES DE COMMUNES				
Communes rurales	28,9	62,3	2,15	17 307,5
Communes urbaines < de 5 000 hab ..	32,6	80,4	2,46	1 715,0
Communes urbaines de 5 000 à moins 10 000 hab.	34,9	78,2	2,24	2 569,0
Communes urbaines de 10 000 à moins 20 000 hab.	38,4	83,2	2,17	2 590,0
Communes urbaines de 20 000 à moins 50 000 hab.	38,7	84,7	2,19	3 475,5
Communes urbaines de 50 000 à moins 100 000 hab.	39,9	85,0	2,13	2 096,5
Communes urbaines de 100 000 à moins 200 000 hab.	45,7	90,4	1,98	2 306,5
Communes urbaines de 200 000 et plus	46,0	86,3	1,88	3 752,0
Agglomération de Paris (3)	49,8	88,8	1,78	6 552,0
C. — CATÉGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES INDIVIDUELLES				
Agriculteurs exploitants	9,8	15,3		3 591,0
Salariés agricoles	91,5	92,0		700,0
Patrons de l'industrie et du commerce et artisans	14,8	17,5		2 243,5
Professions libérales et cadres supé- rieurs	80,8	80,8		619,5
Cadres moyens	96,2	96,9		1 470,0
Employés	99,3	100,0		2 117,5
Ouvriers	99,2	99,6		6 030,5
Personnels de services	95,9	97,8		945,0
Autres catégories (artistes, clergé, armée, police)	76,0	76,0		248,5
Personnes non actives de plus de 14 ans	24,1	76,2		13 545,0
Enfants de moins de 14 ans	e	84,0		10 853,5
ENSEMBLE DE L'ENQUÊTE	37,0	75,9	2,05	42 364,0

(1) Assurés + ayants-droit.

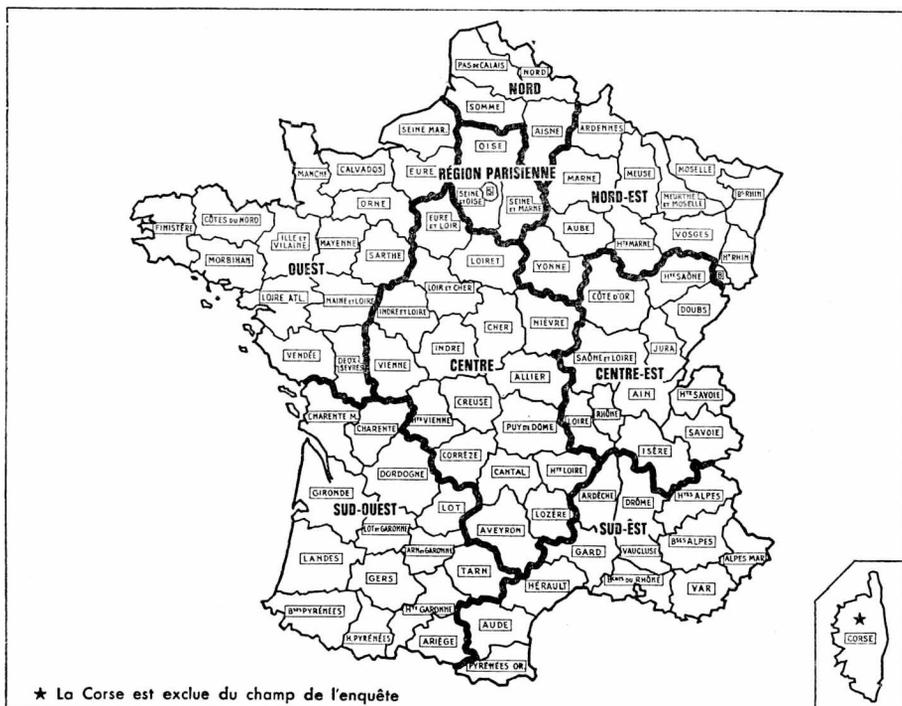
(2) Sud-Est ou Midi-méditerranéen.

(3) Agglomération de Paris (Paris et son agglomération et zone suburbaine de Paris).

3. La proportion des personnes protégées par les Assurances Sociales selon les caractéristiques démographiques et sociales

a) La catégorie socio-professionnelle

C'est essentiellement en fonction de leur statut, salarié ou indépendant, que les personnes actives sont couvertes ou non par les Assurances Sociales. Effectivement, 99,1 % des salariés sont **assurés**.



CARTE I
Les huit régions de sondage

Cependant, le tableau IV montre qu'il existe une proportion non négligeable d'assurés parmi les catégories socio-professionnelles considérées comme indépendantes. Il peut s'agir :

- D'indépendants admis à bénéficier de l'assurance : petits métayers par exemple.
- De personnes exerçant une double activité et ayant déclaré dans l'enquête leur profession indépendante comme activité principale : agriculteur-ouvrier.
- D'aides familiaux d'un chef de ménage indépendant, qui peuvent bénéficier de l'assurance sociale : épouses ou enfants d'agriculteurs, de commerçants ou d'artisans.

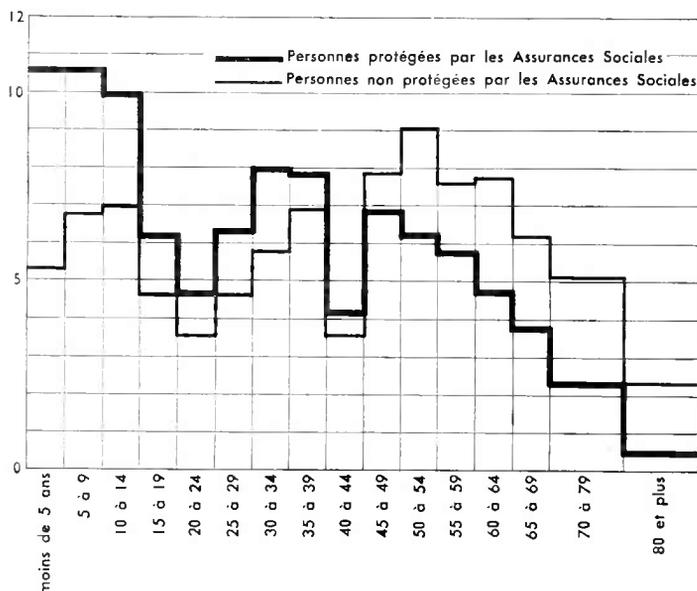
La proportion de personnes protégées dans une population dépendra de sa répartition selon les divers types d'activité et de statut et variera selon la région, la catégorie de commune, l'âge et le sexe.

TABLEAU V
LES ASSURANCES SOCIALES SELON LE SEXE ET L'ÂGE

	Pour 100 personnes de chaque classe d'âge			Nombre de personnes dans la France entière (en milliers) d'après l'enquête
	Assurés	Ayant-droit	Personnes protégées	
A. — SEXE MASCULIN	1	2	3	4
Moins de 2 ans	—	85,6	85,6	658,0
De 2 à 4 ans	—	87,4	87,4	1 417,5
De 5 à 9 ans	—	82,5	82,5	2 037,0
De 10 à 14 ans	5,6	74,8	80,4	2 068,5
De 15 à 19 ans	48,6	35,0	83,6	1 239,0
De 20 à 24 ans	77,0	1,4	78,4	745,5
De 25 à 29 ans	78,6	—	78,6	1 197,0
De 30 à 34 ans	81,8	—	81,8	1 484,0
De 35 à 39 ans	75,7	0,2	75,9	1 550,5
De 40 à 44 ans	79,3	—	79,3	829,5
De 45 à 49 ans	73,9	0,2	74,1	1 435,0
De 50 à 54 ans	68,8	—	68,8	1 449,0
De 55 à 59 ans	69,1	—	69,1	1 225,0
De 60 à 64 ans	66,7	—	66,7	1 050,0
De 65 à 69 ans	65,2	—	65,2	665,0
De 70 à 79 ans	61,4	—	61,4	962,5
De 80 ans et plus	47,6	3,5	51,1	301,0
Ensemble.....	49,5	27,0	76,5	20 314,0
B. — SEXE FÉMININ				
Moins de 2 ans	—	82,5	82,5	581,0
De 2 à 4 ans	—	87,7	87,7	1 256,5
De 5 à 9 ans	—	83,8	83,8	2 009,0
De 10 à 14 ans	2,9	80,7	83,6	1 799,0
De 15 à 19 ans	38,8	38,9	78,7	1 197,0
De 20 à 24 ans	48,2	34,3	82,5	1 102,5
De 25 à 29 ans	30,2	53,5	83,7	1 249,5
De 30 à 34 ans	29,6	51,3	80,9	1 617,0
De 35 à 39 ans	29,5	50,4	79,9	1 603,0
De 40 à 44 ans	26,1	51,4	77,5	857,5
De 45 à 49 ans	30,9	42,1	73,0	1 554,0
De 50 à 54 ans	27,6	40,1	67,7	1 484,0
De 55 à 59 ans	33,9	38,5	72,4	1 382,5
De 60 à 64 ans	35,3	30,0	65,3	1 249,5
De 65 à 69 ans	39,7	27,0	66,7	1 155,0
De 70 à 79 ans	43,2	13,2	56,4	1 533,0
De 80 ans et plus	22,5	6,7	29,2	420,0
Ensemble.....	25,5	49,9	75,4	22 050,0
C. — ENSEMBLE DES DEUX SEXES				
Moins de 2 ans	—	84,2	84,2	1 239,0
De 2 à 4 ans	—	87,6	87,6	2 674,0
De 5 à 9 ans	—	83,1	83,1	4 046,0
De 10 à 14 ans	4,3	77,6	81,9	3 867,5
De 15 à 19 ans	44,3	36,9	81,2	2 436,0
De 20 à 24 ans	59,9	21,0	81,9	1 848,0
De 25 à 29 ans	53,9	27,3	81,2	2 446,5
De 30 à 34 ans	54,6	26,7	81,3	3 101,0
De 35 à 39 ans	52,4	25,7	78,1	3 153,5
De 40 à 44 ans	52,3	26,1	78,4	1 687,0
De 45 à 49 ans	51,5	22,0	73,5	2 989,0
De 50 à 54 ans	48,0	20,3	68,3	2 933,0
De 55 à 59 ans	50,5	20,4	70,9	2 607,5
De 60 à 64 ans	49,6	16,3	65,9	2 299,5
De 65 à 69 ans	49,0	17,1	66,1	1 820,0
De 70 à 79 ans	50,2	8,1	58,3	2 495,5
De 80 ans et plus	33,0	5,3	38,3	721,0
Ensemble.....	37,0	38,9	75,9	42 364,0

b) Les régions (1)

Ainsi que le montre le tableau IV partie A, c'est dans la région de Paris, où la proportion d'agriculteurs est faible que les Assurances Sociales couvrent la plus forte proportion de la population (87,5%). Cette proportion reste supérieure à 80% dans les régions industrielles du Nord et du Nord-Est. Elle ne représente que les 2/3 de la population dans les régions agricoles de l'Ouest, du Centre et du Sud-Ouest. Les régions du Centre-Est et du Sud-Est se situent au niveau moyen français.



GRAPHIQUE 2

La répartition selon l'âge des personnes protégées ou non par les Assurances Sociales (en % de chacune des deux populations)

c) Les catégories de communes

On observe surtout une différence marquée (tableau IV, partie B) entre les communes rurales où 62,3% seulement de la population est couverte par les assurances sociales, et les communes urbaines où ce taux dépasse constamment 80%.

d) L'âge et le sexe

Le tableau V montre que la proportion des personnes protégées par les Assurances Sociales varie sensiblement avec l'âge. Pour l'ensemble des deux sexes elle est supérieure à 85% pour les enfants de moins de 5 ans. Elle reste voisine de 80% pour la population de moins de 35 ans. Elle décroît ensuite avec l'âge. Ce n'est qu'aux âges avancés qu'apparaît une nette différence entre les deux sexes. Entre 70 et 80 ans, 61% des hommes sont couverts par la Sécurité Sociale contre 56% des femmes; au delà de 80 ans, 51% des hommes et seulement 29% des femmes.

(1) L'étude est faite selon les 8 régions uniformément adoptées dans les enquêtes faites par l'I.N.S.E.E., tant pour l'établissement du plan de sondage que pour l'analyse des résultats (voir carte 1).

On peut observer qu'au delà de 20 ans presque tous les hommes protégés par les Assurances Sociales sont des assurés. En ce qui concerne les femmes, c'est entre 20 et 25 ans qu'il existe la plus forte proportion d'assurées (48 % d'assurées, 34 % d'ayants droit). Cette proportion tombe ensuite brusquement aux environs de 30 %. On sait en effet que le taux d'activité féminine décroît alors très nettement. Par contre, au delà de 45 ans, la proportion des assurées est constamment croissante jusqu'au delà de 70 ans : soit qu'il s'agisse de femmes reprenant une activité, soit qu'il s'agisse surtout de veuves de pensionnés ou retraités.

L'enquête confirme ainsi que la population protégée par les Assurances Sociales est en moyenne nettement plus jeune que la population non protégée (1). C'est ce que montre le graphique 2. Notons cependant que cette observation, faite sur l'ensemble des assurés de tous régimes, vaut surtout pour le régime général et le régime agricole. Les régimes de la S.N.C.F. et des Mines couvrent une population en moyenne beaucoup plus âgée comportant une très forte proportion de retraités. Cette observation est importante : on verra en effet que les besoins médicaux d'une population dépendent avant tout de sa répartition selon l'âge (2).

Par ailleurs ce fait implique que le seul mouvement démographique tend à accroître la proportion des personnes protégées par les Assurances Sociales, même en l'absence de tout déplacement de la population d'une catégorie indépendante à une catégorie salariée, ou de modifications de la législation de Sécurité Sociale. En effet, les personnes âgées qui décèdent sont dans une faible proportion couvertes par les assurances. Elles sont remplacées par de jeunes enfants couverts dans une très forte proportion.

C. — LA MUTUALITÉ

Les sociétés mutualistes couvrant les risques chirurgicaux ou médicaux de leurs adhérents sont très nombreuses : plus de 16 000. Les effectifs des personnes couvertes sont mal connus, car les statistiques d'ensemble des mutuelles sont imprécises et donnent lieu à de nombreux doubles comptes.

On s'est efforcé de préciser la situation des personnes interrogées dans cette enquête vis-à-vis de la mutualité. Il est possible néanmoins qu'elles n'en aient pas été toujours bien informées, en particulier qu'elles n'aient pas toujours su si les enfants ou conjoints à leur charge étaient couverts par la mutuelle.

Dans le tableau II, Partie A, sont indiqués les effectifs des personnes protégées par des sociétés mutualistes. Ils s'élevaient au total à 15 512 000 personnes (36,6 % de la population) se décomposant en 17,4 % d'adhérents et 19,2 % d'ayants droit.

La proportion d'adhérents à une mutuelle est très variable selon les catégories socio-professionnelles. Par rapport à l'ensemble des personnes actives de chaque catégorie, la proportion la plus élevée de mutualistes s'observe parmi les cadres supérieurs et moyens (57 et 58 %), puis parmi les employés (46 %). C'est parmi les agriculteurs que la proportion d'adhérents est la plus faible (14 %). Elle est également peu élevée (26 %) parmi les commerçants, artisans et industriels.

Dans le tableau II, partie C, sont indiquées les proportions de mutualistes parmi les personnes protégées des divers régimes d'assurances sociales. Ce sont les assurés des régimes fonctionnaires et « divers » qui sont

(1) C'est ce qu'avait déjà montré l'étude faite d'après l'enquête sur l'« emploi » de l'I.N.S.E.E. (1957) : M. CHASSERANT, Quelques données démographiques sur les assurés sociaux, *Consommation* n° 1, janvier-mars 1959.

(2) Cf. : Chap. IV, section A.

les plus fréquemment mutualistes (respectivement 74,7 % et 63,1 %). Dans l'ensemble, 40,6 % des personnes protégées par assurances sociales sont couverts par une mutuelle. Mais 24,2 % seulement des personnes non protégées par la Sécurité Sociale bénéficient de la couverture d'une mutuelle. Il en résulte que 84,2 % des mutualistes sont des personnes protégées par les Assurances Sociales, et 15,8 % seulement des personnes non protégées par la Sécurité Sociale.

D. — L'AIDE SOCIALE, LES PENSIONNÉS MILITAIRES ET VICTIMES DE LA GUERRE

Les bénéficiaires de l'Aide Sociale (Aide Médicale Gratuite) représentent 1,7 % de la population. Les bénéficiaires des soins gratuits couverts par le Ministère des Anciens Combattants (Art. 115) en représentent 1,1 %. Ces systèmes de prestations sont d'ailleurs très différents de ceux qui ont été envisagés jusqu'ici. Il ne sont souvent mis en œuvre que de façon occasionnelle, en cas de maladie (A.M.G.), ou ne concernent que les soins exigés par une maladie contractée dans des circonstances particulières et ayant donné lieu à l'ouverture des droits (Art. 115).

On notera seulement que ces modes de couverture sont naturellement moins fréquemment rencontrés chez les personnes protégées par la Sécurité Sociale (2,1 %) que chez celles qui ne le sont pas (5,1 %). Pour les assurés sociaux l'association est naturellement particulièrement fréquente dans le régime des Invalides (37,7 % des cas).

E. — LES ASSURANCES PRIVÉES

Bien que ce type d'assurance n'ait pas un très grand développement en France, son rôle semble plus important qu'on ne le pense généralement. On doit souligner cependant que les enquêtes ont souvent eu du mal à faire la distinction entre les associations mutualistes et les sociétés d'assurances. 3 400 000 personnes, soit 8 % de la population, seraient couvertes par des assurances privées médicales ou chirurgicales. La moitié environ de ces effectifs serait constituée par des assurés et la moitié par des ayants droit. Naturellement les personnes qui ne sont couvertes ni par la Sécurité Sociale ni par une mutuelle font beaucoup plus fréquemment appel à ce mode d'assurance (dans 22 % des cas environ). 6 % des personnes protégées par la Sécurité Sociale ou par une mutuelle seraient couvertes également par une assurance privée.

CHAPITRE III

LA STRUCTURE DES CONSOMMATIONS MÉDICALES

On présentera dans cette troisième partie les résultats globaux de l'enquête et les estimations de diverses données concernant l'ensemble du pays (1) que l'on peut en tirer. On considérera successivement :

— La « **quantité** » consommée des divers services médicaux et le nombre de « **consommateurs** » qui ont fait appel à eux.

— La part des divers types de « **producteurs** » dans la production de ces services.

— Les **prix** des services.

— Les **dépenses** entraînées par ces consommations et les divers **modes de paiement** de ces dépenses.

Ces diverses notions sont définies dans les sections de ce chapitre, où elles sont étudiées.

A. — LES CONSOMMATIONS DE SOINS MÉDICAUX

a) Les consommations sont exprimées en « quantité » : c'est-à-dire en nombre d'actes, d'exams, d'ordonnances, de produits, etc... (2). On ne disposait jusqu'à présent sur ce point que de données fragmentaires et relatives à des catégories particulières de la population. C'est un des intérêts de l'enquête de nous donner une vue d'ensemble couvrant tous les types de services médicaux et toute la population.

Les données en « quantité » présentent en effet dans de nombreux cas de gros avantages sur les données exprimées en « valeur ». Cette expression plus concrète permet de mieux comparer les demandes des consommateurs et les capacités de production, actuelles ou à prévoir. Elle permet aussi des comparaisons même lorsque les prix sont différents et ces différences de prix difficiles à mesurer, par exemple des comparaisons entre régions et surtout entre pays.

b) Par ailleurs il est intéressant de connaître le nombre de « consommateurs », c'est-à-dire le nombre de personnes qui au cours du mois d'enquête (3) ont utilisé ces services et biens (Nombre absolu ou proportion sur 100 personnes).

Rappelons que les divers services et biens ont été classés en 9 catégories que l'on retrouvera dans la présentation de tous les résultats (4).

On ne commentera pas les résultats relatifs à l'hospitalisation (5). On

(1) Données se rapportant à la population comprise dans le champ de l'enquête. Cf. chap. I, p. 7.

(2) Ces données sont tirées des résultats des interviews, à l'exception de celles concernant les consommations de produits pharmaceutiques qui sont étudiées à partir des carnets de comptes.

(3) Ce nombre ou cette proportion ne peut être indiquée sur une année car dans le cas de cette donnée l'extrapolation du mois à l'année n'est pas possible.

(4) Cf. chap. I, p. 10.

(5) Indiquons la signification des chiffres fournis dans les tableaux :

— Ils correspondent au nombre des malades qui ont été traités dans un établissement hospitalier (total des malades hospitalisés au premier jour du mois et des malades entrés à l'hôpital dans le mois).

— L'hospitalisation est définie comme un séjour d'au moins une nuit dans un établissement hospitalier.

L'enquête conduirait à estimer le nombre moyen des malades traités en un mois dans les établissements hospitaliers à 469 000, alors qu'il est nettement supérieur à 600 000.

a en effet indiqué ⁽¹⁾ que ces résultats étaient entachés d'erreurs importantes : d'une part l'échantillon de l'enquête étant trop faible pour étudier cette événement rare, l'erreur aléatoire est très importante ; d'autre part ces résultats sont sous-estimés du fait d'une erreur systématique.

Les services et biens, que l'on considèrera sont ceux qui ont été utilisés **en dehors d'un séjour dans un établissement hospitalier.**

On s'attachera plus particulièrement à l'étude des actes des médecins et de la pharmacie ; on ne commentera que brièvement les données relatives aux soins des dentistes et des auxiliaires de la médecine.

I. Les actes de médecins

Les actes de médecin ont été répartis en quatre grandes catégories : les visites et les consultations, respectivement de praticiens de médecine générale et de spécialistes. Il y aura « visite » chaque fois qu'un médecin se sera rendu au domicile d'un malade. Il y aura « consultation » chaque fois qu'un malade se sera rendu auprès d'un médecin, en quel que lieu que celui-ci exerce ⁽²⁾. Ces visites et consultations incluront tous les actes de pratique médicale, de petite chirurgie, d'obstétrique, d'examen spécialisés effectués à leur occasion ⁽³⁾.

La qualification de « spécialiste » est celle qui a été donnée par l'enquête. Elle peut donc ne pas correspondre aux définitions réglementaires ou professionnelles ⁽⁴⁾. Les radiologues ont été étudiés séparément, les stomatologistes avec les dentistes.

Le tableau VII ne donne que quelques indications d'ensemble sur les actes de médecin. On notera que le nombre moyen des visites et consultations par personne et **par an** serait de 3,54, et que 17,6 personnes sur 100 ont vu le médecin **dans le mois** : 11,7 sur 100 l'ayant vu une seule fois ; 3,3 sur 100, 2 fois ; ..., etc... ; une personne sur 1 000 l'ayant vu 10 fois ou plus.

Le tableau VIII présente avec plus de détail le nombre total et le nombre pour 100 personnes et par an de visites et de consultations de médecine générale et de diverses spécialités.

Le tableau VI indique selon quelles proportions se répartissent les 157 millions de visites et consultations de médecins généralistes et de spécialistes ⁽⁵⁾ pratiquées en un an auprès de la population étudiée.

TABEAU VI

	MÉDECINE GÉNÉRALE	SPÉCIALITÉS
Visites	40,4%	1,5%
Consultations.	38,2%	19,9%
Ensemble	78,6%	21,4%

(1) Cf. chap. I, p. 8.

(2) La consultation ou la visite ne correspond donc pas, et ne pouvait pas correspondre, en raison des impératifs de précision et d'intelligibilité du questionnaire, à la notion plus restreinte admise dans la nomenclature de la Sécurité Sociale : [lettres clés C (consultation) et V (visite)].

(3) Ces actes, dans de nombreux cas, correspondent dans la nomenclature de la Sécurité Sociale aux lettres clés : PMC, K, ERK, etc...

(4) Ces définitions sont d'ailleurs complexes et ne se recouvrent pas.

(5) Radiologie comprise, stomatologie exclue.

Les médecins de médecine générale effectuent donc près des 4/5 de ces actes, dont la quasi-totalité des visites. Ils voient leurs malades un peu plus souvent au cours d'une visite qu'au cours d'une consultation. Notons toutefois dès maintenant que c'est surtout à la campagne que les visites sont plus nombreuses que les consultations.

Si l'on met à part les radiologues, les spécialistes n'effectuent que 18 % de l'ensemble de ces actes ; mais 28 % des consultations car ils font peu de visites.

Ce sont naturellement les ophtalmologistes et les otorhinolaryngologistes qui effectuent la plus grande partie des consultations de médecine spécialisée (43 %).

Le tableau IX permet d'étudier des actes plus particuliers pratiqués au cours de ces consultations et visites. Ces actes sont pratiqués beaucoup plus souvent au cours des consultations (26 % des cas) qu'au cours des visites (14 %) ; beaucoup plus souvent, on le conçoit, au cours des consultations de spécialistes (32 % des cas) qu'au cours des consultations de médecine générale (23 %). Parmi ces actes, les piqûres et les vaccinations sont les plus fréquentes, ainsi que les examens radiologiques.

Pour permettre d'avoir une vue d'ensemble de la totalité de l'activité des médecins, les actes de radiologues qui ont été relevés indépendamment au cours des interviews (1), sont regroupés avec les autres actes de spécialistes dans les tableaux VII, VIII et IX. On doit, en effet, souligner la proportion importante d'examen radiologiques pratiqués chez des médecins qui ne sont pas exclusivement radiologues. Il est en effet naturel qu'un certain nombre de spécialistes — gastroentérologues, cardiologues, pneumophthisiologues — disposent de ces moyens de diagnostic. Ils paraissent tout aussi nécessaires au médecin généraliste isolé.

Les électroradiologistes sont cependant, parmi les spécialistes, ceux qui effectuent le plus grand nombre d'actes : 16,5 pour 100 personnes, par an. Ils ne pratiquent que peu de radioscopies ; les radiographies et les séances d'électrothérapie ou de radiothérapie sont sensiblement de même fréquence.

Pour avoir une vue complète des actes d'électroradiologie subis par la population, on devra en outre tenir compte des actes pratiqués au cours des examens systématiques. Ce regroupement sera présenté dans la section suivante de ce chapitre (2).

2. La pharmacie

On a considéré comme achats de pharmacie : les spécialités pharmaceutiques, les préparations magistrales, les produits simples du codex (alcool, bicarbonate etc...) les produits de pansement (coton, gaze, etc...) le petit matériel (thermomètre, seringue, etc...) (3).

Dans le tableau VII est indiqué le nombre d'ordonnances délivrées au cours des visites et consultations de médecins. Dans l'ensemble, il a été prescrit une ordonnance dans 73,6 % des visites ou consultations ce qui correspondrait à 2,6 ordonnances par personne et par an. On doit souligner que la délivrance d'une ordonnance est plus fréquente à la suite des visites qu'à la suite des consultations et que les spécialistes en prescrivent moins souvent (56,9 %) que les médecins généralistes (77,2 %).

(1) Les actes de radiologues ont été traités isolément dans l'interview, non seulement en raison d'impératifs techniques, pour obtenir des réponses précises et éviter tout double-compte, mais aussi parce que la définition des radiologues est fixée en fonction d'un autre critère que celle des autres spécialistes : ce sont des spécialistes d'une technique et non plus des spécialistes d'organes ou de maladies.

(2) Cf. p. 38.

(3) Sont donc exclus des achats dans les officines de pharmacie : les produits de toilette (savon, dentifrice, etc...), les produits alimentaires (produits diététiques pour jeunes enfants ou adultes), les boissons (eaux minérales).

TABLEAU VII. — LA CONSOMMATION MÉDICALE GLOBALE

	Nombre d'actes consommés		Nombre de consommateurs
	Dans la France entière (en milliers)	Pour 100 personnes en un an	Pour 100 personnes en un mois
A. — HOSPITALISATIONS (1)			
En hôpital			0,58
En clinique privée			0,28
En sanatorium			0,04
En préventorium ou en aérium			0,02
En hôpital psychiatrique			0,11
En maison de convalescence			0,04
En autre établissement			0,03
Ensemble des hospitalisations			1,10
B. — ACTES DE MÉDECINS			
Visites et consultations de médecine générale....	123 438	291,4	15,2
Visites et consultations de spécialité (sauf chez les radiologues).....	26 628	62,8	3,3
Ensemble des actes de médecins (sauf les radiologues)	150 066	354,2	17,6
Radioscopies par le radiologue	714	1,7	0,1
Radiographies par le radiologue	3 192	7,6	0,6
Séances de radiothérapie et électrothérapie par le radiologue	3 066	7,2	0,1
Ensemble des actes de radiologue	6 972	16,5	—
Ensemble des actes de médecins	157 038	370,7	—
C. — ACTES D'AUXILIAIRES			
1° Actes d'infirmières			
Piqures (2) A domicile	54 474	128,6	1,1
Ailleurs	15 624	36,9	0,5
Total	70 098	165,5	1,6
Pansements	714	1,7	ε
Vaccins et cuti-réactions	336	0,8	0,1
Aérosols.....	336	0,8	ε
Explorations électriques	1 512	3,6	ε
Nuits de garde	—	—	—
Ensemble des actes d'infirmières			
A domicile	54 474	128,6	1,1
Ailleurs	18 522	43,7	0,6
Ensemble	72 996	172,3	1,8
2° Actes de masseurs et kinésithérapeutes			
A domicile	546	1,3	ε
Ailleurs	8 736	20,6	0,2
Ensemble	9 282	21,9	0,2
3° Actes de sages-femmes			
A domicile	2 772	6,5	0,1
Ailleurs	294	0,7	ε
Ensemble	3 066	7,2	0,1
4° Actes d'autres auxiliaires (auxiliaires non diplômés).			
A domicile	10 248	24,2	0,2
Ailleurs	3 108	7,3	0,2
Ensemble	13 356	31,5	0,4
5° Ensemble des actes d'auxiliaires			
A domicile	68 040	160,6	—
Ailleurs	30 660	72,4	—
Ensemble	98 700	232,9	—

TABLEAU VII. — LA CONSOMMATION MÉDICALE GLOBALE (suite)

	Nombre d'actes consommés		Nombre de consommateurs
	Dans la France entière (en milliers)	Pour 100 personnes en un an	Pour 100 personnes en un mois
D. — ANALYSES DE LABORATOIRE	1	2	3
Examens d'urines courants	9 618	22,7	—
Examens de sang courants	6 216	14,7	—
Autres examens	1 218	2,9	—
Ensemble des analyses	17 052	40,3	2,7
E. — ORDONNANCES délivrées au cours des visites et consultations de médecin (entre parenthèses, proportion de chaque type d'actes de médecin comportant une ordonnance)			
1^o Chez le médecin de médecine générale			
Au cours d'une visite (81,9)	51 912	122,5	
Au cours d'une consultation (72,2)	43 344	102,3	
Au total (77,2)	95 256	224,8	
2^o Chez le spécialiste			
Au cours d'une visite (88,7)	1 974	4,7	
Au cours d'une consultation (54,0)	13 188	31,1	
Au total (56,9)	15 162	35,8	
3^o Au cours de l'ensemble des consultations et visites (73,6)	110 418	260,6	
F. — PRODUITS PHARMACEUTIQUES			
1^o Acquisitions individualisées			
Acquisitions sur ordonnance	262 584	619,8	
Acquisitions sans ordonnance	182 322	430,4	
Ensemble	444 906	1 050,2	28,8
2^o Acquisitions pour les besoins du ménage	57 246	135,1	
3^o Ensemble des acquisitions de pharmacie	502 152	1 185,3	
G. — ACTES DE DENTISTES			
Nombre total de séances de dentiste	77 532	183,0	5,8
Radiographies dentaires (3)	2 226	5,2	0,4
Prothèses dentaires (3)	2 730	6,4	0,5
H. — APPAREILS			
Acquisitions de lunetterie	4 830	11,4	1,0
Acquisitions d'appareils d'orthopédie, ban- dages, etc...	966	2,3	0,2
Acquisitions de prothèses auditives	126	0,3	ε
Ensemble des appareils	5 922	13,9	1,2

(1) Aucune personne interrogée n'ayant fait plus d'un séjour à l'hôpital dans le mois, les nombres d'actes et de consommateurs sont identiques.

(2) Les piqûres sont les seuls actes qui ont été pratiqués à domicile par les infirmières.

(3) Les nombres d'actes sont des chiffres « minimum » : la question posée ne permettait de repérer que les personnes ayant eu au moins une radiographie ou une prothèse au cours du mois. Les chiffres donnés ici à titre indicatif seraient exacts dans la mesure où aucun consommateur n'aurait eu plusieurs radios ou prothèses dans le mois.

TABLEAU VIII. — LES VISITES ET CONSULTATIONS DE MÉDECINS

NOMBRE D'ACTES NATURE DU MÉDECIN	Nombre de visites		Nombre de consultations		Ensemble des actes (V. + C.)	
	Dans la France entière en 1 an (en milliers)	Pour 100 personnes en 1 an	Dans la France entière en 1 an (en milliers)	Pour 100 personnes en 1 an	Dans la France entière en 1 an (en milliers)	Pour 100 personnes en 1 an
	1	2	3	4	5	6
1) Médecins de médecine générale.....	63 378	149,6	60 060	141,8	123 438	291,4
2) Médecins spécialistes (1).						
Ophthalmologistes	42	0,1	5 964	14,1	6 006	14,2
Otorhinolaryngologistes ...	252	0,6	4 494	10,6	4 746	11,2
Chirurgiens	420	1,0	1 680	4,0	2 100	5,0
Gynécologues	0	—	2 310	5,5	2 310	5,5
Pneumo-phtisiologues.....	168	0,4	1 638	3,9	1 806	4,3
Cardiologues	504	1,2	1 722	4,1	2 226	5,3
Neuropsychiatres	0	—	1 008	2,4	1 008	2,4
Pédiatres.....	714	1,7	1 638	3,9	2 352	5,6
Gastro-entérologues	0	—	840	2,0	840	2,0
Dermatologues	84	0,2	1 008	2,4	1 092	2,6
Autres spécialistes et impré- cis (2).....	42	0,1	2 100	5,0	2 142	5,1
Ensemble de ces spé- cialistes	2 226	5,3	24 402	57,6	26 628	62,8
3) RADIOLOGUES	84	0,2	6 888	16,3	6 912	16,5
4) ENSEMBLE DES MÉDE- CINS						
Total spécialistes (1) et radio- logues.....	2 310	5,5	31 290	73,8	33 600	79,3
Ensemble tous médecins sans les radiologues.....	65 608	154,9	84 462	199,4	150 066	354,2
Ensemble tous médecins y compris les radiologues	65 688	155,1	91 350	215,6	157 038	370,7

(1) Non compris les stomatologistes (assimilés aux dentistes).

(2) Y compris 2 consultations en dispensaire de médecin dont la nature n'a pas été précisée.

TABLEAU IX. — LES ACTES PRATIQUÉS AU COURS DES VISITES ET CONSULTATIONS DE MÉDECINS

Nombre d'actes effectués dans la France entière en un an (en milliers)	Actes effectués par le médecin de médecine générale			Actes effectués par le spécialiste (1)			Actes effectués par l'ensemble des médecins		
	Au cours des visites	Au cours des consultations	Dans l'ensemble V + C	Au cours des visites	Au cours des consultations	Dans l'ensemble V + C	Au cours des visites	Au cours des consultations	Dans l'ensemble V + C
A. — PROPORTION DES VISITES ET CONSULTATIONS COMPORTANT AU MOINS UN ACTE ASSOCIÉ	1 13,4 %	2 23,1 %	3 18,1 %	4 37,7 %	5 31,7 %	6 32,2 %	7 14,2 %	8 25,6 %	9 20,6 %
B. — NOMBRE D'ACTES ASSOCIÉS (2) faits par les médecins (en dehors du radiologue)									
Cuti-réactions	84	252	336	—	168	168	—	—	504
Vaccinations	798	3 696	4 494	84	294	378	882	3 990	4 872
Piqûres	6 426	1 974	8 400	—	420	420	6 426	2 394	8 820
Actes de pratique courante	588	1 680	2 268	420	2 730	3 150	1 008	4 410	5 418
Pansements	504	1 260	1 764	—	252	252	504	1 512	2 016
Divers (3)	—	1 008	1 008	—	336	336	—	1 344	1 344
Examens électriques (E.C.G.-E.E.G.)	42	252	294	168	966	1 134	210	1 218	1 428
Radioscopies	42	3 276	3 318	168	1 974	2 142	210	5 250	5 460
Radiographies	42	1 050	1 092	294	1 092	1 386	336	2 142	2 478
Séances de radio ou électro-thérapie	—	336	336	—	630	630	—	966	966
Ensemble des actes pratiqués faits par les médecins non radiologues (2)	8 526	10 584	23 310	1 134	8 862	9 996	9 660	23 646	33 306
C. — NOMBRE D'ACTES EFFECTUÉS PAR LE RADIOLOGUE (2)									
Radioscopies	—	—	—	—	714	714	—	714	714
Radiographies	—	—	—	84	3 108	8 192	84	3 108	3 192
Séances de radiothérapie et électrothérapie	—	—	—	—	3 066	3 066	—	3 066	3 066
Ensemble	—	—	—	84	6 888	6 972	84	6 888	6 972
D. — RÉCAPITULATION DES ACTES DE RADIOLOGIE (2)									
Radioscopies	42	3 276	3 318	168	2 688	2 856	210	5 964	6 174
Radiographies	42	1 050	1 092	378	4 200	4 578	420	5 250	5 670
Séances de radiothérapie et électrothérapie	—	336	336	—	3 696	3 696	—	4 032	4 032

(1) Non compris les stomatologistes (les radios dentaires sont exclues de ce tableau).

(2) En milliers, dans la France entière en 1 an.

(3) Ne sont pas comprises ici les analyses faites par le médecin.

Il est naturellement difficile d'exprimer en « quantité » la consommation pharmaceutique. Une telle expression ne prendrait un sens précis que si l'on indiquait les quantités consommées pour chaque produit, ou au moins pour des groupes de produits suffisamment homogènes (1). En fait, même quand de telles données pourront être fournies, on ne pourra tirer une vue globale de la consommation pharmaceutique sans additionner des données très hétérogènes.

On a donc pensé qu'il était d'un certain intérêt de présenter des renseignements sur le nombre de « produits » (2) acquis. Ce nombre de produits constitue en fait un assez bon « indicateur » des quantités consommées.

Dans cette optique, on a défini un « produit » comme : un achat d'un produit **déterminé** par sa dénomination exacte (3) (nom ou marque de la spécialité) et sa forme d'administration (cachet, ampoule..., etc...).

On observe ainsi qu'il a été acquis environ 12 produits par personne et par an ; au cours du mois 28,8 personnes sur 100 ont acquis des produits pour leur usage personnel (4).

On notera la très importante proportion des produits achetés qui n'ont pas été prescrits par une ordonnance : 41 % des produits destinés à une personne individualisée. On verra cependant que cette proportion est très différente lorsque l'on considère les dépenses de pharmacie, car le prix moyen des produits prescrits sur ordonnance est beaucoup plus élevé.

3. Les autres postes de la consommation médicale

Il aurait été effectué 40,3 **analyses de laboratoire** pour 100 personnes en un an. 2,7 personnes sur 100 ont fait pratiquer une analyse dans le mois. Il s'agit essentiellement d'analyses courantes d'urine (recherche de sucre ou de l'albumine) ou de sang (dosages d'urée, de glycémie, de cholestérol). Les analyses plus complexes restent peu fréquentes dans la pratique de la médecine de ville.

Au cours du mois, 1,6 personnes sur 100 seulement ont eu recours à une **infirmière**. En fait deux fois moins de personnes ont fait appel à une infirmière qu'à un médecin spécialiste. Les seuls soins à domicile demandés à des infirmières sont des piqûres. Tous les autres actes ont été pratiqués dans le cadre d'un établissement : consultation d'hôpital, dispensaire, infirmerie d'usine, etc... Il faut souligner en particulier qu'aucun cas de garde malade n'a été relevé dans l'enquête. L'absence d'un tel type de service explique que l'hospitalisation soit indispensable dès qu'un malade exige des soins dont la continuité ou la technicité dépasse les possibilités des membres de sa famille.

Les soins des **masseurs** et **kinésithérapeutes** sont donnés dans la plupart des cas au cabinet de l'auxiliaire.

Les **sages-femmes** ont une activité peu importante.

La part des **autres auxiliaires** est appréciable. Il s'agit ici de tous les soins donnés par des personnes non diplômées, ne faisant pas partie du

(1) L'enquête permettra de fournir de telles données, mais leur exploitation complexe n'a pu être effectuée dans le cadre de ce premier compte rendu.

(2) La dénomination de « produit » est à peu près justifiée, étant donné que les achats de « produits » pharmaceutiques représentent de très loin la part la plus importante des achats pharmaceutiques par rapport aux achats de petit matériel.

(3) Cette définition ne diffère de celle de l'unité de vente (tube, flacon, boîte, paquet...) que dans la mesure où dans certains cas, la personne pourra avoir effectué un achat de plusieurs unités de vente d'un produit ; ainsi un achat de deux tubes d'aspirine comptera pour un produit.

(4) Étant exclues les acquisitions faites pour les besoins généraux du ménage (produits de pansements, antiseptiques, etc... constituant le fond de « l'armoire à pharmacie »).

TABLEAU X. — LES EXAMENS SYSTÉMATIQUES

	Nombre dans la France entière en 1 an (en milliers)	Nombre pour 100 personnes intéressées en 1 an
	1	2
A. — MÉDECINE DU TRAVAIL (pour 10 027 500 personnes intéressées en France d'après l'enquête) ⁽¹⁾		
Nombre d'examens.	7 098	70,8
Actes effectués au cours de ces examens.		
Examen médical.	5 502	54,9
Radioscopie.	4 788	47,7
Radiographie et Radiophoto.	756	7,5
Analyse.	1 638	16,3
Cuti-réaction.	84	0,8
Examen dentaire.	1 134	11,3
Autres actes.	—	—
B. — MÉDECINE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE (pour 9 663 500 personnes intéressées en France entière d'après l'enquête) ⁽²⁾		
Nombre d'examens.	10 248	106,0
Actes effectués au cours de ces examens		
Examen médical.	8 526	88,2
Radioscopie.	2 730	28,3
Radiographie et radiophoto.	336	3,5
Analyse.	2 604	26,9
Cuti-réaction.	5 040	52,2
Examen dentaire.	4 746	49,1
Autres actes.	966	10,0
C. — CONSEILS DE RÉVISION (pour 294 000 personnes intéressées en France entière) ⁽³⁾		
Nombre d'examens.	294	98,8
Actes effectués au cours de ces conseils de révision		
Examen médical.	294	98,8
Radioscopie.	84	28,2
Radiographie et radiophoto.	—	—
Analyse.	84	28,2
Cuti-réaction.	—	—
Examen dentaire.	84	28,2
Autres actes.	—	—
(1) Salariés de l'industrie du commerce et des administrations publiques et privées.		
(2) Enfants de 5 à 14 ans et jeunes gens poursuivant leurs études.		
(3) De sexe masculin dans leur 2 ^e année (estimation faite à partir des statistiques démographiques et non à partir de l'enquête).		

ménage, essentiellement des parents amis ou voisins (1). Les actes pratiqués sont surtout des piqûres. Dans cette catégorie se trouvaient également des personnes pratiquant illégalement la médecine, mais l'évaluation de leur activité est naturellement affectée d'une erreur systématique importante.

Le nombre des séances de **soins dentaires** chez le dentiste ou le stomatologiste, est presque aussi élevé que celui des consultations de médecins. Il correspond à 1,8 séance par personne et par an. Mais comme il s'agit souvent de séries de séances, la proportion de personnes ayant fréquenté le dentiste est plus faible : 5,8 personnes sur 100 ont vu le dentiste dans le mois. Le nombre des prothèses dentaires établies serait de 6 par an pour 100 personnes.

On ne considère dans la **lunetterie** que les lunettes correctrices. Une personne sur 100 a fait un achat de lunetterie dans le mois. Les achats d'appareils orthopédiques, bandages, prothèses auditives sont peu nombreux.

4. Les examens systématiques obligatoires

On a isolé les examens systématiques obligatoires, classés en trois catégories : la médecine du travail (examens périodiques, examens d'embauche, examens après interruption de travail) la médecine scolaire, le conseil de révision. Les examens ou soins qui ont pu être pratiqués dans le cadre de cette organisation médicale, mais en dehors de ces examens obligatoires (consultation d'un médecin du travail, soins dans une infirmerie d'usine ou de lycée, etc...) ont été inclus dans les catégories antérieurement considérées.

Le tableau X présente les renseignements fournis par l'enquête, sur le nombre de ces examens, et les actes pratiqués à leur occasion. On s'est efforcé de déterminer le nombre de personnes enquêtées soumises en principe à ces examens obligatoires. On observe ainsi que le nombre des examens de la médecine scolaire et universitaire est de 106 par an pour 100 enfants ou jeunes gens intéressés. Ce fait n'est pas surprenant ; l'examen médical et une cuti-réaction peuvent en effet être pratiqués au cours de deux séances pour un même enfant. En médecine du travail par contre on n'observe que 70 examens pour 100 personnes en principe intéressées.

Parmi les actes pratiqués au cours de ces examens on doit souligner que le nombre des radioscopies demeure très élevé.

B. — LA PRODUCTION MÉDICALE

Considérer la « production » médicale (2) c'est étudier quelles sont les « entreprises » (3) qui fournissent les divers services et biens. On est alors conduit à analyser l'ensemble de ces services et biens selon des catégories différentes de celles qu'implique l'étude de la consommation. L'enquête n'a pas été conçue dans cette optique, mais elle apporte cependant des résultats nouveaux qui méritent d'être donnés.

Le tableau XI montre la part de la production des services médicaux qui revient à chaque type d'« entreprise ». Leur classification est fondée sur

(1) Habitant hors du ménage. Les actes des personnes du ménage, correspondant à une « autoconsommation » n'ont pas été relevés.

(2) En réalité on devrait parler de l'appareil de « production et distribution », les pharmacies étant avant tout des entreprises de distribution.

(3) Le terme d'« entreprise » est entendu au sens qui lui est donné en comptabilité nationale : organismes dont l'activité est orientée vers la vente de services et de biens (entreprises individuelles ou collectives, privées ou publiques).

leurs caractéristiques techniques plutôt que sur leur statut juridique qu'il est souvent difficile de préciser. Sur ce dernier point cependant le tableau permet de dégager quelques indications. En effet on peut distinguer trois types principaux de statuts juridiques des entreprises : elles peuvent être privées à but lucratif, privées à but non lucratif (gérées par des associations : Croix-Rouge, mutuelles, associations professionnelles ou confessionnelles, etc...) ou publiques.

On peut considérer dans leur ensemble comme entreprises privées à but lucratif : tous les cabinets de médecins, auxiliaires et dentistes (1), les laboratoires et les pharmacies (2). Un nombre appréciable de cliniques sont par contre gérées par des associations privées à but non lucratif.

On peut considérer dans leur quasi-totalité comme entreprises à but non lucratif : les dispensaires, les hôpitaux, les services de médecine systématique. Dans la majorité des cas ces services sont de statut public. Mais certains sont gérés par des associations. La médecine du travail est assurée par des services de statut privé, non lucratifs, dont l'organisation dans le cadre de toute entreprise est obligatoire. La plupart des services regroupés sous la rubrique « autres » relèvent d'organisations collectives (consultations de nourrissons, séances de vaccination dans les mairies, centres mobiles, etc...).

On a détaillé dans ce tableau la répartition, non seulement des visites et consultations, mais des divers actes pratiqués à leur occasion. Les hospitalisations n'y sont pas étudiées et l'on soulignera à nouveau que les actes pratiqués au cours des hospitalisations de malades ne sont pas comptés ici. On n'a pas indiqué non plus les ventes de produits et appareils qui sont dans leur ensemble effectuées dans des entreprises spécialisées, privées à but lucratif (pharmacies, opticiens, orthopédistes).

Ces données conduisent à faire quelques remarques.

Lorsque l'on considère les visites et consultations de **médecins**, on observe que les organisations de médecine collective ne font qu'une très faible concurrence aux médecins libéraux. Ceux-ci effectuent à peu près la totalité des visites. En ce qui concerne les consultations de médecine générale, 86 % sont faites dans les cabinets privés. La proportion des consultations faites à l'hôpital (2 %) ou au dispensaire (4 %) est très faible. La part des médecins libéraux est à peine moins forte (79 %) lorsque l'on considère les consultations de spécialistes ; cependant la part des consultations hospitalières devient dans ce cas un peu plus importante (10 %), celle des autres organisations collectives restant minime. Notons cependant que cette situation n'est pas identique dans toute la France : à Paris les consultations hospitalières ont un rôle notable.

Soulignons que l'on a naturellement classé à part les examens de médecine systématique dont le nombre est important, mais qui ne peuvent être assimilés à des consultations.

Dans le domaine de la **radiologie** (3), par contre, les cabinets de radiologues spécialistes ne semblent pas occuper une place prédominante. On doit indiquer cependant que les données concernant la radiologie doivent être considérées avec prudence en raison de la faible importance de l'échantillon.

Il est normal que ces spécialistes n'effectuent qu'une faible proportion des radioscopies. Les médecins non radiologues, généralistes ou spécialistes, en pratiquent le tiers. La plus grosse part (55 %) revient à la médecine systématique scolaire, et surtout du travail.

(1) A l'exception des cabinets médicaux des Mines et de la S.N.C.F., et de certains centres de soins.

(2) A l'exception des pharmacies mutualistes qui sont peu nombreuses.

(3) Cf. note (1), p. 31.

TABLEAU XI. — LA PRODUCTION

Actes effectués dans la France entière en un an (en milliers)	Médecins sauf radiologues et stomatologistes	Radiologues	Infirmières	Masseurs Sages-femmes Autres Auxiliaires	Dentistes stomatologistes	Laboratoires d'analyses	Pharmacies
	1	2	3	4	5	6	7
Actes de médecine générale							
Consultations.....	51 996						
Visites.....	63 378						
Actes de spécialistes							
Consultations.....	19 278						
Visites.....	2 226						
Ensemble. Tous les médecins.	136 878						
Examens médicaux systématiques							
Investigations							
Radioscopies.....	4 368	168					
Radiographies.....	1 596	2 058			2 226		
Examens électriques.....	672			168			
Cuti-réactions.....	336						
Analyses.....	1 302					6 258	7 560
Soins							
Piqûres.....	8 400		61 782	14 742		1 008	
Actes de pratique courante....	4 242						
Vaccinations.....	2 772						
Pansements.....	1 848						
Radiothérapie et électrothérapie	798	1 554					
Massages.....				5 838		336	
Soins de sages-femmes.....				756			
Autres actes.....	1 260			1 260		42	
Soins dentaires							
Séances de soins.....					77 532		
Prothèses dentaires.....					2 730		

DES SERVICES MÉDICAUX

Cliniques privées	Dispen- saires	Hôpitaux	Services médicaux scolaires d'entre- prises ou de l'armée	Examens systématiques				Autres	Total
				Médecine du Travail	Médecine scolaire et uni- versitaire	Conseils de révision	Total des examens systéma- tiques		
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
168	2 520	1 260	2 058					2 058	60 060 63 378
840	1 134	2 520	210					294	24 402 2 226
1 008	3 654	3 906	2 268					2 352	150 066
				5 502	8 526	294	14 322		14 322
294	1 008 294	168 1 134	252 126	4 788 756	2 730 336	84	7 602 1 092	210 168	13 776 8 988
1 512	168 294 1 050	378 378 588	126 42	84 1 638	5 040 2 604		5 124 4 326	84 168 294	3 108 5 880 21 378
378	2 982 336 798	756 420 84	2 688 42 126					1 302	93 660 5 418 4 872
126		336	420						2 730
1 008		168	504						4 032
	1 176 42	336 84 84	1 092						8 778 882
					966		966	336	3 948
									77 532 2 730

Mais les examens radiographiques sont dans leur ensemble pratiqués également en des lieux très divers. 23 % de ces examens seulement seraient pratiqués dans les cabinets des radiologues, 18 % chez les médecins non radiologues, 13 % dans les consultations d'hôpitaux, 12 % au cours des examens systématiques, 25 % seraient pratiqués chez les dentistes. Cette dernière catégorie assez particulière mérite naturellement d'être isolée, et si l'on ne considère que les radiographies médicales, les radiologues en effectueraient 30 %. Ces proportions seraient aussi modifiées si l'on envisageait la valeur des actes et non leur nombre. C'est dans la pratique des traitements d'électrothérapie et de radiothérapie que les cabinets de radiologue conservent la place la plus importante (39 %), partageant cette activité avec les médecins non radiologues (20 %) et cette fois les cliniques privées (25 %).

Les **analyses** sont effectuées en presque aussi grand nombre dans les laboratoires (29 %) que dans des pharmacies (35 %). Dans ce cas également la proportion est nettement différente lorsque l'on considère la valeur des actes et non leur nombre. La prédominance des laboratoires spécialisés est alors très marquée.

On pourra encore noter qu'un peu plus de la moitié des vaccinations (57 %) est pratiquée par le médecin libéral, les autres étant partagées entre les dispensaires et des organismes divers (séances dans les mairies, etc...). Par contre la très grosse majorité des cuti-réactions est pratiquée par la médecine scolaire (86 %). Les deux tiers des piqûres sont effectués par les infirmières, une forte part par les auxiliaires bénévoles (16 %) et très peu dans les services de médecine collective.

C. — LES PRIX

On n'étudiera ici les prix que de certains services médicaux. En effet il est des prix qui sont très bien connus.

Les prix des produits pharmaceutiques sont fixés avec précision et dans bien des cas leur évolution a les mêmes caractères que ceux de l'industrie chimique en général, où les accroissements de productivité entraînent une baisse des prix de revient. Si ce mouvement est plus difficile à caractériser par un indice de prix, c'est seulement parce que la structure de la consommation pharmaceutique est mal connue et évolue rapidement. Cette enquête apportera d'ailleurs sur ce point de précieuses indications.

Les prix des services hospitaliers dans les établissements publics sont également bien connus et leurs accroissements constants sont avant tout commandés par la nécessité de suivre un progrès technique très rapide et coûteux (1). Les prix pratiqués dans les établissements privés sont, eux, mal connus, en raison d'une décomposition des éléments du prix total des services fournis très différente de celle des établissements publics. Mais on a déjà indiqué que cette enquête ne pouvait apporter de données précises sur le secteur hospitalier.

Enfin la tarification d'actes très différenciés tels que les analyses, les radiographies, les actes de spécialité repose en fait et de façon très générale sur les nomenclatures et tarification de la Sécurité Sociale. La « distribution » de ces prix ne peut que suivre de très près celle de ces tarifs. Le nombre de ces actes dans l'enquête n'est pas assez grand et leur nature n'est pas connue avec assez de précision pour qu'il soit possible de comparer ces distributions.

(1) Les moyens de tels progrès techniques étant représentés par des dépenses de personnel plus encore que par des dépenses de matériel ou produits.

On étudiera donc essentiellement les prix de la visite et de la consultation de médecin, et l'on donnera quelques indications sur les prix des actes d'autres praticiens et auxiliaires.

I. Les prix des visites et consultations de médecins

En étudiant des **prix** on considère une notion qui est, surtout dans le domaine des dépenses médicales, très différente de la notion du **coût** pour le client. On s'efforce en effet de se placer dans l'optique du producteur et de se rapprocher autant que possible de la notion de tarif telle qu'elle est conçue par exemple dans l'établissement des conventions entre la Sécurité Sociale et les médecins. Entendus dans ce sens, les tarifs ne pouvaient être observés avec précision par une enquête conçue avant tout pour étudier la dépense des consommateurs. Les données qu'elle fournit seront présentées à titre indicatif.

a) La méthode d'étude

Pour saisir de façon satisfaisante les prix des actes de médecins, il était nécessaire de n'étudier qu'un échantillon d'actes répondant à des conditions précises. Seules ont été retenues :

— les visites et consultations entièrement payantes : on a donc éliminé les actes gratuits ou comportant un tiers payant partiel ou total.

— les visites et consultations ne comportant aucun acte associé tel que radiographie, acte de pratique courante, etc...

— les visites et consultations payées seules,

— les visites et consultations de médecins exerçant à titre privé et libéral ; on a donc éliminé les consultations pratiquées dans des organismes collectifs (hôpitaux, dispensaires, etc...).

Ces prix de consultations et visites ne correspondent pas exactement aux tarifs entendus dans le sens que peuvent leur donner les syndicats médicaux ou les conventions. En effet :

— Lorsque le médecin a examiné **deux** malades et n'a demandé que le prix d'**une** visite ou consultation la dépense a été partagée entre les deux malades et le prix diminué de moitié. Ces cas n'ont pu être retirés de l'échantillon. Ils sont peu nombreux et concernent surtout des visites. Ils contribuent à en abaisser légèrement le prix moyen.

— Les indemnités kilométriques n'ont pas été isolées et restent comprises dans les prix des visites. Ce prix en est donc nettement accru dans les régions rurales.

— Les visites de nuit et du dimanche sont comprises dans l'échantillon.

— Enfin l'échantillon contient naturellement les cas d'honoraires élevés qu'autorise la qualification particulière des médecins ayant des titres hospitaliers ou universitaires.

Le tableau XII présentent les résultats de l'étude des prix. Il indique la distribution des prix des consultations et visites de médecine générale et des consultations de spécialistes, les prix moyens, les prix correspondant à la médiane et également aux 1^{er} et 3^e quartiles.

b) Caractéristiques des prix des visites et consultations

Les prix des consultations de médecine générale sont ceux qui présentent la plus faible dispersion. Le prix moyen est de 8,66 NF, le prix médian de 8 NF. Le prix le plus élevé observé dans l'enquête a été de 40 NF.

Les prix des visites de médecine générale sont un peu plus dispersés. Rappelons qu'ils contiennent les indemnités kilométriques. Le prix moyen est de 10,89 NF. Le prix médian est de 10 NF. Le prix maximum observé est de 150 NF.

TABLEAU XII. — PRIX DES VISITES ET CONSULTATIONS DE MÉDECINS

	Médecins de médecine générale		Médecins spécialistes
	Visites au domicile du malade	Consultations privées (au domicile du médecin)	Consultations privées (au domicile du médecin)
	1	2	3
Pour 100 visites ou consultations :			
Moins de 5,50 NF	3,5	2,7	1,8
De 5,50 à moins de 6,50 NF.	2,3	16,2	
De 6,50 à moins de 7,50 NF.	5,4	17,6	9,2
De 7,50 à moins de 8,50 NF.	10,8	31,5	0,3
De 8,50 à moins de 9,50 NF.	14,6	4,7	5,6
De 9,50 à moins de 11,00 NF.	27,4	12,6	17,3
De 11,00 à moins de 13,50 NF.	14,8	7,7	27,6
De 13,50 à moins de 16,50 NF.	14,9	4,3	6,7
De 16,50 à moins de 18,50 NF.	3,5	0,8	19,8
De 18,50 à moins de 22,50 NF.	2,0	1,2	2,1
De 22,50 à moins de 27,50 NF.	0,8	0,7	2,5
De 27,50 à moins de 35,00 NF.			7,1
De 35,00 et plus NF.			
TOTAL	100,0	100,0	100,0
Nombre total de visites et de consultations :			
France entière en 1 an	45 234 000	34 566 000	11 886 000
Dans l'enquête	1 077	823	283
Prix moyen	10,89 NF	8,66 NF	17,20 NF
1^{er} Quartile	9 NF	7 NF	12 NF
Prix médian	10 NF	8 NF	15 NF
3^e Quartile	13 NF	10 NF	20 NF

Les prix des consultations de spécialistes (1) sont extrêmement dispersés. La notion de prix moyen n'a pas de sens en raison de l'hétérogénéité des types de praticiens. On ne le donnera qu'à titre indicatif : il serait de 17,20 NF.

(1) Rappelons que la qualification de spécialiste a été indiquée par les enquêtés et peut ne pas répondre aux notions réglementaires ou professionnelles.

La distribution est naturellement discontinue : seul les prix **ronds** sont pratiqués. Ainsi on observe 19,5% de consultations au prix de 20 NF, 2,0% à 25 NF, 2,4% à 30 NF, 4,1% à 40 NF, 1,4% à 50 NF. Le maximum observé est de 60 NF. L'enquête confirme que les prix pratiqués sont variables selon les différentes spécialités. L'échantillon dont nous disposons n'est pas assez important pour permettre une étude précise. Il apparaît cependant que les spécialistes d'ophtalmologie, de pédiatrie, de gynécologie obstétrique, de dermatologie demandent des prix très nettement inférieurs dont la médiane se situerait vers 14 NF. Mais les prix médians des consultations de pneumo-physiologues, cardiologues, gastroentérologues, neuro-psychiatres se situeraient vers 19 à 20 NF.

TABLEAU XIII. — **PRIX MOYENS DES VISITES ET CONSULTATIONS DE MÉDECINS SELON LA CATÉGORIE DE COMMUNE**

Prix moyens en NF	Visites de médecine générale	Consultations de médecine générale	Consultations de spécialiste
Communes rurales	11,85	7,86	16,63
Unités urbaines de moins de 10 000 habitants	9,49	7,12	17,47
Unités urbaines de 10 à 100 000 habitants.	9,42	7,64	15,55
Ensemble des unités urbaines de de moins de 100 000 habitants.	10,62	7,68	16,29
Unités urbaines de 100 à 200 000 habitants.	9,93	8,45	14,26
Unités urbaines de plus de 200 000 habitants (Paris excepté)	9,86	9,09	16,78
Agglomération parisienne	14,05	11,71	15,89
ENSEMBLE	10,89	8,57	16,12

c) Les prix des consultations et visites selon la région et la catégorie de commune

Il est intéressant d'étudier les prix moyens des consultations et visites selon les catégories de communes et les régions. Cette étude est en effet nécessaire si l'on veut tenter un rapprochement des prix observés dans l'enquête et des tarifs retenus en 1960 dans les conventions entre la Sécurité

TABLEAU XIV. — PRIX MOYENS DES VISITES ET CONSULTATIONS DE MÉDECINS SELON LA RÉGION

Prix moyens en NF	Visites de médecine générale	Consultations de médecine générale	Consultations de spécialistes
Région de Paris.	13,30	11,50	16,93
Région du Nord.	9,44	7,74	13,61
Région de l'Ouest.	10,59	7,87	15,92
Région du Nord-Est.	10,35	6,98	12,22
Région du Centre.	11,55	7,99	13,77
Région du Centre-Est.	11,27	8,18	18,09
Région du Sud-Est.	10,32	8,88	18,54
Région du Sud-Ouest.	10,42	7,31	16,79
Ensemble.	10,89	8,57	16,12

Sociale et les médecins, qui s'efforçaient d'ajuster ces tarifs aux prix réels, pour assurer un remboursement correct des assurés.

Les tableaux XIII et XIV présentent ces données. Mais on doit indiquer que dans ces tableaux les consultations en établissements de médecine collective (hôpitaux, dispensaires) n'ont pas été exclues de l'échantillon comme elles l'ont été pour l'établissement du tableau XII. Ce fait n'a d'incidence que sur le prix moyen des consultations de spécialistes à Paris, qui en est sensiblement abaissé (1).

On peut faire un rapprochement entre les prix moyens selon les catégories de communes et les tarifs de conventions indiqués dans le tableau XV.

TABLEAU XV

Tarifs des conventions (1960)	V ₁ : Visite de jour, en semaine sans indemnité kilométrique	C ₁ : Consultation de médecine générale	C ₂ : Consultation de spécialiste qualifié
Seine et Seine-et-Oise (zone I). ...	13 NF	10 NF	20 NF
Lyon et Marseille.	12 NF	9 NF	18 NF
Villes de plus de 100 000 habitants	10 NF	8 NF	16 NF
Reste de la France.	9 NF	7 NF	14 NF

On sait quelles réserves appellent un tel rapprochement, car les différences entre les définitions des actes doivent amener normalement à observer des prix moyens dans l'enquête supérieurs aux tarifs.

Paris mis à part, les prix moyens des visites de médecine générale varient peu selon l'importance des agglomérations. (Les indemnités kilométriques élèvent naturellement de façon marquée le prix moyen dans les communes rurales). Alors que les prix moyens des consultations de médecine générale présentent des disparités plus marquées. Les prix moyens

(1) A l'hôpital en effet le prix d'une consultation de spécialiste est identique à celui d'une consultation de médecine générale.

des consultations de spécialistes doivent être considérés avec prudence, l'échantillon étudié étant peu important, et la définition du spécialiste peu précise. Ils semblent ne pas varier beaucoup selon l'importance des agglomérations. Ils varieraient davantage selon les régions comme le montre le tableau XIV. Ainsi qu'on l'a dit le prix moyen de la consultation de spécialiste à Paris ne peut être interprété.

Dans la limite des indications que peuvent fournir ces prix moyens il semble que les prix pratiqués par les médecins correspondent sensiblement aux tarifs des conventions. D'une façon générale la disparité entre les prix pratiqués à Paris et en province est un peu plus marquée que celle retenue par les conventions. Mais on sait qu'il existe à Paris une proportion plus forte de médecins possédant des titres et pratiquant des prix plus élevés.

On doit remarquer que dans l'ensemble, la proportion des honoraires notablement supérieurs aux tarifs des conventions est faible :

1,9 % des consultations de médecine générale, et 2,6 % des visites de médecine générale, atteignent ou dépassent un prix de 20 NF. 9,8 % des consultations de spécialistes auraient un prix égal ou supérieur à 30 NF. Mais les consultations de spécialistes ne représentent que le 1/6 des actes de médecins. Les cas où les niveaux de prix que l'on vient d'indiquer sont atteints ou dépassés représenteraient 3,5 % de l'ensemble des consultations et visites de médecins.

2. Les prix des soins d'auxiliaires

Un prix moyen ne peut en fait être interprété que s'il correspond à un acte bien précisé. Ainsi une piqûre est un acte précis et l'on a pu calculer son prix moyen : il serait de 2,15 NF. Le prix minimum observé étant de 0,35 NF, le maximum de 6 NF. Notons que ces prix correspondent le plus souvent à la moyenne calculée sur le prix d'une série de piqûres. Les piqûres effectuées dans des dispensaires sont comprises dans l'échantillon mais on sait qu'elles représentent une faible proportion. On doit considérer aussi qu'une part de ces actes est effectuée par des auxiliaires congréganistes dont la rétribution est souvent laissée à l'appréciation du malade. Dans l'ensemble ces prix sont un peu inférieurs à ceux qui sont admis par la nomenclature de la Sécurité Sociale : 2,35 à 3,50 NF selon les zones ⁽¹⁾.

On n'a pas pu calculer le prix d'actes de masseurs caractérisés de façon précise. Dans leur ensemble, les prix de ces actes s'échelonnent de 2,25 à 17,40 NF. La moyenne étant de 5,58 NF. Dans la nomenclature de la Sécurité Sociale, les tarifs de la majorité des actes des masseurs se situent entre 2,90 et 11,50 NF ⁽²⁾.

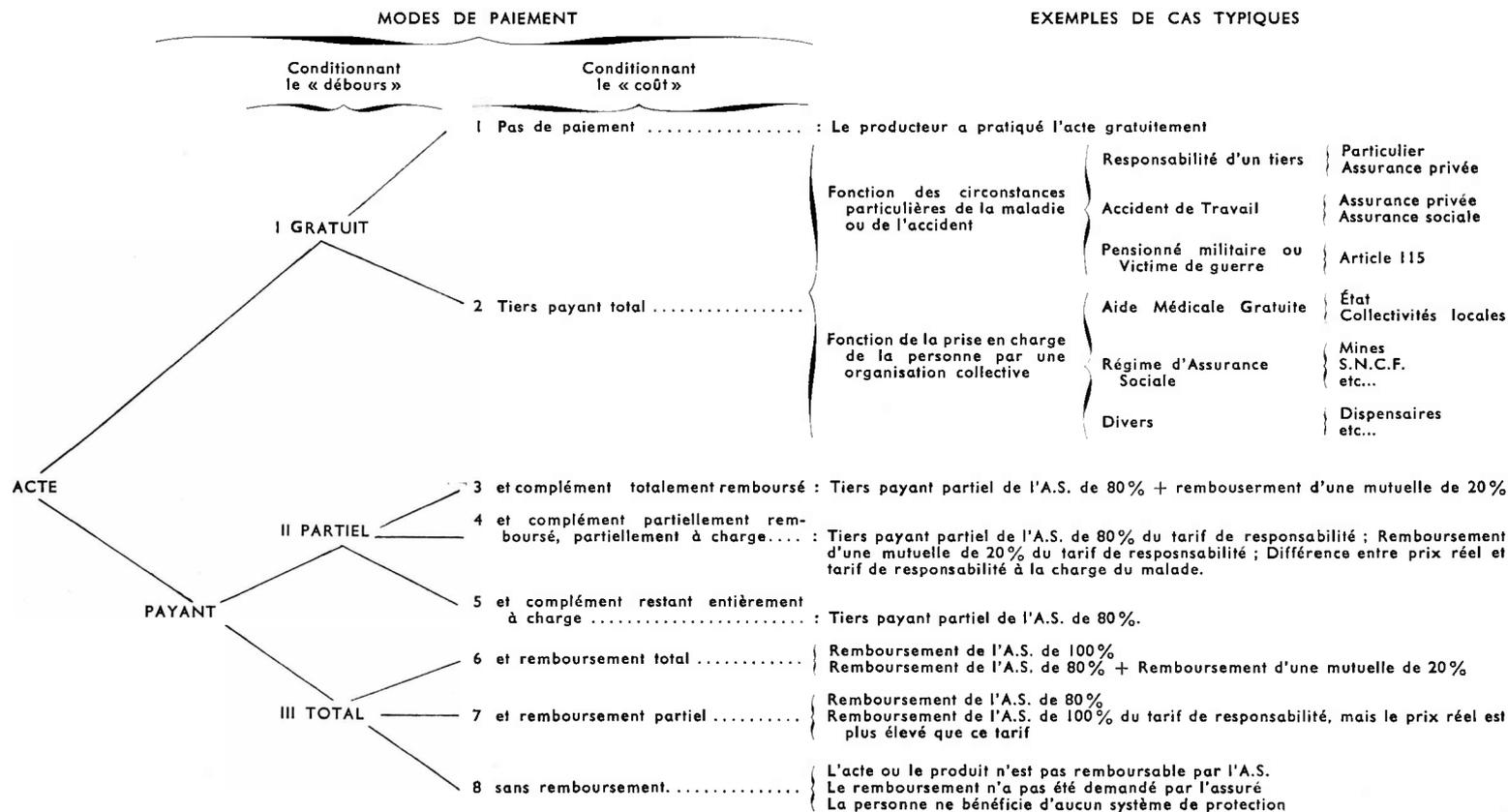
3. Les soins dentaires

Les prix des actes de dentistes et stomatologistes s'échelonnent selon une nomenclature très étendue, et des actes divers peuvent être pratiqués au cours d'une même séance. Il n'est donc guère légitime de parler d'un prix moyen de la séance de soins dentaires. Par ailleurs une étude sur ce point n'a encore été tentée que sur un échantillon réduit. Les prix moyens ainsi observés doivent donc être considérés avec prudence et l'on ne peut leur accorder qu'une valeur indicative. Ils ont été calculés en ne retenant que les séances qui ne comportaient ni radiographie ni prothèse. On doit constater cependant qu'ils sont peu dispersés, le minimum étant de 8,90 NF et le maximum 20,00 NF. Le prix moyen de la séance ressortirait alors à 11,74 NF.

(1) Lettre clé : AMI \times 1.

(2) Lettre clé : AMM \times 1,5 à 3.

TABLEAU XVI. — LES MODES DE PAIEMENT DES DÉPENSES MÉDICALES



D. — LES MODES DE PAIEMENT DES DÉPENSES MÉDICALES

L'étude et le choix des modes de paiement des dépenses médicales représentent le problème premier qui se pose aux organismes sociaux. Il se ramène à trois points.

— Le paiement sera-t-il effectué directement par l'organisme d'assurance au producteur (tiers payant) ou sera-t-il effectué par l'assuré et ultérieurement remboursé par l'organisme.

— L'organisme d'assurance règlera-t-il la dépense en totalité, ou en laissera-t-il une certaine part, à déterminer, à la charge du malade (ticket modérateur).

— Quel « tarif de responsabilité » (1) choisira l'organisme d'assurance. Et ce problème se posera dans des conditions différentes selon que ces prix seront officiellement fixés (prix de journée des hôpitaux publics) réglementairement taxés (produits pharmaceutiques) négociés par convention (actes de médecins) ou totalement libres.

On conçoit que les organismes sociaux se préoccupent de connaître les phénomènes économiques liés à de telles décisions, c'est-à-dire les conséquences de ces décisions, d'une part sur la consommation médicale des particuliers, d'autre part sur la production et les prix. Mais il est évident qu'en raison de la multiplicité des modalités de paiement auxquelles on a abouti il est difficile de mesurer les effets des facteurs économiques en ce domaine. Cette enquête nous apporte des éclaircissements sur de nombreux points mais on ne peut dire encore à quel degré elle nous permettra de pousser l'analyse de ces mécanismes.

I. Le « prix » des services et biens médicaux

Dans le cas le plus général de l'économie, le prix est une notion commune au vendeur et au consommateur et il prend pour tous deux une valeur identique. Il n'en est pas de même dans le domaine de l'économie médicale.

Le prix n'a de sens et ne garde une valeur constante que lorsqu'il est considéré du point de vue du producteur. C'est dans cette optique que l'on s'est efforcé de se placer dans la section précédente.

Lorsqu'on se place du point de vue du consommateur ce sont deux notions différentes qui doivent être considérées :

Le débours (2), somme que le consommateur doit verser au producteur.

Le coût (3), somme qui restera en définitive à sa charge (3).

Le tableau XVI, s'efforce de classer les différents modes de paiement qui conditionnent les débours et les coûts pour le malade consommateur. On voit que dans le cas d'un acte gratuit, le débours et le coût sont nuls, quelque soit le prix. Dans le cas du tiers payant partiel, le débours est inférieur au prix, et le coût égal ou inférieur au débours. Dans le cas de l'acte payant, le débours est égal au prix et le coût égal ou inférieur au prix et au débours.

Dans la partie droite de ce tableau on a donné des exemples de ces modes de paiement. Naturellement, en raison de la superposition possible

(1) C'est à dire le tarif admis par l'organisme et sur la base duquel il calculera ses paiements ou remboursements.

(2) Ces terminologies peuvent entraîner quelques confusions. Le **prix** se rapporte toujours à une unité de service ou de bien (prix d'un acte, d'un produit) la totalisation des prix des services ou biens consommés s'exprime en une **dépense**, de même faudrait-il distinguer d'une part le **débours unitaire** et le **débours total**, d'autre part le **coût unitaire** et le **coût total**.

(3) On pourrait estimer qu'il doit être tenu compte des cotisations versées. Mais, sauf en ce qui concerne les primes des assurances privées qui posent alors le problème particulier du prix des assurances, ces cotisations n'apparaissent pas dans les budgets des ménages.

de l'action de plusieurs organismes ⁽¹⁾, des taux de remboursement différenciés, des écarts variables entre les tarifs de responsabilité et les prix réels, les cas possibles sont beaucoup plus nombreux.

C'est selon la classification à laquelle conduit le schéma tracé dans le tableau XVI, que l'on s'est efforcé de présenter les données fournies par l'enquête sur les modes de paiement des divers services et produits médicaux (tableaux XVII et XVIII).

On peut constater que la proportion des divers modes de paiement est assez sensiblement différente selon les divers postes. Rappelons en premier lieu que les frais d'hospitalisation, qui ne sont pas considérés dans ce tableau, sont pour leur plus grande part réglés par tiers payant total, pour une part moindre par tiers payant partiel, et pour une très faible part payés entièrement par le malade.

Mais on observe aussi que les actes gratuits ⁽²⁾ ne représentent qu'une faible part des visites (12 %) ou des soins dentaires (8 %) alors qu'ils représentent le quart des consultations et la moitié des radiographies.

Le tiers payant partiel ne joue qu'un faible rôle en dehors de l'hospitalisation.

Le tiers payant reste peu fréquent en ce qui concerne la pharmacie. Les remboursements même ne s'appliquent qu'à 40 % des produits consommés par l'ensemble de la population, mais représentent ainsi qu'on peut le voir sur le tableau XXI, 74 % de leur valeur.

Il est intéressant de considérer la part de ces divers types de services, dont les dépenses sont couvertes, en tout ou en partie, par les Assurances Sociales et les Mutuelles. C'est ce qu'indique le tableau XIX.

Mais on doit naturellement considérer que les conditions de paiement sont assez différentes selon les divers régimes d'Assurances Sociales. Le tableau XX étudie la fréquence des divers modes de paiement des actes de médecins — ensemble des consultations et visites de généralistes et de spécialistes — selon les divers régimes.

La proportion des actes gratuits est très faible dans le régime des fonctionnaires. Elle est importante dans le régime des invalides (Art. 115), et dans le régime de la S.N.C.F. dont le personnel actif bénéficie d'un service médical gratuit. C'est naturellement dans le régime minier qu'elle est la plus forte.

2. Les débours des particuliers

On peut se demander si le « débours » imposé au particulier a une influence sur sa consommation. C'est discuter de l'incidence du choix entre le remboursement à 100 % et le tiers payant. Cette influence n'est sans doute pas négligeable, et peut tenir à deux ordres de faits.

Elle peut tenir à la gêne entraînée par le débours. L'avance d'une somme importante sera une charge d'autant plus lourde que le revenu de la personne sera plus faible et le délai de remboursement plus long.

Elle peut tenir aussi à l'ignorance de ce que sera en définitive le coût final. Soit que l'assuré soit mal informé de ses droits ; soit que ses droits ne puissent, effectivement, être précisés : par exemple, c'est en fonction du diagnostic qui sera porté, ou de la durée du séjour à l'hôpital que sera accordé un remboursement à 100 % au lieu de 80 %.

Dans le tableau XXI, est indiqué le **débours total** auquel les ménages ont dû faire face, tel qu'il peut être calculé à partir des résultats des carnets de comptes, pour une année et l'ensemble de la population couverte par

(1) Cf. chap. II, p. 16.

(2) On trouvera une étude plus détaillée des actes gratuits dans le compte rendu de cette enquête présenté dans le n° 1, 1962, d'*Études statistiques* (I.N.S.E.E.).

TABLEAU XVII

LES MODES DE PAIEMENT DES CONSULTATIONS ET VISITES DE MÉDECINS

Nombre pour 100 actes de chaque type	Actes de médecins			
	Visites de médecine générale	Consultations de médecine générale	Consultations de spécialistes	Ensemble des actes de médecins ⁽¹⁾
	1	2	3	4
A. — ACTES GRATUITS				
Pas de paiement				
Actes pratiqués gratuitement par le producteur.....	3,1	2,4	3,3	2,8
Paiement par un tiers				
1 ^o Tierce personne responsable	0,5	0,6	—	0,5
2 ^o Le tiers payant est une collectivité				
Accident de travail	1,7	5,5	1,9	3,3
Art. 115	0,6	1,1	1,4	0,9
Aide médicale gratuite	5,0	3,7	4,0	4,2
Assurance Sociale seule ⁽²⁾	0,9	3,3	2,7	2,4
Assurance Sociale et mutuelle ⁽²⁾	0,3	1,1	1,0	0,7
Mutuelle seule ⁽²⁾	—	—	—	—
Autres raisons	0,1	5,9	1,4	2,6
Ensemble des actes gratuits	12,2	24,2	15,7	17,4
B. — ACTES RÉGLÉS EN TIERS PAYANT PARTIEL				
Assurance Sociale seule ⁽²⁾	—	0,4	1,4	0,4
Assurance + mutuelle ⁽²⁾	—	—	0,2	ε
Ensemble	—	0,4	1,6	0,4
C. — ACTES PAYANTS ET REMBOURSABLES				
Assurance Sociale seule ⁽²⁾	36,3	32,5	32,0	34,3
Assurance + mutuelle ⁽²⁾	29,6	28,2	36,8	30,4
Mutuelle ⁽²⁾	4,5	4,1	2,7	4,0
Ensemble	71,0	64,8	71,5	68,7
D. — ACTES ENTIÈREMENT A LA CHARGE DU MALADE				
Actes pour lesquels la prestation de l'assurance n'a pas été demandée	1,0	0,9	0,9	1,0
Actes reçus par des personnes non couvertes par un système d'assurance ...	15,8	9,7	10,3	12,5
Ensemble des actes à la charge du malade	16,8	10,6	11,2	13,5
ENSEMBLE DES ACTES	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) Y compris les visites de spécialistes.

(2) Actes « susceptibles » d'être payés ou remboursés par les assurances ou les mutuelles qui couvrent la personne qui les a subis.

TABLEAU XVIII. — LES MODES DE

Nombre pour 100 actes de chaque type	Actes de médecins					Actes de	
	Visites de médecine générale	Consultations de médecine générale	Visites de spécialistes	Consultations de spécialistes	Ensemble des actes de médecins	Radioscopie	Radiographie
	1	2	3	4	5	6	7
ACTES GRATUITS	12,2	24,2	1,9	15,7	17,4	76,4	32,9
ACTES RÉGLÉS EN TIERS PAYANT PARTIEL	—	0,4	—	1,6	0,4	—	4,0
ACTES PAYANTS ET REMBOURSABLES							
Assurance Sociale seule (1) .	36,3	32,5	35,8	32,0	34,3	11,8	18,4
Assurance + mutuelle (1)....	29,6	28,2	43,4	36,8	30,4	11,8	32,9
Mutuelle seule (1).....	4,5	4,1	—	2,7	4,0	—	2,6
Ensemble	71,0	64,8	79,2	71,5	68,7	23,6	53,9
ACTES ENTIÈREMENT A LA CHARGE DU MALADE							
Actes non couverts par l'assurance (2).	1,0	0,9	1,9	0,9	1,0	—	—
Actes reçus par des personnes non couvertes par un système d'assurance.....	15,8	9,7	17,0	10,3	12,5	—	9,2
Ensemble des actes à la charge du malade.	16,8	10,6	18,9	11,2	13,5	—	9,2
ENSEMBLE DES ACTES ..	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(1) Actes « susceptibles » d'être remboursés par les assurances ou les mutuelles qui couvrent la personne qui les a subis.

PAIEMENT DES SERVICES MÉDICAUX

radiologues		Analyses	Séances de Dentistes	Actes d'auxiliaires				Appareils	Produits pharmaceutiques
Radiothérapie et électrothérapie	Ensemble des actes des Radiologues			Infirmières	Masseurs	Sages-femmes	Autres Auxiliaires		
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
50,7	45,2	21,1	7,8	27,7	31,7	6,2	79,9	3,5	3,9
—	1,8	1,3	2,2	3,4	—	—	—	—	—
11,0	14,5	26,1	37,5	28,4	13,5	23,3	—	26,9	»
16,4	23,4	31,2	33,9	16,6	21,3	20,3	—	36,9	»
—	1,2	1,8	5,9	3,3	3,2	—	—	6,4	»
27,4	39,1	59,1	77,3	48,5	38,0	43,8	—	70,2	41,1
—	—	6,8	2,6	1,8	14,9	—	16,1	15,6	»
21,9	13,9	11,7	10,1	18,6	15,4	—	4,1	10,7	»
21,9	13,9	18,5	12,7	20,4	30,3	—	20,1	26,3	55,0
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

(2) Actes non couverts ou dont le remboursement ne sera pas demandé (au dire de l'enquête).

TABLEAU XIX. — PART DES SERVICES MÉDICAUX COUVERTE

Pour 100 actes consommés par l'ensemble de la population	Actes de médecins				
	Visites de médecine générale	Consultations de médecine générale	Visites de spécialistes	Consultations de spécialistes	Ensemble des actes de médecins
	1	2	3	4	5
ACTES COUVERTS PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE					
Accidents du travail.....	1,7	5,5	1,9	1,9	3,3
Tiers payant total	1,2	5,0	—	3,8	3,1
Tiers payant partiel.....	—	0,4	—	1,6	0,4
Remboursements demandés.....	66,5	60,7	79,2	68,9	64,7
Proportion des actes couverts par les Assurances Sociales dans l'ensemble des actes.....	69,4	71,6	81,1	76,2	71,5
ACTES COUVERTS PAR LES MUTUELLES					
(En association ou non avec les Assurances Sociales)					
Tiers payant total	0,3	1,1	—	1,0	0,7
Remboursements demandés.....	34,1	32,3	43,4	39,8	34,4
Proportion des actes couverts par les mutuelles dans l'ensemble des actes	34,4	33,4	43,4	40,8	35,1

PAR LES ASSURANCES SOCIALES ET LES MUTUELLES

Actes de radiologues				Analyses	Soins dentaires	Actes d'auxiliaires			Appareils
Radioscopies	Radiographies	Radiothérapie et électrothérapie	Ensemble des actes des radiologues			Infirmières	Masseurs	Sages-femmes	
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
—	17,1	20,6	16,9	0,5	—	0,5	3,6	—	0,7
35,3	7,9	13,7	13,3	7,6	4,7	10,8	11,8	8,2	1,4
—	4,0	—	1,8	1,3	2,2	3,5	—	—	—
23,5	51,3	27,4	38,0	57,4	71,4	45,0	34,8	43,8	63,8
58,8	80,3	61,7	70,0	66,8	78,3	59,8	50,2	52,0	65,9
5,9	1,3	—	1,2	3,6	4,3	1,8	—	1,4	1,4
11,8	35,5	16,4	24,7	33,3	43,4	21,2	24,4	20,6	43,3
17,7	36,8	16,4	28,9	36,9	47,7	23,0	24,4	22,0	44,7

TABLEAU XX. — LE PAIEMENT DES ACTES DE MÉDECINS

Pour 100 actes consommés par l'ensemble de la population	Régime général	Régime des fonction- naires	Régime des étudiants	Régime des invalides
ACTES GRATUITS				
Actes pratiqués gratuitement par le producteur	2,0	3,7	50,0	—
A la charge d'une tierce personne.....	0,3	—	—	—
Art. 115	0,5	0,8	—	36,0
Aide médicale gratuite	3,8	—	—	—
Autres raisons de gratuité	3,0	1,2	12,5	—
Accidents du travail	5,6	—	—	—
Le tiers payant est l'assurance sociale	0,4	—	—	—
Le tiers payant est l'assurance sociale ou la mutuelle (ou l'association).....	0,5	—	—	—
Ensemble des actes gratuits	16,3	5,7	62,5	36,0
ACTES RÉGLÉS PAR TIERS PAYANT PARTIEL				
Il n'y a pas de mutuelle complémentaire	0,7	—	—	—
Il y a une mutuelle complémentaire	0,1	—	—	—
Ensemble des actes réglés par tiers payant partiel	0,8	—	—	—
ACTES PAYANTS ET REMBOURSABLES				
Par l'assurance sociale seule	46,1	17,0	37,5	52,0
Par l'assurance sociale et éventuellement une mutuelle	36,0	76,5	—	4,0
Ensemble des actes remboursables	82,0	93,5	37,5	56,0
ACTES PAYANTS DONT LE REMBOUR- SEMENT N'A PAS ÉTÉ DEMANDÉ OU NON REMBOURSABLES.....				
	0,8	0,8	—	8,0
ENSEMBLE DES ACTES ENTIÈREMENT PAYÉS PAR LES MALADES.....				
	82,8	94,3	37,5	64,0
Ensemble des actes subis par les malades.....				
	100,0	100,0	100,0	100,0
Dont couverts par l'assurance sociale				
En tiers payant total (1).....	6,6	—	—	—
En tiers payant partiel	0,8	—	—	—
Remboursés	82,1	93,5	37,5	56,0
Ensemble des actes à la charge de l'assurance sociale en tout ou en partie	89,5	93,5	37,5	56,0

(1) Y compris les accidents du travail.

SELON LE MODE D'ASSURANCE SOCIALE

Régimes général et rattachés	Régime agricole	Régime minier	Régime de la S.N.C.F.	Régimes divers	Ensemble des régimes	Personnes non couvertes par la S.S.	Ensemble de la population
2,4	2,7	—	2,1	1,5	2,3	4,81	2,80
0,2	—	—	4,2	—	0,4	0,69	0,45
1,0	—	—	—	3,0	1,0	0,69	0,92
3,2	0,5	1,2	—	1,0	2,6	10,32	4,20
2,8	7,1	—	0,7	4,9	3,0	1,10	2,63
4,7	2,7	2,5	—	3,0	4,2	—	3,27
0,4	0,6	60,5	19,4	—	3,0	—	2,41
0,4	0,6	6,2	6,2	0,4	0,9	—	0,73
15,1	14,2	70,4	32,6	13,8	17,4	17,61	17,41
0,6	—	—	—	—	0,5	—	0,39
0,2	—	—	—	—	—	—	0,03
0,6	—	—	—	—	0,5	—	0,42
41,5	72,7	28,4	52,8	32,8	43,1	—	34,34
41,9	10,9	1,2	13,9	53,4	38,2	—	30,39
83,4	83,6	29,6	66,7	86,2	81,3	—	64,63
0,9	2,2	—	0,7	—	0,8	82,39	17,44
84,3	85,8	29,6	67,4	86,2	82,1	82,39	82,17
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,00	100,00
5,5	3,8	69,1	25,7	3,4	8,0	—	6,41
0,6	—	—	—	—	0,5	—	0,42
89,4	83,6	29,6	66,7	86,3	81,3	—	64,63
89,5	87,4	98,7	92,4	89,7	89,8	—	71,46

**TABLEAU XXI. — LES DÉPENSES MÉDICALES PAYÉES PAR
LES MÉNAGES ET ÉVENTUELLEMENT REMBOURSABLES**

Dépenses totales pour la France entière en 1 an	Dépenses (milliers de NF)	Pourcentage de la dépense totale
HOSPITALISATION	648 668	10,3
MÉDECINS		
Médecine générale :		
Visites	522 382	8,6
Consultations	322 514	5,1
Autres actes	15 280	0,2
Total	880 176	13,9
Spécialistes :		
Visites	94 523	1,5
Consultations	217 820	3,4
Autres actes	179 592	2,8
Total	491 935	7,8
Total des actes de médecins	1 372 111	21,8
ÉLECTRO-RADIOLOGIE		
Radioscopies	5 309	0,1
Radiographies	69 098	1,1
Radiothérapie et électrothérapie	19 908	0,3
Total des actes d'électro-radiologie	94 315	1,5
ANALYSES DE LABORATOIRE	136 908	2,2
AUXILIAIRES		
Infirmières :		
Piqûres	82 864	1,3
Autres	7 640	0,1
Total	90 504	1,4
Masseurs	84 575	1,3
Sages-femmes	5 072	0,1
Autres auxiliaires	5 015	0,1
Total des actes d'auxiliaires	185 166	2,9
DENTISTES	829 182	13,1
PHARMACIE		
Pharmacie individualisée sur ordonnance ..	2 036 470	32,3
Pharmacie individualisée sans ordonnance ..	599 028	9,5
Besoins du ménage	128 031	2,0
Total de la pharmacie	2 763 529	43,8
APPAREILS		
Lunette	198 273	3,1
Orthopédie	75 705	1,2
Total des appareils	273 978	4,3
ENSEMBLE DES DÉPENSES	6 303 857	100,0

l'enquête. Il s'agit donc des dépenses des ménages, susceptibles ou non d'être remboursées. Elles sont indiquées pour les principaux postes de la consommation médicale. La part de chacun des postes dans l'ensemble de ces dépenses des ménages est également indiquée.

Les tableaux XVII à XX donnent une indication sur les proportions des divers actes réglés en tiers payant et de ceux qui sont susceptibles d'être remboursés à 100 % : ce sont en effet les personnes couvertes simultanément par une assurance sociale et une mutuelle qui doivent bénéficier de la façon la plus régulière de remboursements approchant 100 %.

3. Les coûts des soins médicaux pour le particulier

Il est raisonnable de supposer qu'en définitive, des divers éléments que l'on vient de considérer, le « coût » est celui qui a l'influence la plus marquée sur la consommation.

Les tableaux XVII à XX nous renseignent seulement sur les modes de paiement des divers actes. Ils n'apportent que des indications sur ce que peuvent être, dans ces conditions, les **coûts unitaires** de ces actes pour les malades.

Mais on ne peut qu'être frappé de l'extraordinaire variabilité de ces coûts. Considérons le prix réel d'un service égal à 100. Dans les cas où le tarif de responsabilité admis par les organismes d'assurances est égal au prix réel du service, le coût pour le malade prendra les valeurs privilégiées 0 (cas 1, 2, 3, 6 du tableau XVI), 20 (cas 5 et 7), 100 (cas 8). Encore ce coût est-il de 20, dans les cas 5 et 7 lorsque le taux de remboursement est de 80 %, mais il est de 30 ou 10 lorsque ce taux, comme c'est le cas pour les spécialités pharmaceutiques, est de 70 ou 90 %. Dans le cas où le prix réel est différent du tarif de responsabilité, le coût pourra prendre de nombreuses valeurs intermédiaires.

De telles différences de coût ⁽¹⁾ sont rares dans les autres domaines économiques. Il est sûr qu'elles doivent avoir une influence sur la consommation. Pourtant on verra au chapitre suivant que les différences de consommations, selon le mode d'assurance par exemple, ne sont pas considérables ⁽²⁾. Il est donc très important de souligner que les variations des prix, ou plutôt des **coûts**, ne semblent entraîner qu'une variation proportionnellement faible du volume de la consommation : c'est-à-dire que dans le domaine des consommations médicales l'élasticité-prix serait faible.

Ce fait apparaît normal si l'on considère qu'il s'agit d'une consommation répondant à un besoin impératif et prioritaire. Mais il conditionne toute la politique des prix en ce domaine : qu'il s'agisse de prévoir les conséquences d'une modification des tarifs, de percevoir les restrictions de consommation, parfois fâcheuses, que peuvent entraîner des prix trop élevés, de comprendre les mécanismes commandant les prix restés libres. Il serait naturellement souhaitable de mesurer cet effet des prix (élasticité-prix). On ne peut encore dire si l'analyse des résultats de cette enquête permettra cette mesure.

(1) Notons aussi que les mouvements de ces coûts, consécutifs aux modifications des réglementations ou des tarifs des assurances sociales, sont d'une rapidité et d'une ampleur sans commune mesure avec celles qui s'observent généralement dans les autres secteurs économiques.

Ainsi, réduire le taux de remboursement de certains produits pharmaceutiques de 80 à 70 % entraîne pour l'assuré soumis au ticket modérateur un accroissement du coût de 50 % ; inversement, accroître le taux de remboursement à 90 % pour d'autres produits revient à réduire, pour l'assuré, le coût de moitié.

De même, la réduction du tarif de responsabilité pour les actes de radiologie en 1959, équivalait, pour l'assuré remboursé à 80 %, à un accroissement de coût atteignant dans certains cas 200 %.

Quant aux conventions intervenues à la fin de 1960, elles entraînent pour l'assuré remboursé à 80 % des réductions du coût qui semblent de l'ordre de 40 à 60 %.

(2) De même les mouvements de prix d'une très grande amplitude signalés dans la note (1) ci-dessus, ont bien des répercussions sur le volume de la consommation, mais qui semblent relativement peu marquées.

CHAPITRE IV

LES FACTEURS CONDITIONNANT LA CONSOMMATION MÉDICALE

Les diverses catégories de la population n'ont pas des consommations médicales identiques. Celles-ci varient en fonction de facteurs très divers. Cette enquête nous permettra d'analyser l'incidence d'un certain nombre d'entre eux.

On considèrera successivement trois types de facteurs.

a) Si la demande des soins médicaux est variable c'est, évidemment en premier lieu, parce que les besoins médicaux dépendent de l'état de santé de chacun.

Certes dans la plupart des cas l'atteinte d'un membre d'une population par une maladie ou accident peut être considérée comme un événement aléatoire. Cependant la probabilité d'être atteint n'est pas identique pour toutes les catégories de la population. Elle varie avant tout selon le sexe et l'âge ⁽¹⁾ qui sont les facteurs les plus importants de la consommation médicale.

b) Dans un deuxième groupe, on rassemble des facteurs d'ordre psychologique et sociologique. C'est en fonction de ces facteurs que des personnes auront des consommations médicales différentes, bien que se trouvant dans un état de santé identique.

Parmi ces critères, certains correspondent aux caractéristiques des personnes ou du ménage : catégorie socio-professionnelle, composition du ménage, niveau d'instruction.

Mais d'autres — la catégorie de commune, la région — ne correspondent pas seulement à des caractéristiques propres aux individus, mais à des caractéristiques de leur milieu d'existence. Les plus importantes de ces caractéristiques du milieu sont techniques : ainsi les moyens techniques médicaux qui s'offrent au malade seront très différents à Paris et à la campagne.

c) Enfin certains facteurs sont proprement économiques : ce sont essentiellement : le revenu du ménage qui conditionne ses possibilités de dépense et le mode d'assurance qui accroît ses possibilités de consommation en réduisant le « coût ».

* * *

En fonction de ces divers critères, on peut étudier comment varient les divers types de consommations médicales. On doit souligner en effet que le comportement du consommateur vis-à-vis de ces divers services et biens offre des caractères assez différents. Ainsi les soins dentaires semblent

(1) Cette probabilité peut sans doute varier aussi selon d'autres critères, par exemple selon la catégorie sociale ou l'activité professionnelle. Mais ces variations sont infiniment plus faibles, et encore peu étudiées.

présenter encore les caractères d'une « consommation de luxe » qui varie très fortement avec le revenu. Au contraire les consommations de soins de médecins et de pharmacie ont tous les caractères d'une consommation de type « indispensable » peu sensible aux divers facteurs socio-économiques. Cependant la possibilité du recours à une médecine hautement technique, caractérisée par la fréquence des analyses ou des radiographies, paraît liée dans une grande mesure au lieu d'habitat, c'est-à-dire aux possibilités techniques existant dans les grandes villes.

* * *

Dans cette première étude les variations de consommations n'ont été étudiées successivement qu'en fonction d'un seul des critères choisis. En fait, comme on n'observe jamais que les actions combinées des divers facteurs, il est parfois impossible de préciser quel est le facteur responsable d'une variation constatée. On ne pourra lever de telles incertitudes que lorsque l'on aura pu analyser simultanément les effets de plusieurs variables. Dès maintenant on sera souvent amené à soupçonner, à propos de chacun de ces critères, des effets qui semblent dus à l'intervention d'un autre facteur.

* * *

Dans les tableaux où sont présentés les résultats de cette étude on notera que tous les services médicaux ne sont pas étudiés : en effet lorsque le nombre de cas observés n'était pas assez important il n'était pas possible de fournir des résultats valables. Même parmi les données présentées, certaines, telles que les dépenses de soins dentaires, sont entachées d'une importante erreur aléatoire, car ce sont les prothèses, coûteuses et rares, qui entraînent en ce domaine les dépenses les plus lourdes.

A. — LE SEXE ET L'ÂGE.

L'âge est le facteur qui entraîne les plus grandes différences dans la consommation médicale. En effet la probabilité d'être malade varie considérablement selon l'âge. A cet égard on peut penser que la consommation varie dans le même sens que les besoins et constitue de ce fait un assez bon indicateur de la variation des besoins médicaux ⁽¹⁾. Ces besoins sont en fait très mal connus. Aussi les résultats de l'enquête sur ce point sont importants puisqu'ils fournissent, pour la première fois, des données sur la consommation médicale de l'ensemble de la population.

Il paraît en effet nécessaire de bien préciser les relations de quatre notions distinctes.

a) La morbidité d'une population est l'élément de base qui, en principe, détermine ses besoins médicaux : c'est le nombre de maladies de divers types, survenues dans une période donnée ⁽²⁾ ou existant à un instant donné ⁽³⁾ dans une population. On ne possède aucune donnée précise et complète sur cette morbidité.

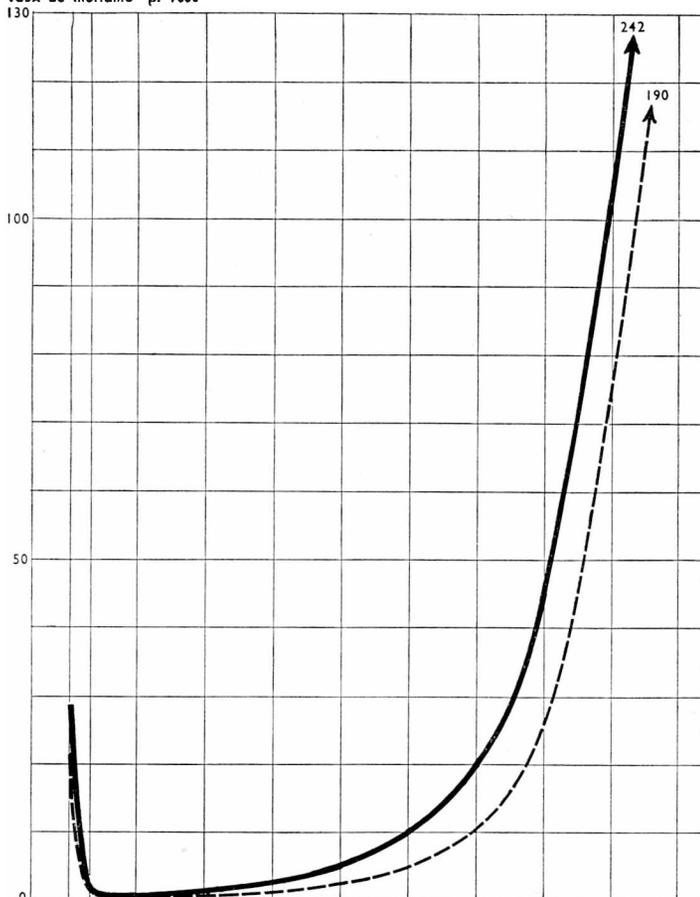
b) Assez différente est la notion des troubles de santé reconnus ou déclarés par les malades. Cette notion est en effet très subjective car, pour un même trouble, certaines personnes se considèrent comme malades et

(1) La fréquence et la durée des alitements constitueront également un bon indicateur.

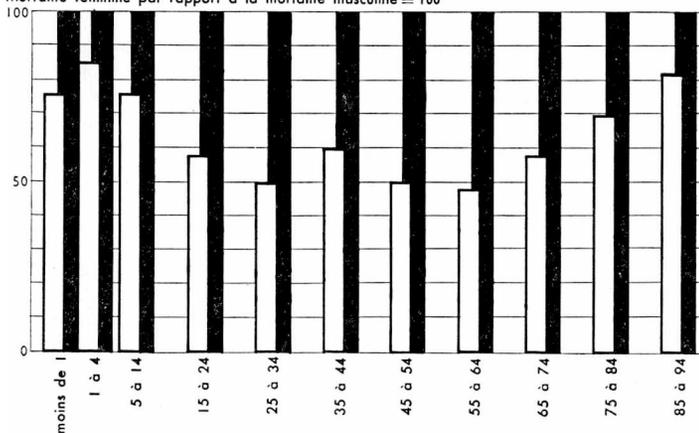
(2) « Morbidité incidente ».

(3) « Morbidité existante ».

Taux de mortalité p. 1000



Mortalité féminine par rapport à la mortalité masculine = 100



GRAPHIQUE 3

(D'après les statistiques générales de mortalité)

La mortalité selon l'âge. En trait plein : celle des hommes
en pointillé : celle des femmes

d'autres non, certaines iront consulter un médecin et d'autres non (1). Plusieurs enquêtes (2), pour la plupart récentes, ont étudié ce sujet en faisant appel aux déclarations des enquêtés. Dans la présente enquête des questions sur les « motifs » des consommations médicales ont été posées ; leurs résultats, dont l'exploitation et l'interprétation seront longues et délicates, ne peuvent encore être donnés.

c) Les examens ou soins médicaux subis par les malades constituent la consommation médicale qui est l'objet central de cette enquête (3). Cette consommation n'est pas conditionnée seulement par les besoins objectifs des malades, et la prise de conscience subjective qu'ils en ont.

Elle dépend aussi : d'une part, du comportement du malade qui est fonction de nombreux facteurs économiques ou psychosociologiques ; d'autre part des décisions du médecin dont les prescriptions d'examen ou de traitements sont fonction de ses connaissances et des moyens techniques disponibles.

d) La mortalité. Il n'est pas sans intérêt de situer cette dernière donnée par rapport à celles que nous étudions. C'est sur ce seul point en effet que l'on dispose de renseignements statistiques détaillés, précis, concernant de nombreux pays et portant sur de longues périodes.

La mortalité est en effet la résultante des éléments déjà considérés :

— De la morbidité, et de la part, dans cette morbidité, des maladies mortelles dont le médecin n'a pu triompher.

— Des soins médicaux, qui ont permis de la réduire considérablement au cours du dernier siècle.

Le graphique 3 établi d'après les statistiques générales de mortalité, montre comment varie en France en 1959 la mortalité selon l'âge et le sexe. Il appelle deux remarques :

La mortalité est élevée pendant la première année de vie ; elle est minimum entre 5 et 20 ans. Elle est ensuite constamment croissante avec l'âge, atteignant vers 65 ans le niveau déjà observé au cours de la première année.

La mortalité féminine est beaucoup plus faible que la mortalité masculine : deux fois plus faible environ entre 20 et 70 ans.

I. Résultats généraux de l'enquête

a) **Les variations de la consommation selon l'âge** correspondent bien aux résultats que l'on attendait (4). La consommation est élevée chez les jeunes enfants. Elle est minimum entre 10 et 20 ans. Elle est ensuite croissante avec l'âge (tableau XXII).

On doit noter cependant une particularité importante. La consommation médicale plafonne ou même diminue aux âges avancés. On a vu que la mortalité est au contraire constamment croissante ; il est certain que la morbidité est elle aussi, constamment croissante. Ce fait témoigne donc d'une sous-consommation médicale des vieillards. Les facteurs en sont multiples : Les vieillards peuvent souffrir de négligences, imputables tout aussi bien à leur entourage qu'au médecin, et que l'on peut opposer aux soins attentifs dont bénéficient les jeunes enfants ; ils ont vraisemblablement

(1) On doit souligner que les enquêtes de morbidité faites grâce à la collaboration des médecins et des hôpitaux ne sont pas à l'abri de ce défaut, puisqu'elles ne portent que sur les malades qui ont consulté.

(2) En particulier aux U.S.A., Canada, Danemark, Japon, Tchécoslovaquie.

(3) Elle a été l'objet de plusieurs enquêtes, effectuées au Canada et aux U.S.A. [H.I.F. (ensemble des U.S.A.) H.I.P. (New York)]. Cf. références dans la note (4), p. 5.

(4) Ils confirment les observations déjà faites en France dans certains secteurs particuliers (hôpitaux régime des Mines) ou par des enquêtes étrangères.

TABLEAU XXII. — CONSOMMATION

	Nombre d'actes, produits, Pour 100 personnes				
	Visites de médecine générale	Consultations de médecine générale	Consultations de spécialistes	Ensemble des actes de médecins	Pharmacie individualisée sans ordonnance
	1	2	3	4	5
A. — SEXE MASCULIN					
Moins de 2 ans	472,8	146,4	76,8	709,2	866,4
2 à 9 ans	157,2	81,6	50,4	295,2	304,8
10 à 19 ans	91,2	132,0	72,0	296,4	202,8
20 à 29 ans	56,4	142,8	48,0	247,2	217,2
30 à 39 ans	42,0	163,2	16,8	223,2	266,4
40 à 49 ans	74,4	160,8	84,0	321,6	345,6
50 à 59 ans	108,0	156,0	55,2	322,8	489,6
60 à 69 ans	198,0	207,6	93,6	511,2	531,6
70 à 79 ans	366,0	139,2	34,8	570,0	471,6
80 ans et plus	139,2	153,6	84,0	376,8	572,4
Ensemble	127,2	142,8	57,6	332,4	351,6
B. — SEXE FÉMININ					
Moins de 2 ans	354,0	174,0	—	571,2	548,4
2 à 9 ans	157,2	106,8	27,6	304,8	274,8
10 à 19 ans	72,0	102,0	38,4	214,8	230,4
20 à 29 ans	92,4	135,6	110,4	342,0	303,6
30 à 39 ans	62,4	158,4	57,6	280,8	508,8
40 à 49 ans	165,6	165,6	68,4	399,6	428,4
50 à 59 ans	166,8	164,4	60,0	391,2	709,2
60 à 69 ans	356,4	157,2	52,8	511,2	898,8
70 à 79 ans	342,0	153,6	85,2	589,2	849,6
80 ans et plus	330,0	69,6	39,6	448,8	786,0
Ensemble	170,4	140,4	57,6	374,4	504,0
C. — DEUX SEXES RÉUNIS					
Moins de 2 ans	416,4	159,6	61,2	664,8	718,8
2 à 9 ans	157,2	93,6	38,4	298,8	290,4
10 à 19 ans	81,6	117,6	56,4	258,0	216,0
20 à 29 ans	76,8	140,4	81,6	301,2	265,2
30 à 39 ans	52,8	160,8	37,2	253,2	391,2
40 à 49 ans	121,2	163,2	75,6	361,2	387,6
50 à 59 ans	139,2	160,8	57,6	358,8	603,6
60 à 69 ans	290,4	178,8	69,6	547,2	745,2
70 à 79 ans	351,6	147,6	66,0	582,0	704,4
80 ans et plus	250,8	104,4	58,8	420,0	696,0
Ensemble	149,6	141,8	57,6	354,2	430,4

(1) Débours (avant remboursement).

SELON LE SEXE ET L'AGE

analyses ou séances et par an				Dépenses en nouveaux francs (1) Par personne et par an						
Pharmacie individualisée avec ordonnance	Total pharmacie individualisée	Analyses de laboratoire	Séances de soins dentaires	Actes de médecin	Pharmacie individualisée sans ordonnance	Pharmacie individualisée avec ordonnance	Total pharmacie individualisée	Analyses de laboratoire	Séances de soins dentaires	Ensemble des dépenses (soins dentaires, hospitalisation et pharmacie non individualisée exclus)
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1 366,8	2 233,2	19,2	—	68,99	21,32	75,77	97,09	6,92	—	176,20
544,8	849,6	38,4	70,8	29,23	9,26	31,62	40,88	0,87	3,36	73,75
276,0	478,8	40,8	219,6	12,46	6,06	17,90	23,96	1,28	12,54	43,00
219,6	436,8	32,4	367,2	9,08	6,51	14,62	21,13	0,13	45,27	43,38
367,2	633,6	15,6	187,2	11,76	7,59	23,15	30,74	1,01	9,88	45,89
474,0	819,6	20,4	126,0	23,66	11,01	28,95	39,96	4,61	24,86	87,43
601,2	1 090,8	36,0	128,4	34,15	19,45	45,64	65,09	6,13	4,26	121,68
1 002,0	1 533,6	24,0	112,8	43,92	18,61	81,37	99,98	4,91	38,73	180,74
920,4	1 392,0	43,2	87,6	43,69	15,06	91,75	106,81	3,97	4,36	180,45
837,6	1 410,0	14,4	14,4	31,95	27,98	61,36	89,34	3,63	—	124,92
530,4	882,0	30,0	156,0	25,23	11,50	36,97	48,47	2,73	15,25	87,70
792,6	1 340,4	21,6	—	30,59	13,06	41,18	54,24	—	—	106,26
508,8	783,6	42,0	142,8	24,60	8,50	36,54	45,04	1,10	6,61	76,92
406,8	637,2	36,0	240,0	25,40	9,41	29,53	38,94	2,51	25,36	80,30
535,2	838,8	99,6	460,8	85,41	10,33	46,11	56,44	2,77	36,09	169,78
765,6	1 274,4	40,8	303,6	38,78	17,00	74,04	91,04	4,56	14,71	143,87
679,2	1 107,6	45,6	208,8	31,27	14,97	66,71	81,68	3,65	42,48	128,56
693,6	1 402,8	32,4	118,8	32,10	22,63	57,70	80,33	6,26	34,17	135,75
1 184,4	2 083,2	46,8	123,6	51,94	30,12	104,30	134,42	6,11	4,00	219,41
978,0	1 827,6	51,6	132,0	37,27	27,18	71,46	98,64	5,18	52,78	154,47
1 220,4	2 006,4	30,0	—	34,74	21,68	59,90	81,58	—	—	117,53
704,4	1 208,4	46,8	207,6	39,10	16,62	58,47	75,09	3,71	23,63	132,65
1 100,4	1 819,2	20,4	—	51,17	17,49	59,71	77,20	3,70	—	143,73
526,8	817,2	40,8	105,6	26,96	8,89	34,03	42,92	0,99	4,95	75,31
338,4	554,4	38,4	229,2	18,61	7,65	23,42	31,07	1,87	18,63	60,73
392,4	657,6	69,6	418,8	50,76	8,60	31,81	40,41	1,57	40,26	112,41
572,4	963,6	28,8	247,2	25,69	12,44	49,39	61,83	2,84	12,37	96,42
578,4	966,0	33,6	169,2	27,55	13,04	48,27	61,31	4,12	33,87	108,48
649,2	1 252,8	33,6	123,6	33,09	21,10	51,88	72,98	6,20	19,75	128,97
1 107,6	1 852,8	37,2	118,8	48,57	25,28	94,66	119,94	5,61	18,60	203,15
956,4	1 660,8	49,2	114,0	39,74	22,51	79,28	101,79	4,71	34,13	164,48
1 059,6	1 755,6	22,8	6,0	33,57	24,33	60,51	84,84	1,52	—	166,29
619,8	1 050,2	40,3	183,0	32,44	14,16	48,15	62,31	3,24	19,60	111,08

un comportement particulier dû notamment aux habitudes de générations qui n'ont pas été accoutumées à recourir au médecin ; ils ont fréquemment des revenus insuffisants, et, ainsi qu'on l'a vu, ne bénéficient que dans une proportion plus faible que le reste de la population des systèmes sociaux de protection.

b) **Les différences observées selon le sexe** ne sont pas celles que l'on peut attendre lorsque l'on considère les taux de mortalité.

Les femmes ont une consommation médicale supérieure à celle des hommes (1). Cette observation est valable, dans l'ensemble, pour tous les types de services médicaux, et à tous les âges. Il n'y a que chez l'enfant, et surtout au dessous de 2 ans, que l'on constate une consommation des filles inférieure à celle des garçons (2). Il faut souligner qu'à cet âge, c'est le comportement des parents qui détermine la consommation, et que le sexe du malade n'entraîne sans doute pas de distorsion par rapport aux besoins provoqués par la morbidité et que traduisent peut-être les taux de mortalité.

Dans ce premier compte-rendu de l'enquête, les motifs de consommations invoqués par les malades n'ont pas été encore analysés. Mais certaines des enquêtes étrangères (3) qui les ont étudiés confirment que les femmes se déclarent plus souvent malades que les hommes. On a insisté sur le fait qu'il s'agit là d'une donnée subjective et que l'on ne peut en déduire que la morbidité des femmes est plus élevée.

On peut tenter de rapprocher ces faits des indications que nous fournissent les taux de mortalité, dont on l'a dit qu'ils dépendent de deux ordres de facteurs. Reflets de la morbidité, ils tendent à montrer que les femmes présentent, sinon moins de maladies que les hommes, du moins des maladies moins graves. L'étude comparative des pathologies masculines et féminines et des moyens de traitements que l'on peut leur opposer, semble aussi le montrer. Mais il n'est cependant pas permis de négliger le deuxième grand facteur qui commande la mortalité, c'est-à-dire les soins médicaux, et de ne pas évoquer une hypothèse : si les femmes font appel plus que les hommes aux soins médicaux, il serait normal que ceux-ci contribuent à réduire leur taux de mortalité.

2. Les variations selon les divers types de services

Le tableau XXII indique comment varie la consommation des divers services et biens médicaux selon l'âge et le sexe. Cette consommation est exprimée soit en quantité (nombre d'actes ou de produits), soit en dépenses (débours des malades avant tout remboursement).

On peut observer que la consommation moyenne des femmes est toujours supérieure à celle des hommes : d'un tiers environ lorsque l'on considère le nombre d'actes, de moitié lorsque l'on considère les dépenses. Il n'est d'exception que pour les consultations de médecins dont la fréquence est identique dans les deux sexes (4). La consommation féminine présente dans presque tous les cas une élévation marquée, soit entre 20 et 30 ans

(1) Indiquons que l'on pourrait redouter un biais de l'enquête, puisque dans l'ensemble ce sont plutôt les femmes qui dans les ménages ont été interrogées par les enquêteurs. Cependant, les résultats d'enquêtes qui n'étaient pas exposées à ce biais sont concordants.

Notons que ce fait est observé et souligné par les auteurs des enquêtes déjà citées portant sur les U.S.A. (H.I.F.), New York (H.I.P.), le Canada.

(2) En isolant la population de moins de 2 ans on a dû se contenter d'un échantillon faible et ces résultats doivent donc être considérés avec précaution.

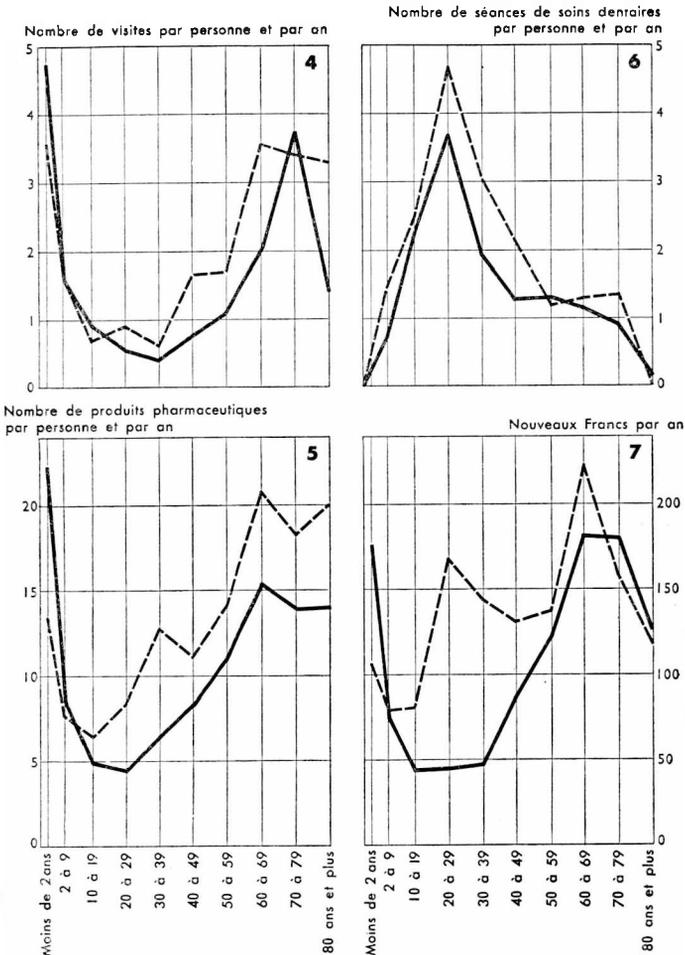
Il semble que les enquêtes américaines aient fourni des résultats sont comparables.

(3) Enquête de la H.I.F. (New York). Enquête Canada. Enquête allemande.

(4) La consommation de lunetterie est la seule qui soit plus faible chez la femme que chez l'homme pour des raisons évidentes de coquetterie ; la variation de cette consommation selon l'âge est très particulière : elle présente deux sommets, entre 10 et 20 ans et vers 60 ans.

(consultations de spécialistes, dépenses de médecins) soit entre 30 et 40 ans (pharmacie, analyses). Le niveau élevé des dépenses (de médecins, ou totales) entre 20 et 30 ans répond à des frais d'accouchement (graphique 7).

La visite du médecin à domicile (graphique 4) semble répondre plus que tout autre acte, à des besoins impératifs. Sa fréquence est celle qui



LA CONSOMMATION SELON L'AGE

Graphique 4 — consommation de visites de médecin

Graphique 5 — consommation pharmaceutique

Graphique 6 — consommation de soins dentaires

Graphique 7 — dépense médicale totale (soins dentaires et hospitalisation exclus).

En trait plein : les hommes

En pointillé : les femmes

varie le plus en fonction de l'âge (pour les hommes, du simple au décuple). Les variations des consommations de pharmacie (graphique 5) ou d'analyses sont moins importantes mais de sens identique. Seule la fréquence des consultations varie peu selon l'âge.

On doit insister sur le fait que la consommation de soins dentaires varie de façon toute différente (graphique 6) : la fréquence maximum du nombre des séances de dentistes s'observe entre 20 et 30 ans, aussi bien chez l'homme que chez la femme. On a indiqué que les résultats concernant les dépenses étaient entachés d'une forte erreur aléatoire. Mais il est certain que les dépenses varient beaucoup moins avec l'âge, car si le nombre des séances diminue, celui des prothèses augmente.

3. La liaison entre les divers facteurs de la consommation médicale

Ces constatations amènent une remarque essentielle : **il n'est jamais permis de comparer les consommations médicales de deux populations si l'on ne peut analyser en même temps leur structure par sexe et par âge.**

Il est bien évident que l'on ne pourrait comparer les dépenses des bénéficiaires de deux régimes d'Assurances Sociales dont les structures d'âges sont aussi différentes que celles du régime général et du régime minier.

On ne peut apprécier la consommation de la population de Paris sans tenir compte du fait qu'elle a une structure très particulière et comporte à la fois moins d'enfants et de vieillards que la population du reste de la France.

On ne peut étudier la consommation médicale selon le revenu, sans considérer que le revenu tend à s'accroître avec l'âge pendant la période de la vie où les besoins médicaux sont les plus faibles, mais décroît souvent très fortement pour les personnes âgées au moment où leurs besoins deviennent les plus grands.

Ces remarques devront rester constamment présentes à l'esprit lorsque l'on discutera de l'influence des divers autres facteurs.

B. — LES FACTEURS PSYCHO-SOCIOLOGIQUES

Les tableaux XXIII à XXVII indiquent quelles sont les variations de la consommation médicale selon cinq critères considérés indépendamment :

- La catégorie socio-professionnelle du chef de ménage.
- Le nombre de personnes composant le ménage.
- Les caractères agricole ou non agricole et urbain ou rural de la population (type social).
- La taille de la commune de résidence.
- La région.

Rassembler tous ces critères sous la dénomination commune de « facteurs psycho-sociologiques », indique surtout les difficultés que l'on a à isoler les véritables facteurs du comportement. Ces difficultés ont deux sources principales.

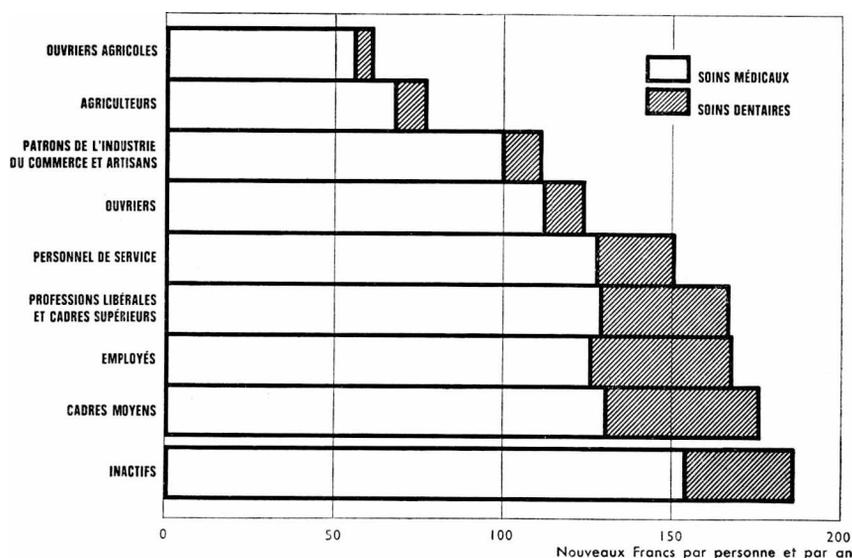
En premier lieu, ces variables sont souvent en étroite corrélation. Ainsi la proportion d'agriculteurs, ou plus généralement la proportion des diverses catégories socio-professionnelles, varie avec la taille de la commune ou la région. Le nombre de personnes composant le ménage est plus élevé dans la population agricole. Lorsque l'on observe une variation de la consommation, il est donc difficile de dire auquel de ces critères elle est liée.

En second lieu, ces critères, choisis bien souvent parce qu'ils sont faciles à observer, ne sont peut-être que des « indicateurs » de l'effet d'un facteur non étudié avec lequel ils sont plus ou moins corrélés. On peut imaginer ainsi que le facteur réel du comportement pourrait être, non la catégorie socio-professionnelle, mais le degré d'instruction qui lui est souvent étroitement lié (1). De même pourrait-on émettre l'hypothèse que le facteur principal est le comportement du médecin, dont on peut supposer qu'il est assez fortement dépendant de la catégorie de commune ou du milieu, agricole ou urbain, dans lequel il exerce. Enfin on a déjà évoqué le rôle déterminant que peuvent jouer les équipements techniques disponibles, liés eux aussi à la catégorie de commune ou à la région.

Les résultats actuellement disponibles ne nous permettent donc que de dégager des impressions générales. Une analyse plus approfondie sera nécessaire pour tenter d'aboutir à des conclusions précises.

I. La catégorie socio-professionnelle du chef de ménage (tableau XXIII)

La variation de la consommation médicale selon ce critère est importante. Si l'on considère les dépenses médicales totales (graphique 8) on observe qu'elles varient du simple au triple. Ce sont les ouvriers agricoles



GRAPHIQUE 8

Les dépenses médicales (hospitalisation exclue) et les dépenses dentaires selon la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage

qui ont les consommations les plus faibles. En considérant la consommation des « patrons » qui atteint à peine la moyenne générale de l'ensemble de la population, on doit noter que les effectifs les plus importants de cette catégorie sont constitués par les petits commerçants et petits artisans. Les

(1) Dans cette enquête, une question sur le degré d'instruction a été posée, mais elle n'a pas encore été exploitée.

TABLEAU XXIII. — CONSOMMATION SELON LA CATÉGORIE

	Nombre d'actes, produits, Pour 100 personnes				
	Visites de médecine générale	Consultations de médecine générale	Consultations de spécialistes	Ensemble des actes de médecins	Pharmacie individualisée sans ordonnance
	1	2	3	4	5
Agriculteurs exploitants	142,8	68,4	28,8	241,2	262,8
Salariés agricoles.	76,8	114,0	4,8	195,6	300,0
Patrons de l'industrie, du commerce et artisans. ...	170,4	129,6	38,4	342,0	350,4
Professions libérales et cadres supérieurs.	146,4	140,4	94,8	402,0	290,4
Cadres moyens.	217,2	128,4	90,0	442,8	517,2
Employés	112,8	160,8	102,0	375,6	492,0
Ouvriers.	117,6	165,6	58,8	348,0	408,0
Personnels de service.....	120,0	195,6	69,6	394,8	604,8
Autres catégories (artistes, clergé, armée, police)...	228,0	169,2	58,8	456,0	421,2
Personnes non actives.....	198,0	158,4	61,2	422,4	643,2
Ensemble	149,6	141,8	57,6	354,8	430,4

employés et les cadres, moyens ou supérieurs, ont des consommations du même ordre. Celle des inactifs est la plus élevée : ce sont surtout des personnes âgées.

Ces variations sont plus ou moins marquées selon les divers types de services médicaux. Le graphique 8 montre que la dépense de soins dentaires diffère considérablement selon les catégories socio-professionnelles — du simple au décuple — Mais on verra que cette consommation dépend très fortement du revenu. Parmi les soins médicaux proprement dits, on observe des variations importantes en ce qui concerne par exemple les consultations de spécialiste ou les analyses ; mais beaucoup plus faibles lorsque l'on considère la médecine générale ou la pharmacie.

2. Le nombre de personnes du ménage (tableau XXIV)

Les résultats de cette étude peuvent paraître surprenants. La consommation médicale par personne est d'autant plus faible que le nombre de

SOCIO-PROFESSIONNELLE DU CHEF DE MÉNAGE

analyses ou séances et par an				Dépenses en nouveaux francs Par personne et par an						
Pharmacie individualisée avec ordonnance	Pharmacie non individualisée	Analyses de laboratoire	Séances de soins dentaires	Actes de médecin	Pharmacie individualisée sans ordonnance	Pharmacie individualisée avec ordonnance	Pharmacie non individualisée	Analyses de laboratoire	Séances de soins dentaires	Ensemble des dépenses (soins dentaires, et hospitalisation exclus)
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
394,8	121,2	28,8	108,0	18,30	11,13	30,74	2,76	2,14	8,09	68,49
409,2	92,4	8,4	85,2	17,30	7,64	24,53	1,74	0,03	4,65	55,80
499,2	151,2	30,0	242,4	34,61	14,58	44,52	3,55	4,39	10,12	110,20
561,6	248,4	33,6	301,2	34,08	11,22	45,02	7,71	5,93	38,67	127,83
592,8	121,2	42,0	391,2	37,80	16,21	47,34	2,54	9,33	45,10	130,16
668,4	115,2	38,4	314,4	40,77	16,89	50,46	2,41	0,87	41,24	125,89
626,4	129,6	49,2	157,2	35,53	12,25	47,24	2,70	1,96	11,14	111,96
811,2	84,0	55,2	124,8	27,29	18,25	75,01	1,57	3,11	22,35	128,25
632,4	70,8	46,8	386,4	25,43	12,66	36,74	1,14	1,40	7,34	98,06
886,8	146,4	38,4	104,4	35,53	19,96	68,88	3,27	4,42	31,22	154,24
619,8	135,1	40,3	183,0	32,44	14,16	48,15	3,02	3,23	19,60	114,10

personnes dans le ménage est plus grand. L'observation peut être faite pour presque tous les postes de cette consommation. On ne peut actuellement donner une interprétation générale de ce fait. Plusieurs facteurs en sont, sans doute, responsables ⁽¹⁾.

Ainsi, il est vraisemblable que la proportion des personnes âgées est particulièrement forte parmi les isolés ou les ménages de deux personnes.

Les ménages nombreux doivent être plus fréquents dans la population agricole, où la consommation est plus faible.

Dans l'appréciation des possibilités financières du ménage, on doit tenir compte d'une part de son revenu, d'autre part du nombre de personnes à charge.

Enfin il n'est pas exclu que le comportement vis-à-vis de la maladie et des soins médicaux soit différent dans les familles nombreuses.

(1) On ne doit pas négliger la possibilité d'oubli plus fréquents, lors de l'interview, lorsque la famille était plus nombreuse, et les actes subis également plus nombreux.

TABLEAU XXIV. — CONSOMMATION SELON LA

	Nombre d'actes, produits Pour 100 personnes				
	Visites de médecine générale	Consultations de médecine générale	Consultations de spécialistes	Ensemble des actes de médecins	Pharmacie individualisée sans ordonnance
	1	2	3	4	5
Ménages de :					
Une personne.	212,4	225,6	120,0	558,0	1 028,4
Deux personnes.	176,4	163,2	63,6	409,2	646,8
Trois personnes.	115,2	171,6	84,0	378,0	442,8
Quatre personnes.	144,0	122,4	63,6	332,4	358,8
Cinq personnes.	154,8	108,0	28,8	295,2	290,4
Six personnes.	189,6	99,6	26,4	331,2	206,4
Sept personnes.	109,2	157,2	25,2	295,2	258,0
Huit personnes.	136,8	172,8	55,2	370,8	286,8
Neuf personnes et plus.	40,8	66,0	8,4	117,6	219,6
Ensemble	149,6	141,8	57,6	354,8	430,4

3. Le type social (tableau XXV)

Dans ce tableau, la division de l'échantillon d'enquêtés est faite selon deux critères distincts : d'une part selon le type d'activité, agricole ou non ; d'autre part selon l'habitat, rural ou urbain. Elle permet de discerner qu'en dehors des particularités de comportement de la population agricole (agriculteurs et ouvriers agricoles) il apparaît une différence de comportement des populations dont l'activité n'est pas agricole, selon qu'elles vivent dans des communes rurales ou urbaines. Les consommations médicales des populations urbaines sont un peu supérieures. Les différences sont surtout sensibles lorsque l'on considère les actes de médecins ou les soins dentaires. Elles sont très faibles en ce qui concerne la pharmacie.

TAILLE DU MÉNAGE EN NOMBRE DE PERSONNES

analyses ou séances et par an				Dépenses en nouveaux francs Par personne et par an						
Pharmacie individualisée avec ordonnance	Pharmacie non individualisée	Analyses de laboratoire	Séances de soins dentaires	Actes de médecin	Pharmacie individualisée sans ordonnance	Pharmacie individualisée avec ordonnance	Pharmacie non individualisée	Analyses de laboratoire	Séances de soins dentaires	Ensemble des dépenses (soins dentaires, et hospitalisation exclus)
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
918,0	57,6	38,4	140,4	35,95	28,76	57,35	1,02	0,39	37,36	137,44
831,6	200,4	38,4	198,0	37,86	22,97	73,33	4,33	7,44	20,27	172,28
601,2	148,8	43,2	180,0	41,89	14,15	45,96	3,26	3,42	21,28	123,33
636,0	118,8	42,0	220,8	36,45	12,08	49,10	2,52	2,40	24,06	115,24
524,4	112,8	36,0	174,0	25,23	9,78	36,45	2,53	1,86	11,44	80,76
536,4	121,2	39,6	201,6	28,02	8,10	38,40	2,64	1,82	25,53	85,37
301,2	120,0	43,2	68,4	16,48	6,14	25,88	2,90	1,73	3,78	60,75
594,0	136,8	26,4	260,4	16,19	8,93	53,61	3,75	2,71	15,54	88,86
110,4	98,4	26,4	55,2	5,45	5,53	5,75	3,70	1,41	0,75	26,74
619,8	135,1	40,3	183,0	32,44	14,16	48,15	3,02	3,23	19,60	114,10

4. Les catégories de communes (tableau XXVI)

L'étude de la consommation selon la taille des communes ⁽¹⁾ confirme les résultats indiqués au paragraphe précédent. Les deux facteurs considérés simultanément dans le tableau XXV concourent en effet à expliquer la consommation peu élevée observée dans les petites communes.

Par contre les différences observées dans les villes, selon leur taille, sont peu importantes. On doit noter en particulier que les consommations étudiées ne sont pas beaucoup plus fortes à Paris que dans les autres villes. Seul le nombre de consultations de spécialistes, et surtout les dépenses d'analyses de laboratoire, y sont nettement plus élevés.

(1) On a utilisé le terme plus général d'unités urbaines car l'unité considérée est l'« agglomération », lorsque plusieurs communes forment un ensemble urbain unique.

TABLEAU XXV. — CONSOMMATION

	Nombre d'actes, produits pour 100 personnes				
	Visites de médecine générale	Consultations de médecine générale	Consultations de spécialistes	Ensemble des actes de médecins	Pharmacie individualisée sans ordonnance
	1	2	3	4	5
Population agricole.....	139,2	85,2	25,2	250,8	325,2
Population rurale non agricole	127,2	139,2	40,8	307,2	386,4
Population urbaine	162,0	162,0	75,6	408,0	486,0
Ensemble	149,6	141,8	57,6	354,8	430,4

TABLEAU XXVI. — CONSOMMATION SELON

	Nombre d'actes, produits, Pour 100 personnes				
	Visites de médecine générale	Consultations de médecine générale	Consultations de spécialistes	Ensemble des actes de médecins	Pharmacie individualisée sans ordonnance
	1	2	3	4	5
Communes rurales	132,0	114,0	33,6	280,8	362,4
Unités urbaines de moins de 10 000 habitants.....	212,4	136,8	56,4	412,8	328,8
Unités urbaines de 10 000 à moins 100 000 habitants.....	174,0	148,8	67,2	400,8	438,0
Unités urbaines de 100 000 habitants et plus	166,8	162,0	64,8	403,2	504,0
Agglomération parisienne	108,0	189,6	104,4	406,8	607,2
Ensemble	149,6	141,8	57,6	354,8	430,4

SELON LE TYPE SOCIAL

analyses ou séances et par an				Dépenses en nouveaux francs Par personne et par an						
Pharmacie individualisée avec ordonnance	Pharmacie non individualisée	Analyses de laboratoire	Séances de soins dentaires	Actes de médecin	Pharmacie individualisée sans ordonnance	Pharmacie individualisée avec ordonnance	Pharmacie non individualisée	Analyses de laboratoire	Séances de soins dentaires	Ensemble des dépenses (soins dentaires, et hospitalisation exclus)
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
436,8	121,2	25,2	94,8	19,26	12,25	30,45	2,72	1,57	6,90	69,92
645,6	128,4	44,4	172,8	32,04	12,60	46,62	3,01	1,64	17,15	105,94
673,2	142,8	42,0	217,2	37,11	15,45	54,83	3,13	4,46	24,95	132,57
619,8	135,1	40,3	183,0	32,44	14,16	48,15	3,02	3,23	19,60	114,10

LA CATÉGORIE DE COMMUNES

analyses ou séances et par an				Dépenses en nouveaux francs Par personne et par an						
Pharmacie individualisée avec ordonnance	Pharmacie non individualisée	Analyses de laboratoire	Séances de soins dentaires	Actes de médecin	Pharmacie individualisée sans ordonnance	Pharmacie individualisée avec ordonnance	Pharmacie non individualisée	Analyses de laboratoire	Séances de soins dentaires	Ensemble des dépenses (soins dentaires, et hospitalisation exclus)
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
550,8	124,8	37,2	138,0	25,82	12,65	39,74	2,88	1,63	13,02	90,12
631,2	104,4	21,6	147,6	27,55	10,25	42,21	2,12	2,30	11,17	97,55
700,8	144,0	43,2	198,0	30,02	14,25	54,57	3,30	2,83	22,09	123,13
661,2	144,0	42,0	252,0	38,88	13,13	55,73	3,01	3,31	28,35	134,05
663,6	163,2	48,0	242,4	49,80	21,43	59,14	3,65	8,39	31,20	157,97
619,8	135,1	40,3	183,0	32,44	14,16	48,15	3,02	3,23	19,60	114,10

TABLEAU XXVII. — CONSOMMATION

	Nombre d'actes, produits, Pour 100 personnes				
	Visites de médecine générale	Consultations de médecine générale	Consultations de spécialistes	Ensemble des actes de médecins	Pharmacie individualisée sans ordonnance
	1	2	3	4	5
Région parisienne	111,6	177,6	98,4	392,4	580,8
Région du Nord	182,4	170,4	69,6	426,0	384,0
Région de l'Ouest	150,0	99,6	26,4	285,6	332,4
Région du Nord-Est.....	162,0	172,8	54,0	391,2	285,6
Région du Centre	145,2	127,2	31,2	307,2	530,4
Région du Centre-Est	91,2	127,2	43,2	262,8	462,0
Région du Sud-Est	186,0	135,6	49,2	376,8	442,8
Région du Sud-Ouest	205,2	126,0	81,6	422,4	379,2
Ensemble	149,6	141,8	57,6	354,8	430,4

Mais on doit faire une remarque importante. On a plusieurs fois souligné que les soins hospitaliers ne pouvaient être correctement étudiés par cette enquête. Or c'est dans les grandes villes que le taux de fréquentation hospitalière est le plus élevé. S'il était possible d'ajouter aux soins pratiqués en médecine de ville, les actes ou les dépenses effectués à l'hôpital, les différences de consommation médicale selon l'importance des agglomérations seraient vraisemblablement beaucoup plus marquées. A cet égard, une observation est significative. A Paris la fréquence des visites de médecin à domicile est très fortement inférieure à la moyenne française : sans doute parce que les malades alités, nécessitant une surveillance du médecin, y sont moins souvent soignés à domicile, beaucoup plus souvent transportés dans un établissement hospitalier.

5. Les régions (tableau XXVII)

On ne peut encore donner une interprétation des résultats obtenus. Au niveau des régions en effet, se combinent de façons diverses les effets de tous les facteurs que l'on vient de considérer, âge, catégorie socio-professionnelle, urbanisation. Par ailleurs, des études sur la différence régio-

SELON LA RÉGION

analyses ou séances et par an				Dépense en nouveaux francs Par personne et par an						
Pharmacie individualisée avec ordonnance	Pharmacie non individualisée	Analyses de laboratoire	Séances de soins dentaires	Actes de médecin	Pharmacie individualisée sans ordonnance	Pharmacie individualisée avec ordonnance	Pharmacie non individualisée	Analyses de laboratoire	Séances de soins dentaires	Ensemble des dépenses (soins dentaires, et hospitalisation exclus)
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
657,6	156,0	43,2	224,4	48,20	20,14	60,73	3,43	7,35	30,27	156,62
824,4	110,4	30,0	157,2	40,93	11,89	47,49	2,55	2,00	3,59	119,01
508,8	110,4	32,4	128,4	22,68	10,50	37,35	2,57	2,79	4,80	90,95
694,8	120,0	32,4	164,4	27,49	8,15	55,22	2,99	3,65	15,02	104,65
636,0	176,4	37,2	120,0	21,08	17,57	46,23	3,50	3,38	10,28	105,33
565,2	193,2	40,8	246,0	29,57	14,13	45,97	4,31	0,67	35,45	107,72
571,2	86,4	61,2	241,2	34,56	15,11	46,92	1,72	1,43	28,86	112,82
572,4	116,4	33,6	165,6	30,30	13,79	40,03	2,81	2,26	24,55	100,22
619,8	135,1	40,3	183,0	32,44	14,16	48,15	3,02	3,23	19,60	114,10

nale des consommations médicales ont déjà été réalisées (1) et une confrontation des résultats sera nécessaire avant d'aboutir à une interprétation cohérente.

Mais on doit noter que cette interprétation devrait, dans ce cas également, tenir compte des consommations de soins hospitaliers. On sait, par ailleurs, que les taux de fréquentation hospitalière sont plus élevés dans les régions du Nord Est (Strasbourg) du Centre-Est (Lyon), du Sud-Est (Marseille, Montpellier) et dans la région de Paris.

On doit noter aussi que la division en huit grandes régions qui est la seule possible dans une enquête de cette dimension, ne permet pas toujours une analyse suffisamment poussée. Car les différences de comportement semblent souvent s'observer dans le voisinage des grands centres universitaires (Paris, Strasbourg, Lyon, Marseille, Montpellier).

On insistera donc sur le fait qu'une analyse correcte du comportement médical de la population ne peut être faite, dans bien des cas, sans une étude

(1) Ces études du C.R.E.D.O.C. fondées essentiellement sur les statistiques des caisses locales des divers régimes de Sécurité Sociale, permettent en général une analyse poussée au niveau du département.

TABLEAU XXVIII. — CONSOMMATION SELON

	Nombre d'actes, produits, Pour 100 personnes				
	Visites de médecine générale	Consultations de médecine générale	Consultations de spécialistes	Ensemble des actes de médecins	Pharmacie individualisée sans ordonnance
	1	2	3	4	5
Moins de 3 000 NF	264,0	146,4	34,8	445,2	832,8
De 3 000 à moins de 4 000 NF	184,8	151,2	102,0	441,6	547,2
De 4 000 à moins de 6 000 NF	112,8	169,2	54,0	339,6	447,6
De 6 000 à moins de 8 000 NF	129,6	124,8	50,4	309,6	398,4
De 8 000 à moins de 10 000 NF	121,2	147,6	54,0	326,4	422,4
De 10 000 à moins de 15 000 NF	184,8	148,8	58,8	396,0	349,2
De 15 000 à moins de 20 000 NF	127,2	97,2	42,0	289,2	362,4
De 20 000 à moins de 30 000 NF	118,8	200,4	102,0	427,2	356,4
De 30 000 à moins de 50 000 NF	259,2	—	68,4	327,6	231,6
50 000 NF et plus	120,0	60,0	72,0	252,0	120,0
Indéterminé	186,0	93,6	74,4	370,8	297,6
Ensemble	149,6	141,8	57,6	354,8	430,4

parallèle de la consommation de soins hospitaliers. Seules des enquêtes hospitalières spéciales, mais coordonnées avec les enquêtes portant sur l'ensemble de la population, permettront cette analyse.

C. — LES FACTEURS ÉCONOMIQUES

On doit considérer trois types de facteurs économiques : les prix des services et biens ; les revenus des ménages ; les modes d'assurances qui modifient les « coûts » de ses services et biens.

Les prix ont déjà été étudiés au chapitre III. On envisagera ici les variations de la consommation médicale selon les revenus et selon les modes d'assurances.

LE REVENU ANNUEL DU MÉNAGE

analyses ou séances et par an				Dépenses en nouveaux francs Par personne et par an						
Pharmacie individualisée avec ordonnance	Pharmacie non individualisée	Analyses de laboratoire	Séances de soins dentaires	Actes de médecin	Pharmacie individualisée sans ordonnance	Pharmacie individualisée avec ordonnance	Pharmacie non individualisée	Analyses de laboratoire	Séances de soins dentaires	Ensemble des dépenses (soins dentaires, et hospitalisation exclus)
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
950,4	120,0	32,4	37,2	27,34	25,10	49,86	2,72	2,94	1,27	120,05
786,0	110,4	28,8	118,8	33,23	17,25	64,91	1,92	1,32	6,16	150,00
620,4	154,8	39,6	85,2	28,88	13,57	49,19	3,39	2,00	9,11	106,94
631,2	130,8	31,2	200,4	25,53	13,05	49,31	2,86	1,78	26,41	99,55
561,6	141,6	38,4	198,0	33,37	13,89	44,04	2,93	3,12	21,92	111,81
555,6	124,8	50,4	237,6	29,71	11,90	44,26	2,64	5,78	19,99	107,29
494,4	134,4	36,0	249,6	29,33	12,29	42,19	2,84	2,45	31,48	103,30
651,6	213,6	55,2	270,0	108,47	15,40	47,61	6,29	8,57	57,78	222,33
640,8	81,6	81,6	136,8	46,70	13,08	103,56	1,72	16,20	—	186,72
720,0	240,0	—	48,0	16,80	8,18	59,36	2,76	—	30,60	124,00
429,6	91,2	45,6	289,2	30,51	13,32	42,26	5,50	2,64	5,00	98,10
619,8	135,1	40,3	183,0	32,44	14,16	48,15	3,02	3,23	19,60	114,10

I. Les revenus

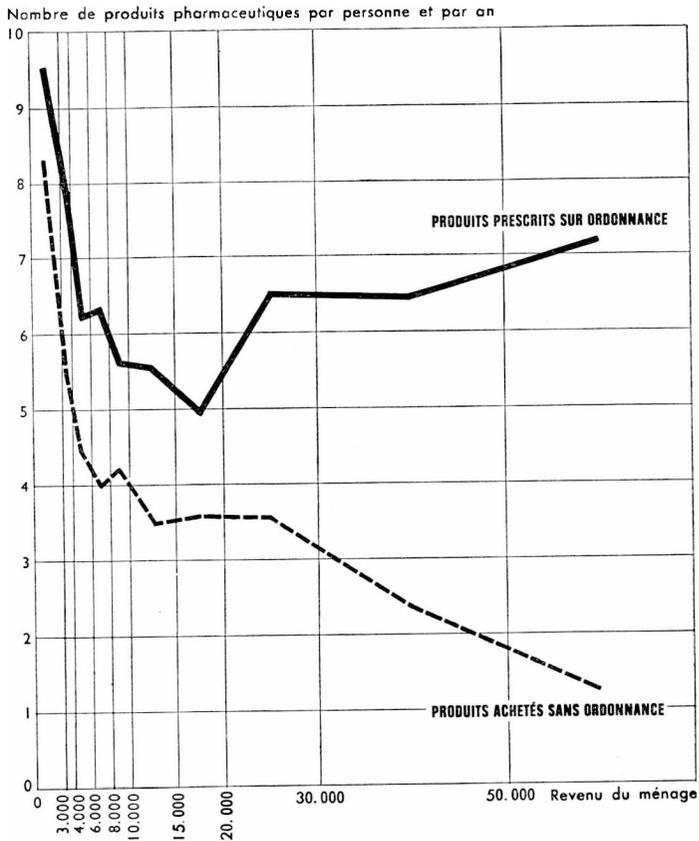
Les données que nous fournit le tableau XXVIII, ne peuvent être considérées que comme de premières indications. Des analyses plus approfondies seront nécessaires pour mesurer les effets de cette variable. On devra s'efforcer d'isoler l'effet du revenu de ceux des autres facteurs. Pour ne prendre qu'un exemple, il semble évident que la proportion des personnes âgées doit être particulièrement forte dans les classes de revenu les plus faibles. Ainsi s'expliquerait le fait, au premier abord paradoxal, que les consommations médicales les plus fortes sont, dans de nombreux cas, celles des ménages ayant les revenus les plus faibles. On devra surtout étudier la consommation en fonction des **revenus par personne**, c'est-à-dire tenir compte du nombre de personnes composant le ménage.

En fait, le revenu ne semble avoir qu'un effet très faible, parfois nul, sur

les consommations médicales. Après cette constatation d'ordre général certaines remarques doivent cependant être faites.

a) Comme on l'a déjà observé plusieurs fois, la consommation de soins dentaires a des caractères très particuliers. Le graphique 10 montre que les dépenses de soins dentaires sont très fortement conditionnées par le revenu.

Peut-être en est-il de même des services médicaux de haute technicité tels que les analyses de laboratoire.



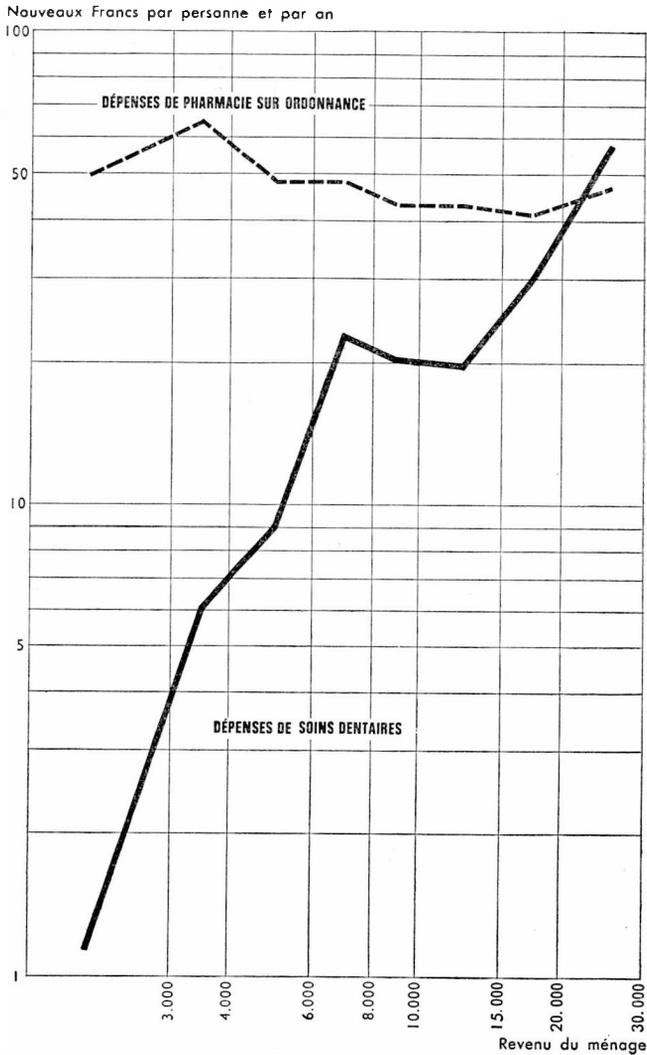
GRAPHIQUE 9

Les achats de produits pharmaceutiques selon le revenu du ménage

b) La consommation médicale proprement dite (actes de médecins, pharmacie) semble peu sensible au revenu, ainsi que le montre le graphique 10 en ce qui concerne la pharmacie sur ordonnance. En fait, lorsque l'on étudie, par exemple, la fréquence de l'appel au médecin en fonction du **revenu par personne**, on peut se demander s'il n'existe pas un seuil au-dessus duquel, les besoins étant correctement couverts, le revenu n'a qu'une faible incidence. Mais au-dessous de ce seuil l'effet du revenu pourrait être considérable.

c) Dans le domaine de la pharmacie, deux types de consommations semblent exister. Le graphique 9 montre le phénomène paradoxal de la diminution du nombre de produits achetés lorsque le revenu du ménage

s'accroît. On a dit que ce fait était sans doute dû à la proportion plus forte de personnes âgées dans les classes de faible revenu. Mais on est frappé de l'importance du phénomène lorsque l'on considère la pharmacie achetée sans ordonnance. S'appuyant sur l'observation précédente on



GRAPHIQUE 10

**Dépense de pharmacie et de soins dentaires
selon le revenu du ménage (coordonnées logarithmiques)**

pourrait penser que lorsque leur revenu est trop faible pour leur permettre de faire appel au médecin, certaines catégories de la population s'efforcent d'y suppléer par des achats de produits pharmaceutiques sans ordonnance. Il n'est pas besoin de souligner qu'un tel comportement est, du point de vue médical, très peu satisfaisant.

TABLEAU XXIX. — CONSOMMATION SELON LE MODE

	Nombre d'actes, produits, Pour 100 personnes				
	Visites de médecine générale	Consultations de médecine générale	Consultations de spécialistes	Ensemble des actes de médecins	Pharmacie individualisée sans ordonnance
	1	2	3	4	5
Régime général	151,2	165,6	61,2	384,0	474,0
Régime des fonctionnaires	164,4	158,4	92,4	421,2	493,2
Régime des étudiants	43,2	171,6	128,4	343,2	120,0
Régime des invalides.....	204,0	90,0	181,2	565,2	282,0
Ensemble régimes général et rattachés	(153,6)	(164,4)	(66,0)	(390,0)	(474,0)
Régime agricole	135,6	104,4	20,4	261,6	265,2
Régime des mines	66,0	181,2	34,8	282,0	252,0
Régime de la S.N.C.F.	198,0	115,2	45,6	361,2	380,4
Régimes divers	105,6	140,4	109,2	366,0	367,2
Ensemble des régimes	147,6	154,8	63,6	372,0	433,2
Personnes non protégées par les assurances sociales ..	157,2	99,6	39,6	300,0	422,4
ENSEMBLE	149,6	141,8	57,6	354,8	430,4

2. Le mode d'assurance

Compte tenu des observations faites à propos de l'effet des prix et de l'effet du revenu, il est explicable que les variations de la consommation médicale selon le mode d'assurance soient peu importantes. Dans bien des cas, en outre, on doit se demander si les différences observées ne sont pas dues aux facteurs que l'on vient d'étudier et dont les effets sont beaucoup plus marqués. Faisons aussi une réserve sur les résultats indiqués dans le tableau XXIX : les données concernant certains régimes spéciaux n'ont été obtenues qu'à partir d'échantillons peu importants et doivent donc être considérées avec précautions.

Il semble cependant que l'effet de la catégorie socio-professionnelle l'emporte sur l'effet de l'assurance. A cet égard, il est assez caractéristique que les consommations des personnes protégées par les régimes agricoles et miniers ⁽¹⁾, soient inférieures à celles des personnes qui ne sont pas couvertes par les Assurances Sociales.

(1) Les consommations des personnes protégées par le régime minier ne peuvent être appréciées qu'en « nombres d'actes » puisqu'elles sont, dans la majorité des cas, couvertes par « tiers payant » et n'apparaissent pas dans les dépenses des ménages.

DE PROTECTION PAR LES ASSURANCES SOCIALES

analyses ou séances et par an				Dépenses en nouveaux francs Par personne et par an						
Pharmacie individualisée avec ordonnance	Total pharmacie individualisée	Analyses de laboratoire	Séances de soins dentaires	Actes de médecin	Pharmacie individualisée sans ordonnance	Pharmacie individualisée avec ordonnance	Total pharmacie individualisée	Analyses de laboratoire	Séances de soins dentaires	Ensemble des dépenses (soins dentaires, hospitalisation et pharmacie non individualisée exclus)
6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
652,8	1 126,8	48,0	207,6	37,71	14,61	54,99	69,60	4,91	20,31	126,28
669,6	1 162,8	37,2	266,4	38,79	15,48	54,91	70,39	2,98	32,34	138,29
999,6	1 119,6	43,2	256,8	35,19	2,67	119,97	122,64	—	16,00	157,60
800,4	1 082,4	45,6	45,6	34,12	6,64	64,16	70,80	—	—	106,89
(657,6)	(1 131,6)	(45,6)	(214,8)	(37,83)	(14,62)	(55,33)	(69,95)	(4,57)	(21,89)	(128,01)
436,8	702,0	13,2	93,6	22,55	9,15	33,77	42,92	0,66	8,23	73,18
579,6	831,6	49,2	62,4	10,69	7,44	8,01	15,45	—	7,50	27,95
798,0	1 178,4	34,8	200,4	26,17	11,45	55,21	66,66	0,51	44,47	119,42
580,8	948,0	46,8	230,4	26,86	11,30	44,87	56,17	0,28	48,50	90,45
637,2	1 070,4	42,0	199,2	34,03	13,45	50,86	64,31	3,52	23,26	116,14
572,4	994,8	27,6	133,2	27,45	16,40	39,63	56,03	2,36	8,13	95,18
619,8	1 050,2	40,3	183,0	32,44	14,16	48,15	62,31	3,24	19,61	111,08

Il sera donc nécessaire, si l'on veut préciser l'incidence des Assurances Sociales sur la consommation médicale, d'éliminer, autant qu'il sera possible, les effets combinés des facteurs prédominants que sont la catégorie socio-professionnelle et l'âge. Il sera alors intéressant d'étudier l'effet des diverses combinaisons des modes d'assurance, en particulier de l'association à l'assurance sociale d'une assurance complémentaire, mutualiste ou privée.

CONCLUSION

En conclusion, on essaiera de répondre à deux questions :

A quoi sert cette enquête et que nous apporte-t-elle?

Quelles sont ses insuffisances et quels efforts seront nécessaires pour les surmonter?

On percevra plus clairement l'utilité d'une telle étude, en considérant successivement les trois grands types de facteurs qui conditionnent la consommation de soins médicaux.

Étudier les facteurs physio-pathologiques, dont l'âge et le sexe sont un reflet, et dont les motivations des malades nous apporteront une image déjà plus précise, c'est s'efforcer d'appréhender, grâce à des indicateurs indirects, **les besoins**. Situer en face de ces besoins les consommations effectives des malades ferait apparaître les **insuffisances actuelles** du fonctionnement de notre appareil médical, soit vis-à-vis d'une catégorie de population, soit vis-à-vis d'une technique. Ainsi peut-on discerner, par exemple, l'insuffisance des soins médicaux reçus par les vieillards ou les salariés agricoles ; ou, par exemple, l'insuffisance d'équipement de la province en laboratoires d'analyses.

Étudier les facteurs économiques, c'est apporter des éléments à la **politique financière** des organismes sociaux, en permettant de percevoir plus nettement, et peut-être de mesurer, les incidences des décisions dans le domaine des prix ou des modalités de paiement des dépenses médicales.

Étudier les facteurs psychosociologiques, c'est rechercher des éléments de **prévision** ; à condition toutefois de toujours considérer ces facteurs dans leurs rapports avec les facteurs techniques ⁽¹⁾. Car c'est en fonction des modifications de comportement face au progrès très rapide des techniques, qu'évolue la consommation de soins médicaux.

Certes une telle présentation des objectifs de ces études est trop systématique. Elle veut seulement faire ressortir qu'actuellement, et à **moyen terme**, dans la situation que connaît un pays tel que le nôtre, le moteur essentiel de l'évolution de la consommation médicale ne réside pas dans les facteurs économiques ⁽²⁾, (sans exclure que ces facteurs aient joué un rôle important dans le passé) il ne réside pas non plus dans une évolution des facteurs physio-pathologiques ⁽³⁾, (sans exclure que dans l'avenir, ou dans d'autres pays, les succès des méthodes de prévention ou de traitement puissent modifier, peut-être rapidement, les morbidités des populations et leurs besoins).

Cette enquête améliore nombre de nos connaissances, mais elle laisse certes subsister des lacunes.

Elle a porté, en effet, sur un échantillon réduit, et l'on a souligné que certains de ses résultats sont, de ce fait, trop aléatoires pour être interprétables. Cependant il était normal qu'une telle entreprise ne soit engagée, pour la première fois, qu'à une échelle raisonnable.

Par ailleurs cette enquête n'étudie pas la consommation de soins hospitaliers qui représentent plus de 40 % des dépenses médicales de la nation.

Enfin, n'offrant qu'une observation instantanée, elle ne permet pas de saisir l'action du progrès technique, facteur évolutif essentiel de la consommation médicale.

Une telle enquête devrait donc être complétée par des enquêtes hospitalières coordonnées et conçues dans le même esprit. Elle ne prendra surtout sa valeur et sa pleine utilité que si elle est renouvelée. Il serait alors possible d'apprécier l'effet des facteurs techniques que nous ne pouvons analyser et que nous sommes encore contraints de considérer comme liés au temps. Il serait possible aussi, en étendant nos observations à un échantillon plus vaste ou à une période plus longue d'approfondir nos connaissances, à la lumière de l'expérience acquise par l'étude que nous poursuivons aujourd'hui.

(1) De même que ces facteurs apparaissent intimement associés lorsque l'on considère l'évolution de la demande d'automobile ou d'appareils de télévision.

(2) L'élasticité-revenu des consommations médicales apparaissant faible, ne constitue qu'un élément mineur dans la prévision d'une demande qui s'accroît pourtant de façon très rapide.

(3) Bien que l'âge soit le facteur qui entraîne les plus grandes variations de la consommation, les modifications de la pyramide des âges sont trop lentes et trop faibles pour entraîner, à moyen terme, des modifications importantes de la consommation médicale.