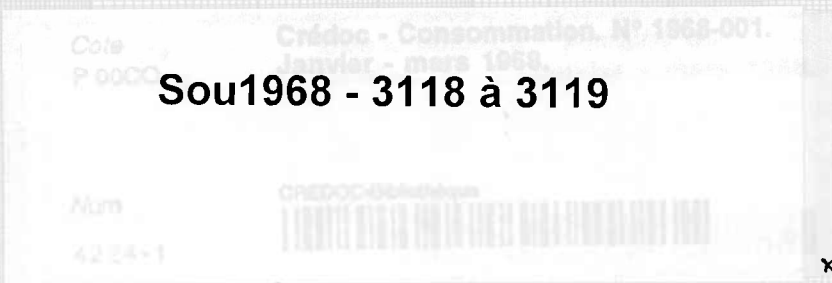


Consommation

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



1968 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. Jacques DUMONTIER, Directeur de la Statistique Générale à l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Ses travaux sont orientés par un Conseil Scientifique nommé par le 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 ménage et économétrie de la demande.
- Établissement de perspectives de consommation à moyen et long termes.
- Méthodologie de l'étude de marchés des biens et services individuels et collectifs.
- Étude du comportement de l'épargnant.

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.

Président : Jacques DUMONTIER

Directeur de la Statistique Générale
à l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

Vice-Présidents : R. MERCIER

Directeur Général de la Société d'Études pour le Développement Économique et Social.

Ph. HUET

Directeur Général du Commerce Intérieur et des Prix

Président du Conseil Scientifique : G. ROTTIER

Directeur Général du Centre d'Études et de Recherches sur l'Aménagement Urbain.

Directeur : E. A. LISLE

Secrétaire Général du Centre de Recherche Économique sur l'Épargne.

Directeur adjoint : G. ROSCH

*Toute reproduction de textes ou graphiques est autorisée
sous réserve de l'indication de la source.*

XV^e année
N° 1 - Janvier-Mars 1968

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

45, Boulevard de la Gare — PARIS 13^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 : 46 F - Étranger : 55 F - Le numéro : 13 F

N° d'appel Service « Abonnements » 633.52.40

sommaire

ÉTUDES

Corinne GUILLOT, Andrée et Arié MIZRAHI

Étude critique de méthodes d'enquête 3

Edmond LISLE et Aline ANDRÉ

Étude sur l'offre et la demande de créances des
ménages 39

BIBLIOGRAPHIE

ÉTUDE CRITIQUE DE MÉTHODES D'ENQUÊTE

(Une enquête pilote sur la consommation médicale)

par

Corinne GUILLOT, Andrée MIZRAHI et Arié MIZRAHI

Le C.R.E.D.O.C. et l'I.N.S.E.E. ont organisé une enquête pilote sur la consommation médicale de ville des ménages de la Région Parisienne, d'octobre 1965 à mai 1966. Il s'agissait d'une enquête longitudinale, chaque famille étant interrogée pendant 6 mois, par interview et carnet de compte.

L'optique expérimentale de ce travail et la longueur inhabituelle de la période d'observation ont permis de tester l'influence de différentes modalités d'enquête, sur la participation des ménages. L'octroi d'une récompense de faible valeur (1/10^e de billet de loterie nationale tous les mois) augmente le taux de participation de 10 % ; des visites fréquentes (tous les 15 jours au lieu de tous les mois) diminuent ce taux de 14 %.

Par ailleurs, l'accès aux dossiers de sécurité sociale, pour les personnes protégées par le régime général appartenant à l'échantillon initial a permis un enrichissement considérable de l'information, et permet d'apprécier la validité des renseignements fournis par les enquêtés. Il ressort de cette confrontation que les dépenses médicales déclarées par les ménages qui participent à l'enquête représentent environ 80 % de leurs dépenses réelles. Quant aux familles ayant refusé de collaborer à l'enquête, leurs dépenses médicales seraient supérieures d'environ 30 % à celles qui ont accepté.

La faible taille de l'échantillon et la région limitée où s'est déroulée cette enquête ne permettent pas de généraliser sans précaution ces résultats : cependant, cette mesure de la qualité de l'information, incite à beaucoup de prudence dans la recherche des facteurs explicatifs de la consommation à partir des seules enquêtes auprès des ménages.

SOMMAIRE

Introduction	5
CHAPITRE 1. — L'enquête auprès des ménages	6
A. Caractéristiques générales	9
1. Déroulement et modalités de l'enquête	6
2. Les questionnaires	7
3. Les enquêteurs	8
4. Le contrôle de l'enquête	8
B. Participation à l'enquête	8
1. Résultats globaux	8
2. Influence des modalités sur la participation	9
C. Précisions apportées par l'allongement de la période d'observation	14
CHAPITRE 2. — Confrontation avec les dossiers de Sécurité Sociale	17
A. Exploitation des dossiers de Sécurité Sociale	17
B. Consommations d'après l'enquête et les dossiers de Sécurité Sociale	18
1. Les différents types d'actes selon les sources d'information où ils figurent	18
2. Les hypothèses retenues	20
3. Les taux d'oublis	22
4. La sous-estimation des dépenses	26
C. La consommation des personnes n'ayant pas participé à l'enquête	27
D. Amélioration apportée par la conjugaison des deux sources d'information	31
Conclusion	31
Annexes.	

INTRODUCTION

L'enquête auprès des ménages est l'instrument d'observation privilégié en matière d'économétrie de la consommation.

Quelle confiance peut-on accorder à cet outil d'observation ; le degré de précision des renseignements obtenus est-il compatible avec la finesse des analyses que l'on tente ? L'étude présentée ici essaye d'apporter une réponse encore très partielle, mais chiffrée, à ces questions très générales.

Les erreurs s'introduisent en assez grand nombre, au niveau de la collecte des renseignements auprès des ménages. Ces erreurs sont de plusieurs types : si la tenue d'un carnet des compte diminue en partie celles dues aux défaillances de la mémoire, il est très difficile d'éviter les oublis et omissions volontaires et les erreurs par insuffisance d'information ou incompréhension de certaines questions. La mesure de ces erreurs ou oublis peut être tentée, en confrontant les résultats obtenus par une enquête avec des données issues d'une source d'informations extérieure et portant sur le même échantillon.

Malgré tout le soin que l'on peut apporter à bien présenter l'enquête aux ménages, un certain nombre de familles refusent toujours de répondre ou, quand il s'agit d'une enquête longue, cessent de participer. Des données complémentaires sur la consommation des ménages permettent d'estimer le biais qu'entraîne leurs refus et là aussi l'existence d'une source d'informations extérieure à l'enquête est indispensable.

Pour obtenir la participation maximum des ménages, le minimum d'oublis et d'erreurs, on peut être amené à choisir entre plusieurs techniques d'enquêtes.

Ainsi, lors d'une enquête se déroulant sur une longue période, vaut-il mieux interroger les ménages tous les 15 jours ou tous les mois ? Un intervalle court permet peut-être de diminuer les erreurs de mémoire, mais peut entraîner une plus grande lassitude. Ce choix ne peut être fait en toute connaissance de cause qu'après l'essai et la comparaison de différentes modalités.

La généralité de ces problèmes a conduit à utiliser rapidement des résultats encore partiels d'une enquête pilote sur la consommation des soins médicaux des ménages, exécutée par le C.R.E.D.O.C. et l'I.N.S.E.E. (1) dans la Région Parisienne pour préparer une enquête nationale. Cette enquête réalise en effet les conditions qui permettent d'aborder, au moins en partie, les problèmes posés ci-dessus.

L'existence de la Sécurité Sociale offre la possibilité de confronter les résultats obtenus par l'enquête auprès des ménages, avec les renseignements issus des dossiers de maladies des mêmes personnes. Ce travail de

(1) Le Dr G. Rosch, Directeur-Adjoint du C.R.E.D.O.C., MM. Jean-Michel Rempp et Alain Blanquier, administrateurs à l'I.N.S.E.E., ont participé à la réalisation de cette enquête.

rapprochement a été fait pour toutes les personnes de l'échantillon protégées par le Régime Général de la Sécurité Sociale. Il a permis d'une part de comparer les données obtenues auprès des ménages avec celles issues des dossiers, d'autre part d'étudier la consommation des personnes qui ont refusé de répondre en totalité ou en partie à l'enquête. Par ailleurs plusieurs techniques d'enquête ont été utilisées sur des sous-échantillons comparables.

La première partie de cet article décrit le déroulement de l'enquête, l'accueil des ménages et leur collaboration en fonction des différentes modalités retenues.

La deuxième partie présente les modalités pratiques de la confrontation entre les données de l'enquête auprès des ménages et celles issues des dossiers de Sécurité Sociale, puis l'importance des oublis dus aux familles enquêtées. En dernier lieu, on s'efforce de mesurer la sous-estimation de la consommation qu'entraînerait la seule connaissance de l'enquête auprès des ménages.

CHAPITRE I

L'ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉNAGES

A. — CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

1. — DÉROULEMENT ET MODALITÉS DE L'ENQUÊTE

L'enquête pilote 1965-66 sur la consommation des soins médicaux, a été effectuée auprès d'un échantillon aléatoire de 600 ménages de la Région Parisienne. La consommation des ménages a été observée **pendant 6 mois**, de novembre 1965 à mai 1966 ⁽¹⁾, par des interviews régulières d'enquêteurs et la tenue de carnets de comptes.

Pour chercher la méthode permettant d'obtenir l'information la meilleure, trois modalités d'enquête ont été essayées et comparées :

— **le rythme mensuel ou bi-mensuel de passage** des enquêteurs dans les familles,

— **l'attribution ou non d'une récompense** aux ménages pour les remercier de leur effort et de leur persévérance,

— **la remise ou non d'un aide-mémoire** en début d'enquête, indiquant la façon d'utiliser le carnet de comptes.

Pour pouvoir comparer la qualité de l'information obtenue selon toutes les combinaisons possibles de ces 3 alternatives, l'échantillon des 600 ménages a été divisé en 8 sous-échantillons égaux de 75 ménages.

(1) Cette enquête n'a couvert que 6 mois de l'année. Les variations saisonnières, très importantes dans ce type de consommation, ne sont pas enregistrées.

2. — LES QUESTIONNAIRES

Plusieurs documents ont servi à collecter l'information. On peut les présenter en 3 groupes :

— Le questionnaire initial et le questionnaire final étaient d'un modèle assez classique.

- **Le questionnaire initial** était rempli à la première interview. Il portait sur la situation socio-démographique et économique des membres du ménage et sur quelques questions médicales.

- **Le questionnaire final** était rempli à la fin de la dernière visite. Il comprenait certains renseignements complémentaires d'ordre médical et sociologique et un ensemble de questions sur le revenu.

— Le second groupe comprenait deux documents qui permettaient le relevé des consommations instantanées (consultation ou visite de médecin, acquisition de produits pharmaceutiques par exemple). Ils étaient renouvelés à chaque passage de l'enquêteur.

- **Le carnet de comptes** était laissé par l'enquêteur à chacune de ses visites ; le ménage devait y noter au fur et à mesure tous les actes médicaux et acquisitions pharmaceutiques, leur date, le prénom du consommateur et la dépense effectuée.

- **Le formulaire de ramassage** était rempli par l'enquêteur lui-même à partir de la deuxième visite dans les familles. Il y consignait tous les actes médicaux et acquisitions pharmaceutiques du ménage pour la période séparant deux passages (1 mois ou 15 jours selon l'échantillon), la nature exacte de la consommation, son motif, sa date, le prénom du consommateur et la dépense effectuée.

— Le dernier groupe de questionnaires était adapté au caractère particulier de cette enquête, essentiellement à la durée de la période d'observation.

- **Le questionnaire navette** était un des éléments les plus neufs. Comme l'indique son nom, ce questionnaire a fait la « navette » pendant toute l'enquête entre l'enquêteur et les responsables de l'enquête. Il avait un triple but :

- servir d'aide-mémoire à l'enquêteur au cours de ses visites successives dans les ménages ; ce dernier pouvait y trouver la composition du ménage, les maladies de chacun des enquêtés et le résumé des consommations déclarées ;

- recueillir les informations concernant les événements ayant une certaine durée dans le temps : interruptions d'activité, alitements, hospitalisations ;

- servir de lien entre les enquêteurs et les responsables de l'enquête ; ces derniers pouvaient formuler aux enquêteurs les questions nécessaires à l'amélioration de l'information, ceux-ci y répondaient à la visite suivante.

- **La feuille de traitement en cours** permettait à chaque visite de faire le point des traitements pharmaceutiques suivis par les différents membres du ménage et déclarés au cours des visites précédentes (1).

(1) Signalons l'existence d'un questionnaire hospitalisation (un questionnaire pour chaque séjour) qui n'a encore donné lieu à aucune exploitation.

3. — LES ENQUÊTEURS

13 enquêteurs ont mené l'enquête de bout en bout ; ils faisaient partie du réseau permanent de la Direction Régionale de Paris de l'I.N.S.E.E. L'enquête était lourde, difficile, précise ; les enquêteurs devaient savoir se faire accepter par les familles pendant une longue période, ils ont donc été choisis avec beaucoup de soin.

Leur formation a été très soignée. Elle a été réalisée par l'ensemble des responsables de l'enquête en plusieurs étapes :

— avant le début de l'enquête, les enquêteurs, à l'aide d'instructions détaillées, avaient dû rédiger des exercices envisageant la plupart des difficultés qu'ils pourraient rencontrer au cours de leurs interviews. Ces exercices ont été corrigés pendant les 3 jours de séances d'instruction orale auxquelles participaient tous les responsables de l'enquête, tant statisticiens que médecins ;

— après le début de l'enquête sur le terrain, 3 séances d'instructions complémentaires d'une journée ont été organisées. Elles ont permis un dialogue fructueux entre enquêteurs et responsables ;

— enfin, tout au cours de l'enquête les responsables ont suivi de très près les enquêteurs, leur donnant au fur et à mesure toutes les explications qui étaient nécessaires.

4. — LE CONTRÔLE DE L'ENQUÊTE

Outre les vérifications sur le terrain effectuées par les contrôleurs de l'I.N.S.E.E., un contrôle très poussé et soigné des questionnaires a eu lieu tout au long des six mois.

La taille réduite de l'échantillon prélevé dans une région unique a permis d'entreprendre cette lourde tâche. De plus, la durée de l'enquête (6 mois) facilitait l'établissement d'un dialogue entre enquêteurs et responsables.

Après chaque interview, les enquêteurs devaient adresser à la Direction Régionale l'ensemble des formulaires (même si ceux-ci n'avaient pas été remplis). Ces dossiers étaient alors contrôlés successivement par un agent de la Direction Régionale de l'I.N.S.E.E. et un médecin, puis le questionnaire navette était renvoyé aux enquêteurs pour la visite suivante (1).

Avant la dernière visite, un contrôle général de l'ensemble de chacun des dossiers a été fait.

B. — PARTICIPATION A L'ENQUÊTE

1. — RÉSULTATS GLOBAUX

Sur les 600 ménages désignés par le tirage au sort, 549 pouvaient être enquêtés (2) ; parmi ces ménages **377 (69%) ont participé totalement** à l'enquête, 67 (12%) ont abandonné en cours et le même nombre a refusé dès le départ toute participation à l'enquête. Compte tenu de la région enquêtée (la Région Parisienne est celle où les taux de refus enregistrés sont toujours les plus élevés) le taux d'acceptation serait probablement meilleur sur la France entière. A titre de comparaison figurent, dans le

(1) Cf. annexe 1 page 34, le schéma du « va-et-vient » des questionnaires.

(2) Il faut rappeler que l'unité de sondage est le logement. Les 51 logements qui ne pouvaient être enquêtés sont des logements détruits, des résidences secondaires, des locaux professionnels.

tableau 1, les taux de réponse observés pour cette enquête pilote, ceux de l'enquête sur les soins médicaux (1) effectuée en 1960 par le C.R.E.D.O.C. et l'I.N.S.E.E. qui ne portait que sur 1 mois, et ceux d'une enquête sur « les conditions de vie des familles (2) » effectuée par le C.R.E.D.O.C. à la demande de l'U.N.C.A.F. et pour laquelle la période d'enregistrement était de un an, donc fort longue aussi.

TABLEAU 1

Taux d'acceptation totale à 3 enquêtes de consommation

	Enquête sur les soins médicaux (1960)		Enquête pilote sur les soins médicaux (1965-66)		Enquête sur les conditions de vie des familles (1962-63)	
	Nombre de ménages	%	Nombre de ménages	%	Nombre de ménages	%
Participation complète	3 142	90,1	377	68,7	832	40,1
Abandons	97	2,8	67	12,2	510	24,6
Refus d'emblée	112	3,2	67	12,2	604	29,1
Contact établi	3 351	96,1	511	93,1	1 946	93,8
Introuvables (dont absents de longue durée)	137	3,9	38	6,9	129	6,2
Total des ménages dans le champ de l'enquête	3 488	100,0	549	100,0	2 075	100,0

2. — INFLUENCE DES MODALITÉS DE L'ENQUÊTE SUR LA PARTICIPATION

21. Participation et longueur de la période d'observation

Certains ménages refusent de répondre dès le premier contact avec l'enquêteur, d'autres après une acceptation de principe abandonnent au cours de l'enquête. Comme le montre le graphique 1 (3) ces abandons s'échelonnent au cours du temps et les taux de participation diminuent. Ces taux sont calculés sur les 511 ménages avec lesquels les enquêteurs ont pu établir un contact.

(1) Cf. G. ROSCH, J. M. REMPP et M. MAGDELAINE, « Une enquête par sondage sur la consommation médicale », *Consommation*, n° 1, 1962.

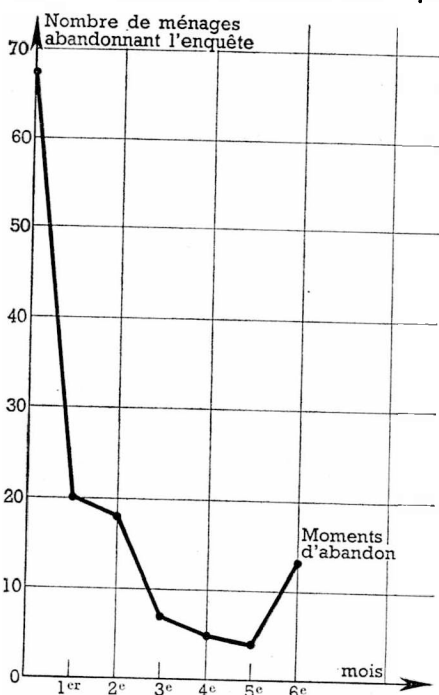
(2) N. TABARD, Y. VAN EFFENTERE, M. GUILLOT, A. PITROU, E. VALETTE, *Les conditions de vie des familles*, C.R.E.D.O.C.-U.N.C.A.F.

(3) Cf. annexe 2, page 35 les chiffres correspondant à ce graphique.

Passé le cap du premier entretien, les taux d'abandons restent assez forts (3,8%) les deux premiers mois, puis se stabilisent autour de 1%. La remontée apparente des abandons durant le sixième mois est due au fait que les ménages ayant refusé de répondre en tout ou en partie au questionnaire final, ont été considérés comme abandonnant. Une chute assez importante de la participation des ménages est donc liée à la durée de la période d'observation ; on peut se demander si celle-ci est compensée par une information de meilleure qualité (1).

GRAPHIQUE 1

Refus et abandons en fonction du temps



22. Participation et modalités contrôlées

Les modalités contrôlées de l'enquête (rythme des visites, attribution ou non d'une récompense, dépôt ou non d'un aide-mémoire) déterminent les 8 sous-échantillons définis précédemment.

Le tableau 2 donne le nombre des ménages qui ont pu être contactés par l'enquêteur, ceux qui ont refusé d'emblée l'enquête et ceux qui l'ont abandonnée au cours de son déroulement.

Le nombre des ménages figurant dans chaque sous-échantillon étant faible, les **taux de refus** sont très aléatoires. On analysera donc successivement l'effet de chaque modalité en découpant en deux seulement l'échantillon total (cf. tableau 3).

Ces modalités semblent ne pas avoir **d'influence sur les refus des ménages** ; aucune des différences n'est significative à 0,95. Il est probable que la plupart de ces ménages refusent leur participation avant même de connaître le déroulement prévu pour l'enquête.

L'influence éventuelle de chaque modalité sur les **taux d'abandons** sera, pour les mêmes raisons que précédemment, étudiée séparément (cf. tableau 4).

L'attribution d'une récompense freine sensiblement les **abandons en cours d'enquête**. Des **visites plus espacées** des enquêteurs lassent moins les familles et les abandons sont moins nombreux lorsque celles-ci ont lieu tous les mois. L'aide-mémoire n'a pas d'effet sur les abandons comme on pouvait s'y attendre, son rôle étant plutôt de limiter les oublis.

L'effet simultané du rythme des visites et de la récompense sur ces abandons apparaît dans le tableau 5.

(1) On essaie de répondre partiellement à cette question au paragraphe C de ce chapitre, page 14

TABLEAU 2

Participation à l'enquête selon les sous-échantillons

Définition du sous-échantillon	Nombre de ménages contactés par les enquêteurs	Nombre de refus	Taux de refus (%)	Nombre d'abandons	Taux d'abandons (%)	Nombre de participants	Taux de participation (%)
Visite mensuelle Récompense Aide-mémoire	66	6	9,1	7	10,6	53	80,3
Visite mensuelle Pas de récompense Aide-mémoire	65	10	15,4	12	18,5	43	66,1
Visite mensuelle Récompense Pas d'aide-mémoire	64	7	10,9	4	6,3	53	82,8
Visite mensuelle Pas de récompense Pas d'aide-mémoire	63	6	9,5	3	4,8	54	85,7
Visite de quinzaine Récompense Aide-mémoire	62	8	12,9	5	8,1	49	79,0
Visite de quinzaine Pas de récompense Aide-mémoire	62	4	6,4	13	21,0	45	72,6
Visite de quinzaine Récompense Pas d'aide-mémoire	60	14	23,3	9	15,0	37	61,7
Visite de quinzaine Pas de récompense Pas d'aide-mémoire	69	12	17,4	14	20,3	43	62,3
Ensemble	511	67	13,1	67	13,1	377	73,8

TABEAU 3
Refus en fonction des modalités contrôlées d'enquête

Modalité étudiée		Nombre de ménages	Nombre de refus	Taux de refus	Signification de la différence (1)
Rythme des visites	Visite mensuelle	258	29	11,2	Non significative
	Visite de quinzaine	253	38	15,0	
	Ensemble	511	67	13,1	
Récompense	Récompense	252	35	13,9	Non significative
	Sans récompense	259	32	12,4	
	Ensemble	511	67	13,1	
Aide-mémoire	Aide-mémoire	255	28	11,0	Non significative
	Sans aide-mémoire	256	39	15,2	
	Ensemble	511	67	13,1	

(1) Selon le test de fréquence $t = \frac{d}{\sigma_d}$, avec $\sigma_d = \sqrt{\frac{f_1(1-f_1)}{n_1} + \frac{f_2(1-f_2)}{n_2}}$.
 f_1 et f_2 étant les taux étudiés, d leur différence et n_1 et n_2 les nombres de ménages.

TABEAU 4
Abandons en fonction des modalités d'enquête

Modalités		Nombre de ménages	Nombre d'abandons	Taux d'abandons	Signification de la différence
Rythme des visites	Mensuel	258	26	10,1	Significative à 0,95
	Quinzaine	253	41	16,2	
	Ensemble	511	67	13,1	
Récompense	Récompense	252	25	9,9	Significative à 0,95
	Sans récompense ..	259	42	16,2	
	Ensemble	511	67	13,1	
Aide-mémoire	Aide-mémoire	255	37	14,5	Non significative
	Pas d'aide-mémoire ..	256	30	11,7	
	Ensemble	511	37	13,1	

TABLEAU 5

Taux d'abandons en fonction du rythme des visites et de la récompense

	Récompense		Pas de récompense		Ensemble	
	Nombre de ménages	Abandons (%)	Nombre de ménages	Abandons (%)	Nombre de ménages	Abandons (%)
Visite mensuelle	130	8,5	128	11,7	258	10,1
Visite de quinzaine	122	11,5	131	20,6	253	16,3
Ensemble	252	9,9	259	16,2	511	13,1

Les influences bénéfiques de la récompense et de l'espacement des visites se cumulent et le taux d'abandon est deux fois et demie plus fort pour le groupe de ménages « visite bi-mensuelle, sans récompense » que pour celui « visite mensuelle, récompense ».

La technique du **déroulement de l'enquête** n'a pratiquement pas d'action sur les taux de refus. Par contre certaines modalités permettent de diminuer sensiblement les taux d'abandons. Ainsi l'octroi d'une récompense et des visites mensuelles ont incité un très grand nombre de ménages à participer à toute l'enquête, malgré sa durée et la longueur des interviews.

23. Participation et zone de résidence

On a vu que les refus des ménages n'étaient pas influencés par les modalités contrôlées de l'enquête, ils **varient** par contre **considérablement en fonction de la zone de résidence** ⁽¹⁾. Les taux de refus diminuent régulièrement et très rapidement, lorsqu'on s'éloigne de Paris (cf. tableau 6)

TABLEAU 6

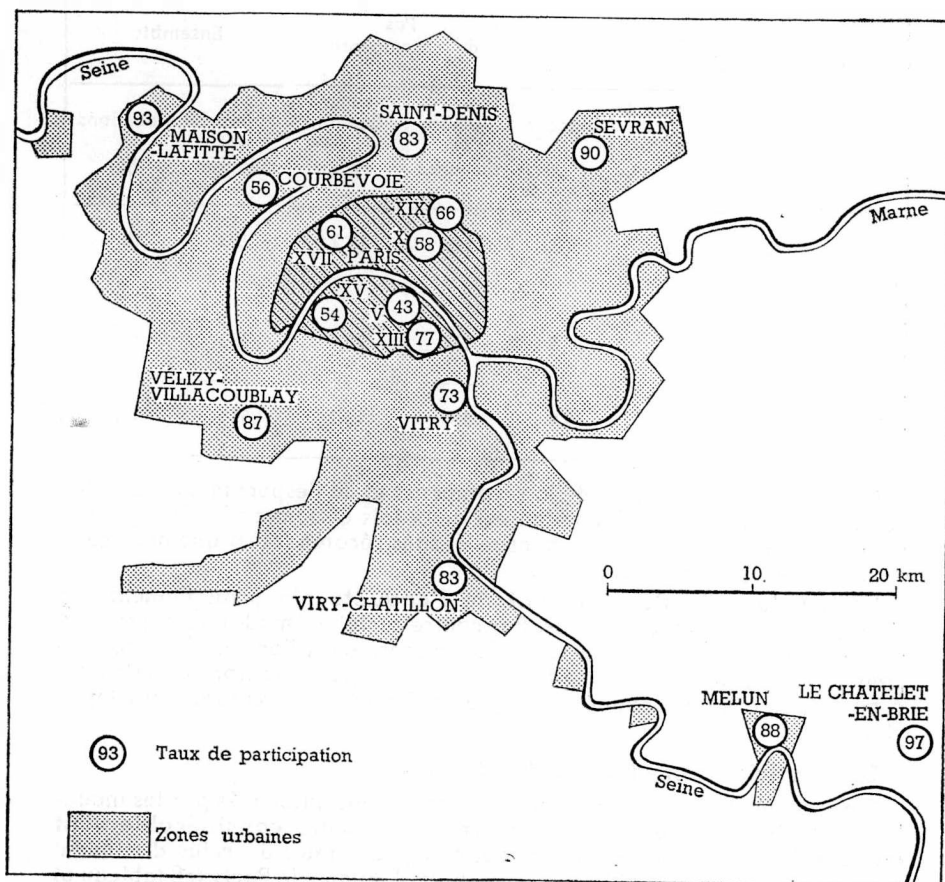
Taux de refus et d'abandons en fonction de la zone de résidence

Zone de résidence	Nombre de ménages	Taux de refus	Taux d'abandons	Taux de participation
Paris	203	19,7	20,2	60,1
Zone d'habitations collectives...	69	18,8	11,6	69,6
Zone d'habitations mixtes	109	8,3	7,3	84,4
Zone d'attraction	72	4,2	11,1	84,6
Hors complexe	58	3,4	3,4	93,2
Ensemble	511	13,1	13,1	73,8

(1) On voit sur la carte 1 les arrondissements de Paris et les localités correspondant à chacune des zones.

CARTE 1

Localisation des zones d'enquête et taux de participation



Comme les refus, les abandons sont plus fréquents à Paris et plus rares dans les communes hors complexe. Dans les zones intermédiaires de la très proche banlieue à la couronne suburbaine, les taux d'abandons sont assez voisins.

La participation à l'enquête n'est pas très élevée à Paris et dans les communes limitrophes, elle est forte en grande banlieue et presque totale dans la zone hors complexe.

Le lieu d'habitation des familles a donc une très grande importance quant à l'accueil fait à l'enquête, ce qui peut sensiblement modifier la représentativité de l'échantillon.

C. — PRÉCISIONS APPORTÉES PAR L'ALLONGEMENT DE LA PÉRIODE D'OBSERVATION

On peut se demander si les abandons entraînés par la longueur de la période d'observation sont compensés par une information plus précise et de meilleure qualité.

l'allongement de la période d'observation peut améliorer la qualité de l'information en d'autres domaines qui restent à étudier. En tout état de cause, elle permet seule certaines analyses, telles que l'enchaînement des consommations médicales.

TABLEAU 7

Nombre de maladies « récupérées » au cours de l'enquête selon la période

Dates	Nombre de maladies	Pourcentage	Pourcentage cumulé
1 ^{er} mois.....	86	51,9	51,9
2 ^e mois.....	29	17,3	69,2
3 ^e mois.....	19	11,4	80,6
4 ^e mois.....	16	9,2	89,8
5 ^e mois.....	6	3,6	93,4
6 ^e mois.....	10	6,0	99,4
Inconnu.....	1	0,6	100,0
TOTAL	167	100,0	

TABLEAU 8

Nombre de maladies « récupérées » au cours de l'enquête selon le rythme des visites

Maladies Mois	Nombre de maladies		Pourcentage		Pourcentage cumulé	
	Visites mensuelles	Visites de quinzaine (1)	Visites mensuelles	Visites de quinzaine (1)	Visites mensuelles	Visites de quinzaine (1)
1 ^{er} mois	53	33	55,3	46,5	55,3	46,5
2 ^e mois	11	18	11,2	25,3	66,5	71,8
3 ^e mois	12	7	12,5	9,9	79,0	81,7
4 ^e mois	13	3	13,6	4,2	92,6	85,9
5 ^e mois	3	3	3,1	4,2	95,7	90,1
6 ^e mois	3	7	3,1	9,9	98,8	100,0
Inconnu	1	—	1,2	—		
TOTAL	96	71	100,0	100,0	100,0	

(1) Pour l'échantillon de quinzaine on a additionné le nombre de maladies découvertes après deux passages successifs de l'enquêteur.

La première étude chiffrée de ce problème ne porte que sur les déclarations des maladies et reste donc encore très partielle. Contrairement aux actes instantanés que sont les consultations, visites, achats de médicaments etc., les maladies ont toutes une certaine durée ; si les ménages omettent de les déclarer à un moment donné, elles ont des chances d'être repérées lors d'une prochaine visite.

Au terme de la première interview on aurait dû connaître toutes les maladies dont étaient atteints ce jour-là les différents membres du ménage. Or, on s'est aperçu au cours du déroulement de l'enquête, que parmi les affections nouvelles déclarées, certaines existaient en fait le premier jour de l'enquête. La première information était donc erronée.

La détection de ces maladies a été possible pour deux raisons :

- au cours des six mois d'observation, certaines personnes ont été amenées à se soigner pour des affections qu'elles avaient omis de signaler le premier jour,

- les médecins responsables de l'enquête pouvaient demander aux enquêteurs chaque fois qu'il leur semblait opportun, depuis quand existait la nouvelle affection signalée comme motif de consommation : par exemple un médicament hypotenseur acheté au bout du deuxième mois de l'enquête pour une personne qui n'avait pas déclaré être atteinte d'hypertension artérielle.

A la première interview, 2 036 maladies ont été déclarées ; 167 maladies qui existaient en fait le premier jour (soit 8,2 %) ont été « récupérées » au cours de l'enquête.

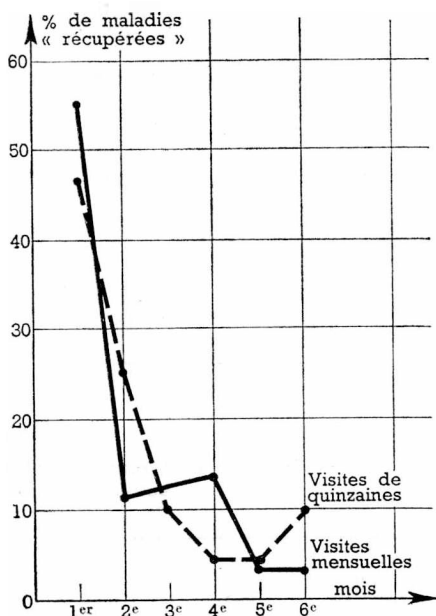
Près de la moitié de ces affections oubliées sont « récupérées » au bout d'un mois (1). Une période d'observation de 3 mois permet de connaître 80 % des maladies oubliées (cf. tableau 7).

Dans l'échantillon mensuel, 96 maladies (57,5 %) ont été « récupérées », et 71 (42,5 %) dans l'échantillon de quinzaine. Le tableau 8 et le graphique 2 représentent le pourcentage de maladies « récupérées » selon le rythme des visites mois par mois. Les différences sont peu importantes et au 3^e mois la même proportion de maladies est récupérée.

Si l'on considère l'effort demandé aux ménages et le poids d'une telle enquête, l'apport de l'allongement de la période d'observation sur la connaissance des maladies existant un jour donné paraît assez faible ; mais

GRAPHIQUE 2

Pourcentage des maladies récupérées selon le rythme des visites



(1) La date de « récupération » est celle où l'affection est apparue pour la première fois dans l'enquête.

CHAPITRE II

CONFRONTATION AVEC LES DOSSIERS DE SÉCURITÉ SOCIALE

Les estimations de consommation issues des enquêtes auprès des ménages sont généralement biaisées pour deux raisons essentielles :

- les enquêtés oublient de déclarer une part de leur consommation ;
- les ménages refusant de participer aux enquêtes n'ont pas nécessairement la même consommation que les autres.

La connaissance des dossiers de Sécurité Sociale pour une partie de l'échantillon permet de donner une réponse quantifiée ⁽¹⁾ à ces deux problèmes. On s'attache, dans cette seconde partie, à présenter l'essentiel de ces résultats méthodologiques.

Pour les assurés sociaux ayant collaboré en permanence à l'enquête et dont les dossiers ont pu être exploités, la conjugaison de deux **sources d'information** permet une estimation plus satisfaisante de la consommation médicale. A partir de cette consommation « théorique », on calcule les taux de sous-estimation entraînés par la seule connaissance de l'enquête auprès des ménages.

L'étude des dossiers de Sécurité Sociale des personnes n'ayant pas participé à l'enquête, permet d'évaluer le biais entraîné par les refus et abandons. L'existence de biais de ce type dans les enquêtes est souvent considérée comme une source possible d'erreurs, mais ils peuvent rarement être chiffrés.

A. — EXPLOITATION DES DOSSIERS DE SÉCURITÉ SOCIALE

Les dossiers exploités sont uniquement ceux des assurés au Régime Général et de leurs ayants droits. Pour les ménages ayant refusé l'interview initiale on ne disposait que des renseignements fournis par le dernier recensement de la population, la recherche de leurs dossiers était donc longue et souvent infructueuse. Pour les autres, le questionnaire initial permettait de recenser les individus assurés au Régime Général ⁽²⁾.

Deux relevés successifs ont été faits :

- le premier, portant sur les événements de 1965, a été fait au printemps 1966. Les assurés ne demandant pas toujours le remboursement de leurs frais médicaux immédiatement, il a paru en effet préférable d'attendre quelques mois entre la date des événements et leur relevé dans les caisses,
- le deuxième, portant sur les événements survenus en 1966, a été fait à l'automne de la même année.

(1) L'estimation explicite ou implicite des biais dans les enquêtes est généralement faite à un niveau très global au moment de l'établissement de statistiques générales, par exemple de Comptabilité Nationale.

(2) Pour ne pas introduire de biais, ni les enquêteurs, ni les ménages n'étaient prévenus de cette confrontation.

Les données trouvées dans les dossiers de Sécurité Sociale étaient recopiées sur deux documents ; l'un pour les actes médicaux et de laboratoire (1), l'autre pour les produits pharmaceutiques et appareils.

Ces relevés ont été confiés à des agents techniques de l'I.N.S.E.E., contrôlés par l'un des responsables qui a suivi lui-même de très près toutes les opérations. Celles-ci avaient été très soigneusement préparées par plusieurs séances fictives de relevés et l'analyse des difficultés que l'on pouvait rencontrer.

Les objectifs de cette tentative étaient avant tout méthodologiques, la comparaison des deux sources d'information a été poussée le plus loin possible, c'est-à-dire au niveau de **l'acte ou du produit**. Pour chaque événement ou acquisition relevé dans l'enquête, on cherchait si cet acte était retrouvé dans les dossiers de Sécurité Sociale. Cette opération, dite d'appariement, a été faite manuellement au moment du chiffrage de l'enquête.

Plusieurs cas pouvaient se rencontrer :

— l'acte recensé au cours de l'interview était retrouvé dans les relevés de Sécurité Sociale,

— à l'acte de l'enquête correspondait, dans les dossiers, un acte qui pouvait bien être le même mais dont toutes les caractéristiques n'étaient pas identiques. Il revenait alors au chiffrageur, d'après le contexte, de décider si l'on pouvait appairier ou non,

— l'acte de l'enquête n'était pas retrouvé à la Sécurité Sociale,

— certains actes étaient notés à la Sécurité Sociale et non mentionnés au cours des interviews.

Tous ces éléments ont été notés et chiffrés. Un certain nombre de critères avaient été donnés au départ. En fait chaque cas douteux devait être examiné en détail et les chiffrageurs ont été aidés dans ce travail par un attaché de l'I.N.S.E.E. qui avait participé à la collecte des données dans les caisses de Sécurité Sociale.

B. — CONSOMMATION D'APRÈS L'ENQUÊTE ET LES DOSSIERS DE SÉCURITÉ SOCIALE

Les dossiers de Sécurité Sociale de 613 personnes protégées par le Régime Général et ayant participé à l'enquête ont été retrouvés. L'analyse simultanée des renseignements issus de ces dossiers et des données de l'enquête, permet une évaluation plus exhaustive de leur consommation. La comparaison de cette évaluation à l'estimation obtenue à partir de l'enquête seule donne un ordre de grandeur sur les taux d'oubli.

1. — LES DIFFÉRENTS TYPES D'ACTES SELON LES SOURCES D'INFORMATION OU ILS FIGURENT

On s'est efforcé de réunir, lors de l'appariement, les renseignements déclarés à l'enquête et ceux trouvés dans les dossiers et qui correspondaient au **même acte médical** (par exemple une visite de généraliste à telle date pour telle personne de la famille). Les consommations pour lesquelles il existe ainsi deux sources de renseignements sont dites appariées (type A dans le tableau 9). Cet appariement n'était pas toujours théoriquement possible, le champs des consommations couvertes par l'enquête étant plus

(1) A l'exclusion des actes ou analyses ayant lieu dans des établissements hospitaliers. L'étude portant sur la consommation « de ville » aucune donnée sur l'hospitalisation n'a été relevée.

TABEAU 9

Existence possible des actes dans les différentes sources d'information

Actes existant	Dans les dossiers de Sécurité Sociale	Pas dans les dossiers de Sécurité Sociale	Ensemble				
Dans l'enquête	<p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">Actes appariés</p>	<p style="text-align: center;">$E = E' + E''$</p> <p style="text-align: center;">Actes apparaissant dans l'enquête seulement</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border-right: 1px solid black;">(E'')</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">(E')</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Erreurs : appariements ratés</td> <td style="text-align: center;">Remboursements non demandés</td> </tr> </table>	(E'')	(E')	Erreurs : appariements ratés	Remboursements non demandés	<p style="text-align: center;">Consommation médicale d'après l'enquête</p> <p style="text-align: center;">$A + E = A + (E' + E'')$</p>
(E'')	(E')						
Erreurs : appariements ratés	Remboursements non demandés						
Pas dans l'enquête	<p style="text-align: center;">$D = D' + D''$</p> <p style="text-align: center;">Actes apparaissant dans les dossiers de Sécurité Sociale seulement</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border-right: 1px solid black;">(D')</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">(D'')</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Vrais oublis</td> <td style="text-align: center;">Erreurs : appariements ratés</td> </tr> </table>	(D')	(D'')	Vrais oublis	Erreurs : appariements ratés	<p style="text-align: center;">Actes totalement inconnus</p>	<p style="text-align: center;">Consommation médicale n'apparaissant pas dans l'enquête :</p> <p style="text-align: center;">$(D' + I)$</p>
(D')	(D'')						
Vrais oublis	Erreurs : appariements ratés						
Ensemble	<p style="text-align: center;">Consommation médicale d'après les dossiers de Sécurité Sociale :</p> <p style="text-align: center;">$A + D = A + (D' + D'')$</p>	<p style="text-align: center;">Consommation médicale n'apparaissant pas dans les dossiers de Sécurité Sociale :</p> <p style="text-align: center;">$(E' + I)$</p>	<p style="text-align: center;">Consommation médicale réelle :</p> <p style="text-align: center;">$(A + E + D' + I)$ $= (A + D + E' + I)$</p>				

étendu. En effet, les actes effectués à titre gracieux, en tiers payant dans les dispensaires, à la suite d'un accident du travail, ou non encore payés, ne peuvent, dans la très grande majorité des cas, être retrouvés dans les dossiers de Sécurité Sociale ; leur proportion parmi les actes recensés dans l'enquête est de l'ordre de 40 % (cf. tableau 12, p. 25).

De même, les produits pharmaceutiques acquis sans ordonnance ne figurent jamais dans les dossiers.

Les seuls actes pour lesquels l'appariement est théoriquement toujours possible sont ceux intégralement payés par les ménages. Le tableau 9 présente les diverses possibilités théoriques pour les actes de ce type.

— Les actes recensés dans l'enquête et pour lesquels le remboursement a été demandé apparaissent simultanément dans les deux sources d'information : si aucune erreur n'a été commise dans la tenue des dossiers, le chiffrage, l'exploitation, etc. les deux sources se conjuguent pour donner des informations très précises sur ces actes qui seront dits appariés, ou de **type A** (dans le cas d'une enquête idéalement parfaite, si tous les remboursements étaient demandés, et s'il n'y avait pas d'erreur dans les dossiers de Sécurité Sociale, tous les actes seraient de ce type),

— à l'extrême opposé, certains actes n'apparaissent dans aucune des deux sources d'information ; ce sont des actes n'ayant pas été déclarés à l'enquête, et pour lesquels aucun remboursement n'a été demandé : ces actes qui seront dits totalement inconnus, ou de **type I**, nous échappent en tout état de cause, et nous ne disposons d'aucune information pour évaluer leur importance,

— entre ces deux extrêmes (A et I), certains actes posent des problèmes : ils apparaissent, soit dans les dossiers de Sécurité Sociale seulement, et non dans l'enquête (actes de **type D**), soit dans l'enquête seulement, et non dans les dossiers de Sécurité Sociale (actes de **type E**). Pour ces deux types d'actes (D et E) trois cas peuvent se produire :

- certains actes, ayant donné lieu à remboursement n'ont effectivement pas été déclarés à l'enquête : ce sont de **vrais oublis**, notons les D' (les actes D' sont des actes de type D) ;
- réciproquement, pour certains actes ayant été déclarés à l'enquête, le remboursement n'a pas été demandé, notons les E' (les actes E' sont des actes de type E) ;
- enfin, certains actes qui auraient dû être appariés (type A) peuvent s'égarer en D et E : ils ont bien été déclarés à l'enquête et ils ont bien donné lieu à remboursement, mais, à la suite d'erreurs l'appariement n'a pas été possible. C'est ainsi qu'au lieu d'un acte de type A apparaîtront deux actes différents, l'un en D (et qui sera noté D'') et l'autre en E (et qui sera noté E''). On a donc autant d'actes en D'' qu'en E'' : $D'' = E''$.

En fait, on n'observe que les ensembles :

$$D = D' + D'' \quad \text{et} \quad E = E' + E''$$

2. — LES HYPOTHÈSES RETENUES

Soit C la consommation qu'il est possible d'estimer à partir de nos informations (c'est-à-dire la consommation véritable moins les actes totalement inconnus) ; on a :

$$\begin{aligned} C &= A + E' + E'' + D' \\ &= A + E + D' \\ &= A + E' + D \end{aligned}$$

On ne peut évidemment calculer directement les rapports du type $\frac{E''}{E}$ mais le soin avec lequel la confrontation a été menée, les règles très souples, faisant appel constamment au jugement, qui ont été retenues pour appairier les actes incitent à penser que les appariements « ratés » ne représentent qu'une faible part des actes n'existant que dans l'enquête. Toutefois, pour rester dans le domaine des réalités et non des intuitions (d'autant plus que cette proportion doit varier selon la nature de l'acte : consultation de généraliste, de spécialiste, acte d'auxiliaire, etc.), les résultats seront simultanément fournis pour les deux **hypothèses extrêmes possibles**.

Hypothèse I, ou hypothèse minimale : dans cette hypothèse, nous supposons que le nombre d'oublis vrais D' est minimum. Or le nombre qui est connu D est la somme des vrais oublis D' et des appariements ratés D'' ; puisque $D' + D'' = D$, minimiser D' est équivalent à maximiser D'' . Les actes $D'' = E''$ sont comptabilisés simultanément en D et en E : leur maximum est donc soit D (si $D < E$) soit E (si $E < D$), autrement dit

$$D'' = E'' = \inf(D, E)$$

On majore ici le nombre d'appariements ratés (c'est-à-dire d'erreurs issues soit de l'enquête, soit des dossiers de Sécurité Sociale, soit de la confrontation proprement dite). Comme dans ce cas **on suppose minimum le taux d'oublis, l'estimation de la consommation C_m sera une borne inférieure de la consommation réelle**.

$$C_m = A + E + D - \inf(D, E)$$

Hypothèse II, ou hypothèse maximale : dans cette hypothèse extrême opposée, nous supposons que le nombre d'oublis vrais D' est maximum ; de même que précédemment, cela revient à supposer que D'' est minimum. On a donc ici :

$$D'' = E'' = 0$$

$$D = D'$$

$$E = E'$$

Dans cette hypothèse, aucune erreur matérielle ne s'est produite : tous les actes ayant été déclarés à l'enquête et dont le remboursement a été demandé, ont été correctement repérés et appariés (ils se trouvent donc tous en A), tous les actes D sont des oublis ; pour tous les actes E , le remboursement n'a pas été demandé. Cette hypothèse, qui exclut toute possibilité d'erreur d'appariement, **majore les oublis des ménages** et conduit à une **estimation de la consommation C_M qui est une borne supérieure de la consommation réelle** (on ne tient pas compte ici des actes de type I, totalement inconnus).

$$C_M = A + E + D$$

Les consommations théoriques C_m et C_M calculées dans ces deux hypothèses extrêmes ne sont, en tout état de cause, jamais atteintes, la réalité se situant entre les deux. Toutefois, deux raisons nous incitent à penser que la consommation réelle est plus proche de C_M (issue de l'hypothèse II) que de C_m (issue de l'hypothèse I) :

— le très grand soin apporté tant à l'appariement qu'à l'ensemble de l'enquête, ainsi que la souplesse des instructions données aux agents qui ont effectué l'appariement,

— les prix moyens des actes de type A et E étant souvent différents, on peut penser qu'effectivement la demande de remboursement n'a pas eu lieu pour les actes de type E (qui seraient donc le plus souvent des actes E').

3. — TAUX D'OUBLIS

Les taux d'oublis estimés dans les hypothèses I et II sont exprimés en **pourcentage du nombre d'actes** intégralement payés, les seuls susceptibles d'être tous appariés ; ils sont toujours donnés par rapport aux nombres d'actes recensés dans l'enquête. Ces taux d'oublis sont parfois très importants et varient considérablement avec la nature des actes, ils sont maximum pour les consultations de généralistes et les actes d'auxiliaires et minimum pour les visites de généralistes (cf. tableau 10).

Une analyse des prix moyens permet de préciser la position des taux réels d'oublis par rapport aux hypothèses extrêmes.

En effet si les prix moyens des actes appariés (type A) sont très différents de ceux des actes ne figurant que dans l'enquête (type E), on peut penser qu'il s'agit d'actes effectivement différents dont le remboursement n'a pas été demandé (type E') ; dans ce cas les appariements ratés (type E') sont rares. Par contre, lorsque les actes A et E ont les mêmes prix moyens, on ne peut conclure.

Le prix moyen, d'après l'enquête (cf. tableau 11) des **consultations** (de généralistes ou de spécialistes) qui n'ont pu être appariées, est **nettement supérieur** à celui des consultations appariées (+ 27 % et + 36 % respectivement), cette différence est encore plus accentuée (+ 120 %) pour les actes de dentistes ou de stomatologistes (1).

Les appariements ratés seraient donc rares pour les soins de cette nature, ce qui implique pour eux :

— d'une part, que les taux d'oublis soient proches des taux maximum (dernière colonne du tableau 10),

— d'autre part, que les pourcentages d'actes pour lesquels les ménages ne demandent pas le remboursement soient voisins des pourcentages d'actes non appariés. Une partie de ces actes a dû être effectuée par des praticiens non conventionnés assez nombreux parmi les spécialistes et les dentistes de la région parisienne. Les faibles taux de remboursement n'incitent peut-être pas, dans ce cas, les malades à demander le remboursement (2).

Les taux d'oublis ainsi estimés ne se rapportent qu'aux **actes intégralement payés** : ils sont probablement plus forts pour les actes gratuits ou en tiers payant.

Les séances intégralement payées ne représentent évidemment qu'une part de la consommation médicale déclarée dans l'enquête. Cette part, qui peut être relativement importante (voir tableau 12), varie considérablement selon la nature de l'acte. Elle reste toutefois toujours très forte (supérieure à 96 %) en dépenses. Ce fait rend indispensable des analyses en nombres d'actes conjointement à des analyses en dépenses.

(1) Signalons que les prix n'ont pas été retenus comme critère d'appariement pour les actes médicaux et d'auxiliaires.

(2) D'autant plus que parmi les clients de spécialistes et dentistes non conventionnés beaucoup ont sans doute un revenu supérieur à la moyenne.

TABLEAU 10

Taux d'oublis pour les actes intégralement payés

Type d'actes	A Actes appariés	E Actes apparaissant dans l'enquête seulement	A + E Total enquête	D Actes apparaissant dans les dossiers de Sécurité Sociale (1)	D' _M Nombre théorique minimum d'actes oublés	Taux d'oubli minimum	D'' _M Nombre théorique maximum d'actes oublés	Taux d'oubli maximum
Visites de généralistes	325	96	421	75	0	—	75	17,81
Consultations de généralistes	303	84	387	195	111	28,68	195	50,39
Actes de spécialistes	186	65	251	71	6	2,39	71	28,29
Actes d'auxiliaires	268	90	358	178	88	24,58	178	49,72
Actes de dentistes ou stoma- tologues	83	49	132	62	13	9,85	62	46,97
Total des actes	1 165	384	1 549	581	218	14,07	581	37,51

(1) Ces chiffres sont des estimations.
Cf. annexe 4, tableau 16.

TABLEAU 11
Actes intégralement payés figurant dans l'enquête

Type d'actes	A Actes appariés				E Actes n'ayant pu être appariés			A + E Ensemble de l'enquête	
	Nombre d'actes	Prix moyen de l'acte d'après l'enquête (en F)	Prix moyen de l'acte d'après la S.S. (en F)	Pourcentage d'actes appariés	Nombre d'actes	Prix moyen de l'acte d'après l'enquête (en F)	Pourcentage d'actes non appariés	Nombre d'actes	Prix moyen de l'acte (en F)
Visites de généralistes	325	20,18	19,28	77,20	96	19,93	22,80	421	20,13
Consultations de généralistes	303	13,74	13,28	78,29	84	17,39	21,71	387	14,53
Actes de spécialistes	186	36,51	35,50	74,10	65	49,70	25,90	251	39,93
Actes d'auxiliaires	268	13,17	9,09	74,86	90	12,16	25,14	358	12,92
Actes de dentistes ou stoma- tologues	83	62,77	58,11	62,88	49	138,07	37,12	132	90,72
Total des actes	1 165			75,21	384		24,79	1 549	

TABLEAU 12

**Pourcentage des actes intégralement payés dans l'enquête (en nombre et en dépenses)
et pourcentage des actes appariés par rapport à l'ensemble des actes**

Type d'actes	Nombre d'actes intégralement payés	Nombre d'actes dans l'enquête	Pourcentage des actes intégralement payés	Dépenses ⁽¹⁾ dues aux actes intégralement payés (en F)	Dépenses pour l'ensemble des actes (en F)	Pourcentage des dépenses dues aux actes intégralement payés	Pourcentage des actes appariés par rapport aux actes dans l'enquête
Visites de généralistes	421	449	93,76	8 473	8 473	100,00	72,80
Consultations de généralistes	387	500	70,80	5 625	5 692	98,83	65,60
Actes de spécialistes	251	349	60,36	10 021	10 303	97,26	62,80
Actes d'auxiliaires	358	981	36,49	4 625	4 682	98,78	40,90
Actes de dentistes ou stomatologistes	132	374	35,29	11 976	12 464	96,08	33,70
Ensemble des séances	1 549	2 653	58,39	40 720	41 614	97,85	52,80

(1) Il s'agit de la dépense des 613 personnes protégées par le Régime Général.

4. — SOUS-ESTIMATION DES DÉPENSES

Comme pour les taux d'oublis, on étudie les deux hypothèses extrêmes :

- hypothèse I : nombre d'appariements réussis minimum → sous-estimation minimum des dépenses dans l'enquête,
- hypothèse II : nombre d'appariements réussis maximum → sous-estimation maximum des dépenses dans l'enquête.

Les taux de sous-estimation varient fortement selon le type d'actes comme le montre le tableau 13 (1).

TABLEAU 13
Taux de sous-estimation des dépenses
par rapport aux dépenses relevées dans l'enquête

Type d'actes	Hypothèse I	Hypothèse II
Visites généralistes	0	19,0
Consultations généralistes	10,7	37,1
Spécialistes	0	30,3
Actes d'auxiliaires	65,7	90,0
Actes de dentistes ou de stomatologistes .	0	21,3

— Les actes les mieux connus sont les **visites de généralistes**, actes bien précis, ayant lieu à domicile et qui ne peuvent donc échapper à la mère de famille (2).

— Les **consultations de spécialistes**, considérées sans doute comme importantes, et en tout cas chères, sont encore assez bien transcrites.

— Les **consultations de généralistes**, plus courantes et plus banales, sont aussi plus souvent oubliées.

— Les **actes d'auxiliaires** enfin, semblent n'être notés qu'une fois sur deux à peu près. Il s'agit en quelque sorte d'actes de routine, peu marquants, peu chers et souvent répétitifs.

L'appariement des **actes de dentistes**, était très délicat, du fait de la durée des traitements, des modes de paiement particuliers et de la proportion très importante de praticiens non conventionnés (3). Les taux d'oublis et de sous-estimation sont donc supérieurs à ceux figurant dans les tableaux 10 et 13.

Pour compléter cette description, on doit signaler que **104 analyses** (4) sur les 165 relevées dans l'enquête ont pu être appariées (soit 63 %, représentant environ 79 % de la dépense) ; les taux de **sous-estimation de ces dépenses** se situent entre **28 et 51 %**. De plus l'on observe un prix moyen pour les analyses non appariées, inférieur à la moitié du prix moyen des analyses existant dans les dossiers (qu'elles aient ou non été appariées) ;

(1) Voir les détails du calcul, tableau 14, page 28.

(2) Cette enquête portait sur la consommation de l'ensemble des membres du ménage; en fait, dans la plupart des cas, seule la mère de famille était interrogée, ce qui explique sans doute une part de la sous-estimation constatée.

(3) 30 % environ des dentistes de la Région Parisienne n'étaient pas conventionnés en 1963 (dernière estimation connue avec précision).

(4) Les détails figurent dans l'annexe 4 ainsi que les taux obtenus dans l'hypothèse faible.

il s'agirait donc d'analyses peu coûteuses de type banal qui sont sans doute oubliées plus facilement que les autres, et en ce cas, le taux de sous-estimation des dépenses d'analyses dépasse 40 %.

Pour les **produits pharmaceutiques avec ordonnance**, la confrontation était relativement plus facile du fait de la connaissance des noms exacts des produits dans les dossiers et la plupart du temps à l'enquête. On ne constate d'ailleurs pratiquement pas de différence entre les prix déclarés à l'enquête et les prix relevés dans les dossiers pour les produits appariés.

Par contre le prix moyen des produits existant dans l'enquête uniquement est très bas, ce qui incite à penser qu'il s'agit de produits pour lesquels le remboursement n'a pas été demandé.

On peut donc admettre que les taux d'oublis sont assez proches de ceux obtenus dans l'hypothèse maximum : 26 % pour les taux d'oublis en nombre de produits et une sous-estimation de 31 % pour les dépenses de produits pharmaceutiques (1).

* * *

L'intérêt de ces estimations même grossières des taux d'oublis et de sous-estimation semble double :

— pour les ménages ayant participé à l'enquête du début à la fin, la dépense observée par personne (129,40 F) représente environ les 4/5 d'une estimation moyenne de la dépense réelle, 161,29 F (2). La recherche de tout critère explicatif et de son éventuel effet doit se faire en tenant compte de ce niveau de précision. En effet, rien ne permet de supposer que les oublis soient uniformément répartis entre les différentes personnes et soient indépendants des critères démographiques (sexe et âge) ou économiques dont on cherche à analyser l'influence.

Par ailleurs ce sont des indications qui devraient permettre une meilleure intégration des données d'enquêtes dans les statistiques générales.

— Cette étude de l'erreur d'observation selon les types d'actes montre que l'importance des oublis diffère considérablement selon les consommations.

Le tableau 14 résume ce paragraphe ; il donne pour les assurés sociaux du régime général dont les dossiers ont été retrouvés, les **dépenses moyennes par personne** selon les types d'actes telles qu'elles apparaissent à l'enquête et telles qu'on peut les établir pour les deux hypothèses étudiées.

C. — CONSOMMATION DES PERSONNES N'AYANT PAS PARTICIPÉ A L'ENQUÊTE

L'accès aux dossiers de Sécurité Sociale permet d'observer une partie de la consommation médicale des personnes ayant abandonné l'enquête ou ayant refusé toute participation ; on peut donc comparer sous des formes rigoureusement identiques, les consommations des participants (613 personnes) et des non participants (161 personnes).

Les dépenses moyennes par personne, ainsi que le nombre moyen d'actes figurent dans le tableau 15.

(1) Les détails figurent dans l'annexe 4 ainsi que les taux obtenus dans l'hypothèse faible.

(2) Voir l'élaboration de cette estimation annexe 5, page 37.

TABLEAU 14

**Dépense médicale moyenne des habitants de la Région Parisienne
protégés par le Régime Général de Sécurité Sociale**

Type d'actes	Dépense moyenne par personne relevée dans l'enquête		Hypothèse I			Hypothèse II		
			Dépense moyenne par personne		Taux de sous- estimation	Dépense moyenne par personne		Taux de sous- estimation
	En F	En %	En F	En %		En F	En %	
Visites de généralistes	13,82	10,68	13,82	9,65	0	16,45	9,57	19,00
Consultations de généra- listes	9,29	7,18	10,28	7,18	10,66	12,74	7,41	37,13
Actes de spécialistes	16,81	12,99	16,81	11,74	0	21,90	12,74	30,27
Actes d'auxiliaires	7,64	5,90	12,66	8,84	65,70	14,51	8,44	89,92
Actes de dentistes ou stoma- tologistes	20,33	15,71	20,33	14,20	0	24,65	14,34	21,25
Analyses	5,33	4,12	6,82	4,76	27,95	7,95	4,62	49,16
Produits pharmaceutiques avec ordonnance	56,18	43,42	62,48	43,63	11,21	73,72	42,88	31,22
Ensemble	129,40	100,00	143,20	100,00	10,16	171,92	100,00	32,86

TABLEAU 15

**Consommation médicale d'après les dossiers de Sécurité Sociale
en fonction de la participation à l'enquête**

Type d'actes	Dépense moyenne par personne			Nombre moyen d'actes par personne		
	Participation continue	Refus et abandons	% supplémentaire	Participation continue	Refus et abandons	% supplémentaire
Actes de généralistes	23,10	23,90	3,5	1,56	1,73	10,9
Actes de spécialistes	14,73	21,45	45,6	0,43	0,57	32,6
Actes d'auxiliaires	13,01	17,56	35,0	1,32	1,83	38,6
Actes de dentistes ou stomato- logistes	12,77	16,68	30,6	0,36	0,50	38,9
Analyses	6,52	11,38	74,5	0,27	0,48	77,8
Produits pharmaceutiques avec ordonnance	63,26	81,91	29,5	4,90	6,52	33,1
Ensemble	133,39	172,88	29,6			

Les consommations sont **toutes supérieures en dépenses** et en **nombre d'actes** pour les personnes n'ayant pas participé à l'enquête. Cette différence, minimum pour les actes de généralistes et maximum pour les analyses, entraîne une dépense médicale par personne supérieure d'environ 30% pour les non participants. Il apparaît ainsi que la situation des ménages, quant au sujet même de l'enquête, intervient très fortement sur la participation, ce qui entraîne un biais systématique.

On peut tenter de corriger en partie ce biais en tenant compte des caractères qui peuvent modifier la consommation médicale. La morbidité étant inconnue, on étudiera donc l'effet des caractères qui y semblent le plus liés : le sexe et l'âge. La comparaison des structures démographiques des deux populations fait en effet apparaître ⁽¹⁾ que ce sont surtout des personnes âgées qui ont refusé de participer à l'enquête. La structure démographique de la population de la Région Parisienne a été appliquée aux deux populations pour établir des consommations médicales comparables (tableau 16).

TABLEAU 16

**Consommation médicale (redressée par rapport au sexe et à l'âge)
selon la participation à l'enquête**

Type d'actes	Dépense moyenne par personne			Nombre moyen d'actes par personne		
	Participation continuelle	Refus et abandons	% supplémentaire des abandons	Participation continuelle	Refus et abandons	% supplémentaire des abandons
	(x)	(y)	$\left(\frac{y-x}{x}\right)$	(n)	(m)	$\left(\frac{m-n}{n}\right)$
Actes de généralistes	22,83	22,95	0,5	1,54	1,68	8,8
Actes de spécialistes	15,05	21,96	45,9	0,43	0,60	38,8
Actes d'auxiliaires	13,35	16,13	20,8	1,16	1,71	47,3
Actes de dentistes ou stomatologistes	13,04	16,16	23,9	0,37	0,52	40,6
Analyses	6,60	10,69	61,8	0,27	0,44	64,1
Produits pharmaceutiques avec ordonnances	63,10	106,88	17,0	4,86	6,09	25,4
Ensemble	133,97	161,71	20,7			

Il apparaît clairement que même à âge égal, les personnes ayant abandonné ou refusé l'enquête ont des consommations médicales nettement plus importantes, sauf pour les visites de généralistes ; leurs dépenses médicales restent supérieures de plus de 20% à celles des participants. Une part de cette différence peut être due à un effet « zone de résidence » ; la proportion de refus et d'abandons est très forte à Paris et dans les communes limitrophes où la consommation médicale est sans doute plus importante.

(1) Cf. annexe 6, page 38.

D. — AMÉLIORATION APPORTÉE PAR LA CONJUGAISON DES DEUX TYPES D'INFORMATION

En tenant compte des résultats exposés dans les parties C et D, on peut chercher à estimer une dépense par personne, pour l'échantillon initial (acceptation totale de l'enquête + refus + abandons) des protégés du **Régime Général dont le dossier a été retrouvé**. Pour une dépense observée de **129 F par personne** ayant totalement participé à l'enquête, on estime à 161 F sa dépense réelle ⁽¹⁾, (soit pour les 613 personnes une dépense de 98 871 F) ; en admettant que les personnes ayant refusé toute participation, ou ayant abandonné dépensent en moyenne 29,6% de plus que celles qui ont accepté, on peut estimer leur dépense par personne à 209 F ⁽²⁾, (soit 33 654 F pour ces 161 personnes).

Au total, pour les 774 personnes qui constituaient l'échantillon initial on arrive à une dépense de 132 525 F, soit **171 F par personne**. **La dépense observée à l'enquête de 129 F ne représente que 76 % de cette estimation, et réciproquement, il faut multiplier cette dépense par 1,32 pour obtenir une estimation acceptable de la dépense médicale réelle.**

Le même calcul effectué sur les deux hypothèses extrêmes donne les résultats suivants :

Hypothèse I : On relève dans l'enquête 85% de la consommation réelle, et réciproquement il faut multiplier la dépense observée par 1,17 pour obtenir l'estimation minimum de la dépense médicale, compatible avec les observations.

Hypothèse II : On relève dans l'enquête 71% de la consommation réelle, et réciproquement il faut multiplier la dépense observée par 1,41 pour obtenir l'estimation maximum de la dépense médicale compatible avec les observations.

On peut aussi estimer la dépense médicale moyenne des 774 personnes de l'échantillon initial **uniquement à partir des dossiers de Sécurité Sociale**. On observe une dépense par personne de 142 F ce qui correspond à 83% de la dépense réelle dans l'hypothèse moyenne, la plus vraisemblable (et respectivement à 93% et 78% pour les hypothèses I et II).

A partir de ces documents il est par ailleurs certain que les évaluations en nombre d'actes sont nettement plus sous-estimées que les dépenses ⁽³⁾. Prise isolément, chacune des deux sources d'informations sous-estime la consommation médicale ; il semble par contre que la conjugaison de ces deux types d'informations permette des évaluations assez proches de la réalité.

CONCLUSION

On s'est efforcé dans cette étude, de présenter les conclusions d'ordre méthodologique, issues d'une première exploitation de l'enquête sur les soins médicaux effectuée par le C.R.E.D.O.C. et l'I.N.S.E.E. durant l'hiver 1965-1966. Cette enquête a été conçue au départ pour permettre le choix et la mise au point des modalités à retenir pour une enquête plus importante qui doit avoir lieu sur le même sujet au niveau national.

(1) Cf. annexe 5, page 37.

(2) Cf. tableau 15, page 29.

(3) Cf. tableau 12, page 26 et annexe 4, page 36.

L'apport le plus nouveau de cette étude tient à l'exploitation des dossiers de Sécurité Sociale de certains enquêtés ; l'existence d'une source de renseignements extérieure à l'enquête s'étant avérée très enrichissante. En effet, l'accès aux dossiers de Sécurité Sociale a permis d'établir des estimations chiffrées des taux d'oublis et de sous-estimations des dépenses des ménages participant à l'enquête. A partir de ces mêmes documents on a pu évaluer la consommation des personnes n'ayant pas collaboré à l'enquête. Avant de rappeler l'essentiel des résultats obtenus, il convient de remarquer que cette enquête s'étant déroulée **exclusivement dans la Région Parisienne**, les conclusions ne peuvent être transposées telles que à des enquêtes générales.

L'enquête s'étant étendue sur 6 mois, il est intéressant d'analyser séparément les refus d'emblée (13,1% des ménages) et les abandons qui s'échelonnent au cours du déroulement (13,1% des ménages).

Les refus d'emblée semblent indépendants des modalités pratiques d'enquête mais varient considérablement avec la zone de résidence, même à l'intérieur de la région parisienne.

Les abandons, assez forts durant les deux premiers mois (de l'ordre de 4% chaque mois), diminuent rapidement par la suite. L'octroi d'une récompense et des visites d'enquêteur suffisamment espacées, freinent sensiblement les abandons.

Les modalités d'enquête sur le terrain semblent sans effet sur les refus, mais peuvent diminuer les abandons pour les enquêtes se déroulant sur une certaine période.

L'intérêt d'obtenir des taux de participation élevés apparaît clairement après avoir constaté que **les familles ne collaborant pas à l'enquête ont des dépenses médicales beaucoup plus élevées que les autres**. L'augmentation varie selon la nature des consommations médicales de 3 à 74% ; pour l'ensemble des dépenses de santé, elle se monte à environ 30%. Ce sont surtout les personnes âgées, en général consommateurs importants, qui ont refusé ou abandonné l'enquête. Cependant, même à structure d'âge rendue comparable, les ménages non participants ont une dépense médicale encore supérieure de 21%.

Le comportement des ménages vis-à-vis du sujet même de l'enquête semble donc conditionner dans une certaine mesure, leur participation à celle-ci.

Les enquêtes sur les dépenses de santé sont en général bien accueillies par le public (le taux de participation proche de 70% obtenu pour cette enquête de six mois dans la Région Parisienne le prouve bien) ; il reste à savoir quel degré de confiance on peut accorder aux renseignements fournis par ces ménages de bonne volonté. L'analyse chiffrée a porté sur les personnes protégées par le Régime Général de Sécurité Sociale.

Pour les séances (actes de médecin, d'auxiliaire et de dentiste) intégralement payées par les familles, les oublis les plus fréquents portent sur les actes d'auxiliaire et les consultations de généraliste. En **moyenne 1 séance sur 5 n'a pas été enregistrée dans l'enquête**.

Les dépenses médicales déclarées par les ménages qui participent à l'enquête représentent environ **80% de leurs dépenses réelles** ; la sous-estimation, très importante, pour les actes d'auxiliaires, les analyses et les consultations de généralistes, est par contre faible pour les visites de généralistes.

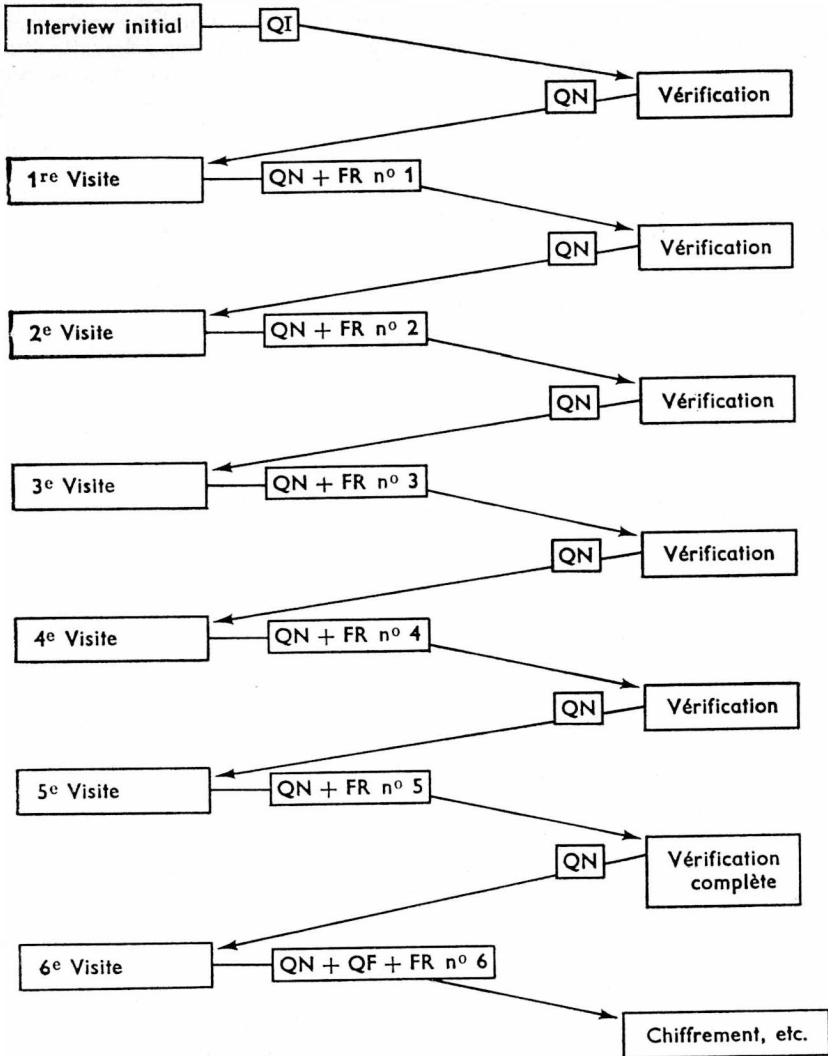
Ces taux d'oubli et de sous-estimation des dépenses pour les personnes ayant collaboré à toute l'enquête sont plus importants que prévu, d'autant que l'existence de la Sécurité Sociale et la nécessité pour les ménages,

lorsqu'ils désirent obtenir un remboursement, de remplir un dossier, risque de diminuer ces taux par rapport à d'autres types de consommation.

L'importance de cette sous-estimation incite à analyser les résultats avec beaucoup de prudence. Toute tentative de mesurer les effets éventuels de facteurs économiques ou démographiques ne peut se faire qu'en admettant a priori que les personnes sous-estiment toutes également leur consommation médicale. On s'attachera donc, dans la prochaine étape de cette étude à cerner les caractéristiques économiques ou démographiques des ménages ou des personnes qui répondent d'une manière incomplète. De même, la longueur de la période d'observation, dont les effets ont juste été abordés ici, permettra de mettre en évidence l'importance relative de la lassitude (la sous-estimation et les oublis des ménages augmentant au cours du temps) et de l'amélioration, les ménages et les enquêteurs s'habituant en quelque sorte à l'enquête et à la tenue de comptes précis.

ANNEXE 1

Déroulement de l'enquête et va-et-vient des questionnaires entre l'enquêteur et la direction régionale de l'I.N.S.E.E.



QI = Questionnaire initial.

QN = Questionnaire navette.

QF = Questionnaire final.

FR n° i = Formulaire de ramassage rempli au cours de la i-ème visite (ce questionnaire étant accompagné d'un questionnaire hospitalisation et de la feuille de traitement en cours).

L'exemple est donné pour les visites mensuelles.

Le circuit des questionnaires vierges avant les visites ne figure pas sur le schéma.

ANNEXE 2

Répartition des abandons dans le temps

Visite à laquelle le ménage a abandonné	Visite initiale	1 ^{er} mois	2 ^e mois	3 ^e mois	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois et visite finale	Total
Nombre de ménages ..	67	20	18	7	5	4	13	134
Pourcentage de ménages	50,0	14,9	13,5	5,2	3,7	3,0	9,7	100
Fréquences cumulées ..	67	87	105	112	117	121	134	—
Fréquences cumulées relatives	50,0	64,9	78,4	83,6	87,3	90,3	100,0	—

ANNEXE 3

DONNÉES SUPPLÉMENTAIRES SUR LA CONFRONTATION

Actes figurant dans les dossiers et ayant pu être appariés

Type d'actes	Nombre d'actes	Nombre d'actes intégralement payés	Pourcentage des actes appariés intégralement payés	Dépenses	Dépenses pour les actes intégralement payés	Pourcentage des dépenses dues aux actes intégralement payés
Visites de généralistes ..	327	325	99,39	6 560	6 560	100,00
Consultations de généralistes	328	303	92,38	4 187	4 164	99,45
Actes de spécialistes	219	186	84,93	6 956	6 791	97,63
Actes d'auxiliaires	401	268	66,83	3 548	3 531	99,52
Actes de dentistes ou stomatologistes	126	83	65,87	5 690	5 210	91,56
Total des actes	1 401	1 165	83,15	26 941	26 256	97,46

On admet que les pourcentages d'actes intégralement payés dans les dossiers, sont les mêmes, que les actes aient été ou non appariés : on en déduit les nombres d'actes intégralement payés apparaissant dans les dossiers de Sécurité Sociale seulement (colonne D du tableau 10, p. 24). Les nombres d'actes n'apparaissant que dans les dossiers, quelque soit leur mode de paiement sont les suivants : 75 visites de généralistes, 211 consultations de généralistes, 84 actes de spécialistes, 267 actes d'auxiliaires et 94 actes de dentistes ou de stomatologistes.

ANNEXE 4

Analyses et produits pharmaceutiques acquis avec ordonnance

Type d'actes	Dans l'enquête seulement	Dans l'enquête et dans les dossiers	Dans les dossiers seulement	Taux d'oublis ou de sous-estimation par rapport aux données de l'enquête	
				Hypothèse minimum	Hypothèse maximum
Nombre d'analyses	61	104 165	59	/	35,76
Dépenses d'analyses	695	2 572 3 267	1 606	27,88	50,84
Prix moyen de l'analyse ...	11,39	24,73	27,22	/	/
Nombre de produits pharmaceutiques	956	2 182 3 188	823	/	25,82
Dépenses de produits pharmaceutiques	6 886	27 351 34 437	10 751	11,22	31,22
Prix moyen du produit	7,18	12,63	13,06	/	/

ANNEXE 5

DÉPENSE PAR PERSONNE DANS L'HYPOTHÈSE MOYENNE

Selon les facilités ou les difficultés connues de l'appariement, et les différences des prix moyens observés pour certains actes selon qu'ils ont pu être appariés ou non, les hypothèses moyennes suivantes ont été retenues

d_1 = dépense moyenne dans l'hypothèse I
 d_2 = dépense moyenne dans l'hypothèse II.

**Estimation des dépenses par personne
 (Hypothèse moyenne)**

Actes	Appariements	Prix moyens de l'acte pour les actes appariés et non appariés	Hypothèses sur les dépenses véritables	Dépenses moyennes théoriques par personne (d)
Visites de généralistes.....	Sans indication particulière	Voisins	$d = \frac{d_1 + d_2}{2}$	15,14
Consultations de généralistes	Sans indication particulière	Différents	$d = d_2 - \left(\frac{d_2 - d_1}{3}\right)$	11,92
Actes de spécialistes .	Sans indication particulière	Différents	$d = d_2 - \left(\frac{d_2 - d_1}{3}\right)$	20,20
Actes d'auxiliaires...	Difficile	Voisins	$d = d_1 + \left(\frac{d_2 - d_1}{3}\right)$	13,28
Actes de dentistes ...	Difficile	Très différents	$d = d_2 - \left(\frac{d_2 - d_1}{3}\right)$	23,21
Analyses	Difficile	Très différents	$d = d_1 + \left(\frac{d_2 - d_1}{3}\right)$	7,57
Produits pharmaceutiques avec ordonnance.....	Facile	Différents	$d = d_2 - \left(\frac{d_2 - d_1}{3}\right)$	69,97
Ensemble				161,29

ANNEXE 6

STRUCTURES DÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS ET DES REFUS

Structures démographiques

Groupes démographiques		Protégés par le Régime Général dont les dossiers ont été retrouvés				Habitants de la Région Parisienne
		Participants à l'enquête		Refus et abandons		
Hommes	moins de 10 ans	60	9,8	14	8,75	7,8
	de 10 à 39 ans.....	136	22,2	32	20,0	22,5
	de 40 à 59 ans.....	60	9,8	16	10,0	11,6
	de 60 ans et plus.....	42	6,9	14	8,75	6,2
Femmes	moins de 10 ans	45	7,3	8	5,0	7,5
	de 10 à 39 ans.....	133	21,7	28	17,5	21,7
	de 40 à 59 ans.....	75	12,2	24	15,0	12,8
	de 60 ans et plus.....	62	10,1	24	15,0	9,8
Ensemble		613	100,0	160	100,0	100,0
				+ 1 personne d'âge inconnu		