

COMPARAISON DE LA DATE DE COMMERCIALISATION DES MÉDICAMENTS ET DE LA DATE DE DÉCOUVERTE DES PRINCIPES ACTIFS (1)

par

Nicole CHATELET-COLLIGNON (2), Thérèse LECOMTE (3)
et Henri PEQUIGNOT (4)

On a démontré (5) à partir d'une étude basée sur la date d'autorisation de mise sur le marché des médicaments que ceux-ci étaient des biens essentiellement récents :

- 37 % des dépenses étaient dues en 1970 à des présentations de moins de 5 ans ;
- 70 % à des présentations de moins de 10 ans ;

toutefois la date d'autorisation de mise sur le marché d'un médicament ne correspond en fait qu'à une notion administrative et non à la date de découverte du principe actif, aussi nous a-t-il semblé intéressant de réaliser une étude comparative entre la date de découverte des principes actifs et la date de commercialisation des médicaments.

(1) Cet article a été réalisé à partir des deux études suivantes :

- *Étude de la consommation médicamenteuse : l'âge des médicaments*, Th. LECOMTE, C.I.R.S.E.M., 1976;

- *Étude de la date de découverte des principes actifs de l'échantillon des médicaments les plus utilisés en 1970*, N. CHATELET-COLLIGNON, thèse pour le Doctorat en Médecine, présidé par le Pr H. PEQUIGNOT, 1977.

(2) Docteur en Médecine.

(3) Docteur en Médecine, Chargée de Recherche au C.R.E.D.O.C.

(4) Professeur de Clinique Médicale à Paris-V, Conseiller Scientifique du C.R.E.D.O.C.

(5) *Étude de la consommation médicamenteuse : l'âge des médicaments*, Th. LECOMTE, C.I.R.S.E.M., 1976.

1. SOURCE DES DONNÉES DE BASE

L'échantillon de médicaments sur lequel est basée cette étude provient de l'enquête sur les soins médicaux réalisée par l'I.N.S.E.E. et le C.R.E.D.O.C. (1) de janvier 1970 à janvier 1971. Cette enquête étudie, entre autres, la consommation pharmaceutique de ville ainsi que les motifs médicaux et les facteurs économiques et sociaux susceptibles d'influencer cette consommation (2).

A partir de cette enquête, on a pu obtenir une connaissance très précise de la consommation pharmaceutique française de ville en 1970 : 4 005 produits différents ont été observés correspondant à 7 388 présentations différentes, soit un total de 96 513 unités de vente.

Aux données de l'enquête de 1970, a été ajoutée une donnée supplémentaire : la date d'autorisation de mise sur le marché de chaque présentation et ceci grâce à la B.I.A.M. (Banque d'Informations Automatisées sur les Médicaments). On a pu ainsi analyser la structure par âge des médicaments consommés, d'une part globalement et d'autre part en ventilant les produits selon qu'ils étaient prescrits ou non.

La conclusion de cette étude a été que les médicaments consommés sont des biens essentiellement récents mais que l'âge moyen des médicaments est bien différent selon que les médicaments sont prescrits ou non. En effet, l'âge moyen des premiers est de 11 ans alors que celui des seconds est de 21 ans, l'âge moyen de l'ensemble des présentations étant de 13,2 ans.

De plus, cette étude a mis en évidence la quasi-stagnation du prix des produits acquis sans ordonnance, en opposition à la croissance régulière du prix, lors de la mise sur le marché, des produits prescrits.

2. LA DATE DE DÉCOUVERTE DES PRINCIPES ACTIFS

L'échantillon retenu pour l'étude des principes actifs correspond aux 222 produits les plus consommés au cours de l'enquête de 1970; seule, la présentation la plus souvent acquise a été retenue lorsqu'un produit comportait plusieurs présentations.

La détermination de la date de découverte des principes actifs s'est avérée plus difficile qu'elle ne semblait l'être de prime abord. En effet, si la date de mise sur le marché correspond essentiellement à une notion administrative : date d'autorisation de commercialisation, la date de découverte du principe actif

(1) *L'enquête de 1970 sur les consommations médicales*, Une synthèse des travaux effectués par la Division d'Économie Médicale du C.R.E.D.O.C. au 31 décembre 1975, A. et A. MIZRAHI, Consommation, n° 2, 1976.

(2) *La consommation pharmaceutique en 1970*, d'après une enquête auprès des ménages, Th. LECOMTE, Consommation, n° 2, 1974.

reste le plus souvent approximative. La découverte d'un principe actif correspond à une notion bien différente selon la nature et l'origine du principe actif.

Il paraît donc utile de faire ici un bref rappel de l'histoire de la création des médicaments pour tenter d'expliquer les difficultés rencontrées dans cette étude.

Les premiers médicaments utilisés ont été des plantes ou des produits d'origine végétale bien avant l'apparition des méthodes scientifiques d'exploration. L'utilisation thérapeutique des végétaux était alors souvent orientée par la célèbre théorie de la signature selon laquelle les plantes utilisables étaient marquées d'un signe par la Nature : couleur, forme, pour indiquer leurs propriétés curatives (la forme en rein du haricot pour guérir les maladies du rein, les bulbes de colchique pour combattre la goutte...). Les plantes toxiques ont été recherchées et utilisées comme poisons de flèches pour la chasse et la guerre : les curare, les strophantus, l'ellebore...

Peu à peu, au cours des siècles, l'utilisation empirique des plantes évolua ; chaque civilisation apportant sa découverte, chaque découverte étant transmise aux autres pays. Le mode d'administration lui-même de ces plantes s'est beaucoup modifié : d'abord utilisées sous forme de tisanes après infusion ou macération, il semble que la préparation d'extraits, c'est-à-dire la concentration des liquides contenant les principes solubles des végétaux, correspond à une époque fort ancienne.

Ce n'est qu'au début du XIX^e siècle, que l'on cherche à isoler les principes actifs des drogues végétales. Ce furent d'abord les alcaloïdes : morphine en 1817, codeine en 1832, quinine en 1820... puis les glucosides : digitaline en 1844... Mais les plantes médicinales demeurent toujours très utilisées sous forme d'extraits dont la préparation reste bien moins onéreuse que l'isolement des principes (parfois inconnus à l'époque).

Avec la découverte de l'immunité par Pasteur, on peut aussi rattacher au règne végétal les bactéries servant à la préparation des vaccins et des sérums. Puis ce fut la découverte de la Pénicilline par Fleming en 1928, son isolement en 1940 à partir de microorganismes, découverte du hasard qui ouvrit l'ère des antibiotiques.

C'est également depuis l'Antiquité que les organes ou humeurs de divers animaux sont utilisés comme médicaments. Mais au XVIII^e et au XIX^e siècle, ces produits disparaissent presque complètement, seuls sont conservés ceux qui possèdent une réelle efficacité thérapeutique comme l'huile de foie de morue. Ce n'est qu'à la fin du XIX^e siècle que se développe la véritable opothérapie scientifique avec la découverte des glandes endocrines par Brown-Sequard, puis en 1901, l'isolement de l'adrénaline des glandes surrénales.

Les principes hormonaux purs se substituent progressivement aux tissus animaux pour aboutir à leur synthèse à partir de 1940.

Par contre, les anciens n'ont utilisé que peu de drogues minérales naturelles (carbonate de sodium, soufre...). Ce n'est qu'au cours du XIX^e siècle que se développe la chimie organique, puis à la fin du siècle, une branche particulière,

la chimie pharmaceutique qui cherche à créer des composés organiques possédant des propriétés médicamenteuses. Beaucoup de produits synthétiques sont d'abord simplement la reproduction d'un modèle naturel : alcaloïdes, hormones, antibiotiques. Le désir d'améliorer les propriétés thérapeutiques des produits naturels conduit à la création de dérivés plus actifs : préparation de l'acide acétylsalicylique à partir des composés salicylés des végétaux (écorce de saule), fabrication des corticostéroïdes à partir de la cortisone. Également, à partir d'un composé organique intéressant, sont préparés et expérimentés tous les dérivés possibles d'une même série : exemple des barbituriques...

De nombreuses substances furent ainsi créées et se révélèrent parfois longtemps après leur synthèse, douées de propriétés intéressantes et différentes de celles de leur précurseur. La phenothiazine utilisée en 1945 comme antihelminthique devient le chef de file de nombreux médicaments antihistaminiques puis neuroleptiques. La phénylbutazone, synthétisée en 1946, ne fut d'abord retenue que pour des propriétés que l'on peut qualifier de secondes : elle permet la solubilisation du pyramidon et elle retarde son élimination de l'organisme; plus tard, à la suite de travaux pharmacologiques, on constata que la phénylbutazone était, en elle-même, douée d'une action anti-inflammatoire nettement supérieure à celle de ses précurseurs : les pyrazolés.

L'histoire du médicament et de sa préparation, c'est donc l'histoire des drogues d'origine naturelle et des substances obtenues par synthèse, mais c'est aussi l'histoire des « formes » qui permettent une bonne administration du produit médicamenteux.

Les onguents et pommades étaient déjà connus dans l'Antiquité égyptienne, indienne et chinoise, les pilules également mais leur préparation a été facilitée au XVI^e siècle par l'invention du pilulier. Vers 1840, les comprimés souvent dragéifiés remplacent ces pilules puis en 1873, Stanislas Limousin invente les cachets. Les suppositoires semblent avoir été connus dans l'Antiquité égyptienne.

C'est à partir de la seconde moitié du XIX^e siècle que la mise au point du matériel pour injection permet d'utiliser d'autres voies d'administration; l'injection d'un médicament est réalisée pour la première fois en 1838, les ampoules de verre apparaissent en 1886.

Au terme de ce bref historique, on voit la difficulté de déterminer, pour beaucoup de produits, une date précise de découverte : date d'utilisation empirique, date d'utilisation rationnelle, date d'isolement, date de synthèse ?...

Pour les produits d'origine végétale ou animale, la date d'isolement du principe actif a été retenue. Mais lorsque ces produits sont utilisés sous forme d'extraits (ou d'essence, de teinture...), nous avons arbitrairement choisi 1800 comme date de découverte, tout en sachant que la date de première utilisation est très antérieure.

Pour les composés organiques, nous avons choisi la date de synthèse, en gardant à l'esprit que ces produits sont la reproduction d'un modèle naturel utilisé depuis longtemps. Enfin, la date de découverte des principes actifs de certains vaccins (substances antigéniques de différents microorganismes) étant

impossible à déterminer, la date de 1880, qui correspond approximativement à la découverte de l'immunité par Pasteur, a été retenue.

3. RÉSULTATS

C'est au groupe des substances organiques préparées par synthèse qu'appartient la plus grande partie des produits étudiés (47,5 %) avec une date moyenne de découverte se situant vers 1920.

Le deuxième groupe en importance (31 %) est celui des principes végétaux dont la date moyenne de découverte (qui se situe vers 1818) ne reflète pas leur ancienneté véritable puisque l'on a fixé à 1800 la découverte de certains d'entre eux, même si elle était antérieure.

3.1. Distribution des médicaments selon la date de découverte du principe actif

Globalement, 50 % des médicaments consommés sont constitués par un (ou plusieurs) principe(s) actif(s) découvert(s) antérieurement à 1925, donc ayant au moins 45 ans. Inversement, 6 % seulement des médicaments acquis contiennent un (ou plusieurs) principe(s) actif(s) découvert(s) au cours des 10 dernières années (entre 1960 et 1970).

Année de découverte du principe actif	Ensemble des médicaments (%)	Avec ordonnance (%)	Sans ordonnance (%)
1800.....	11,80	9,56	18,71
1801 à 1869.....	8,64	8,43	9,74
1870 à 1899.....	15,83	11,15	29,53
1900 à 1919.....	8,03	9,15	6,78
1920 à 1949.....	30,75	31,37	29,15
1950 à 1959.....	18,97	22,69	5,53
1960 à 1970.....	5,98	7,65	0,58
TOTAL.....	100,00	100,00	100,00

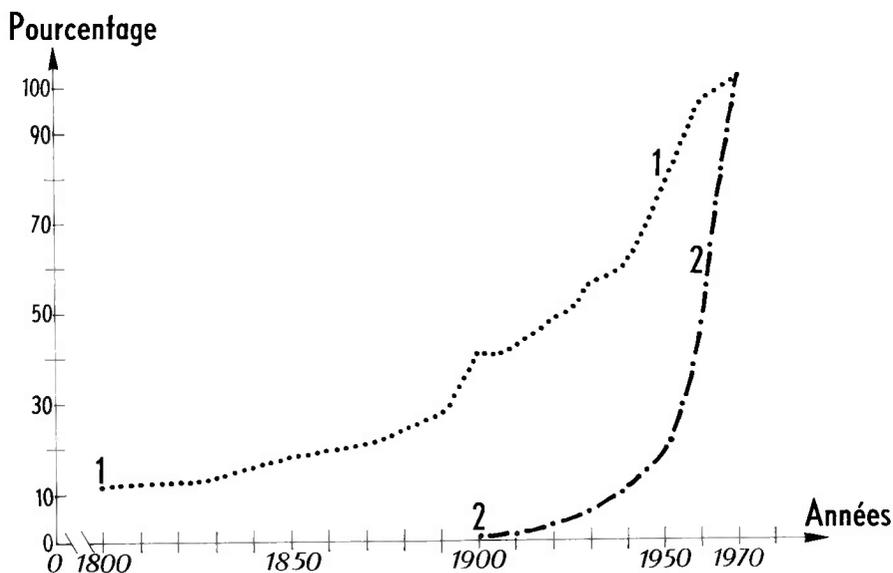
La ventilation des médicaments selon qu'ils sont prescrits ou non permet de constater que 58 % des produits acquis sans ordonnance sont constitués par un (ou plusieurs) principe(s) actif(s) découvert(s) entre 1800 et 1900; pour 6 % seulement de ces mêmes produits, le principe actif a été découvert au cours des 20 dernières années.

La distribution des produits prescrits selon l'année de découverte du principe actif montre des faits un peu différents : à 30 % de ces produits, correspondent des principes actifs découverts entre 1800 et 1900 ce qui confirme l'ancienneté des thérapeutiques; mais toutefois à 30 % de cette catégorie de produits.

correspondent des principes actifs récents (moins de 20 ans), les principes actifs récents sont pratiquement toujours prescrits.

La distribution des médicaments consommés selon la date de découverte du principe actif rend bien compte de l'ancienneté des thérapeutiques, alors qu'au contraire la distribution selon la date de commercialisation permet de définir les médicaments comme des biens essentiellement récents (cf. graphique).

Distribution des médicaments en pourcentage cumulé :
 — selon la date de découverte du principe actif (1);
 — selon la date d'autorisation de mise sur le marché (2).



3.2. Age moyen des médicaments (1)

L'âge moyen des médicaments, calculé à partir de l'âge du (ou des) principe(s) actif(s), est de 63 ans; il est de 56 ans pour les produits prescrits et de 86 ans pour les produits acquis sans ordonnance.

(1) L'âge d'une présentation comportant plusieurs principes actifs peut être déterminé selon trois méthodes :

- ou bien en accordant la pondération 1 à chacun des principes actifs;
- ou bien en accordant la pondération $1/n$ à chacun des principes actifs (n étant le nombre de principes actifs);
- ou bien en accordant une pondération « raisonnée » c'est-à-dire en tenant compte de l'importance thérapeutique de chaque principe actif.

	Age moyen des médicaments selon la date :	
	de découverte des principes actifs	de commercialisation
Produits prescrits	56	11
Produits non prescrits	86	21
Ensemble des produits	63	13

Toutefois, en raison de la courbe de distribution des médicaments analysée au paragraphe précédent, il convient de retenir non pas tellement l'âge moyen que l'âge médian, âge de part et d'autre duquel se trouvent 50 % des observations. Ainsi, l'âge médian des médicaments, selon la date de découverte du principe actif, est de 45 ans et, selon la date d'autorisation de mise sur le marché, de 9 ans.

CONCLUSION

L'étude de la date de découverte des principes actifs contenus dans les spécialités pharmaceutiques rend compte de la durée de vie extrêmement longue des thérapeutiques, contrairement à ce que l'on observe si l'on ne retient que la date de commercialisation des spécialités.

Toutefois, cette étude met en évidence la longue durée de la recherche proprement pharmaceutique; certes, cette étude correspond à une première réflexion sur le problème et n'a pu donc aboutir qu'à des résultats très grossiers, mais il faut faire prendre conscience qu'entre la date de découverte d'un principe actif et la date de commercialisation d'un médicament, se situe une période de recherches visant à mieux connaître le principe actif et à rendre son administration au malade fiable et facile :

- recherche approfondie des propriétés du principe actif permettant dans certains cas de découvrir des indications thérapeutiques autres que celles perçues initialement;

- recherche de méthodes permettant de diminuer les effets secondaires éventuels (par des associations ou par une légère modification de la formule chimique par exemple);

[Suite de la note (1), page ci-contre.]

En appliquant successivement les deux premières méthodes aux présentations de l'échantillon, on constate que l'âge moyen des médicaments est :

- soit de 81 ans (1^{re} méthode);
- soit de 63 ans (2^e méthode).

La 3^e méthode donne des résultats très voisins de la seconde méthode. C'est l'âge moyen obtenu par la seconde méthode que nous avons retenu.

— recherche au niveau de la fabrication pour aboutir à une nouvelle présentation ou à une nouvelle voie d'administration rendant le médicament plus actif ou plus confortable pour le malade (les antibiotiques en sont un exemple : les premières pénicillines se présentaient sous forme de poudre, à dissoudre au moment de l'emploi, devant être conservée au réfrigérateur, et dont la durée d'action était brève, ce qui imposait des injections, d'ailleurs très douloureuses, toutes les 4 heures. Les pénicillines actuelles se présentent sous forme de comprimés à prendre en deux fois dans la journée).

On voit donc qu'il existe tout un travail de recherche visant à « améliorer » un principe actif, et il serait fort intéressant que l'étude présentée ici ne s'en tienne pas aux premiers résultats exposés ci-dessus mais soit poursuivie afin de comprendre la part qui revient à la recherche dans l'écart de temps existant entre la découverte d'un principe actif et la commercialisation de médicaments le contenant; bien entendu, à côté de la recherche existent des aspects économiques qu'il n'est pas question d'ignorer; nos premiers résultats ne permettent pas de dire que la commercialisation d'un nouveau médicament, dont le principe actif est ancien, n'obéit qu'à de telles préoccupations, c'est aussi le fruit d'une recherche, pharmaceutique plus que thérapeutique, ayant dans bien des cas une très grande valeur (qu'on pense au temps qu'il a fallu pour rendre une aspirine soluble, une injection intramusculaire non douloureuse ou une streptomycine non allergique pour le personnel soignant).

Enfin, il convient de rappeler que cette étude concerne la consommation pharmaceutique de ville, n'incluant donc pas la consommation hospitalière; il est probable que dans cette dernière la proportion de principes actifs récents y soit plus importante (les antimétabolites en sont un exemple), mais pour pouvoir l'affirmer et pour compléter ce travail, il serait fort intéressant de réaliser une étude, comparable à celle-ci, en milieu hospitalier.

RÉSUMÉS - ABSTRACTS

des articles contenus dans ce Numéro

LA COPROPRIÉTÉ CONTRE LES COPROPRIÉTAIRES, par P. REYNAUD, *Consommation*, 2-1978, avril-juin 1978, pages 3 à 44.

Cet article constitue la présentation de quelques-uns des principaux résultats d'une enquête menée pour le compte du Service de Coordination de la Recherche du Ministère de la Justice, dans le but de connaître les raisons sociologiques, économiques et juridiques du mauvais fonctionnement des grandes copropriétés.

A partir de l'analyse de trois grandes copropriétés, l'auteur démontre que ce type de copropriété est loin de permettre une appropriation sociale satisfaisante de l'habitat par les usagers. A travers une brève description de chacun de ces grands ensembles en copropriété, on démontre, dans la première partie, que ce type d'habitat en copropriété a pour origine une certaine logique économique basée sur l'emploi de « capitaux dévalorisés » et sur une recherche systématique du profit. D'où la mauvaise qualité de ce genre d'urbanisme, notamment quand il est le fait de promoteurs privés. Malgré ces déficiences, la copropriété est dans l'ensemble acceptée par la grande majorité de ses habitants; seule, une poignée de responsables dénonce ses carences ainsi que l'idéologie sous-jacente. De la présentation qui suit sur les avantages comparés de la location et de l'accession dans ces ensembles immobiliers, il ressort que, si l'accédant bénéficie d'une sécurité morale et matérielle certaine mais relative et fragile, par contre, son sort n'est guère plus enviable sur la plupart des autres points de comparaison. Imposée aux habitants malgré de fallacieuses apparences, faussement acceptée par eux, cette grande copropriété s'avère, en définitive, inadmissible comme le démontre l'auteur au cours de la troisième partie. Cette dernière analyse est accompagnée de propositions concrètes susceptibles d'améliorer le fonctionnement de ces grandes copropriétés qui, à l'heure actuelle, sont quasiment à l'abandon : réduction drastique de leur taille, création obligatoire d'un conseil syndical rénové, formation des conseillers

COPROPERTY AGAINST OWNER OCCUPIERS, by P. REYNAUD, *Consommation*, 2-1978, April-June 1978, pages 3 to 44.

This paper presents the findings from a survey of the sociological, economic and juridical causes of the bad management of very large housing estates, jointly owned by the owners of the dwellings. The work was supported by a grant from the Research Department of the Ministry of Justice.

Three very large estates were studied. The author shows why this type of ownership does not permit a satisfactory social appropriation of the home. A brief description of each estate leads the author to explain the economic reason of this type of housing: use of "devalorised capital" and systematic profit-making. This kind of urbanism is therefore of poor quality especially when private building societies are concerned. In spite of its defects, this type of ownership is on the whole accepted by a large majority of the owner occupiers, only a handful of responsible people expose its vice and the underlying ideology. The author then compares the respective advantages of tenants and owner occupiers in those estates, the owner occupier certainly enjoys a moral and physical security, though it is comparative and tenuous, but he is hardly better off on all the other points. The joint ownership of these large housing estates is imposed to the owners in spite of deceptive appearances and accepted by them on wrong basis; the estates are unmanageable. The author then suggests a set of measures that might improve the management of these large housing estates that are at present in utter neglect: a drastic reduction of their size, the compulsory renovation of syndical committees, the development of owner occupiers' associations at a national level. Broadening his outlook to a number of new experiments to improve the appropriation of dwelling space, the author ends by stating that new legislation in the matter cannot be successful unless social forces are comprehensively taken into account.

syndicaux, renforcement des associations nationales d'accédants. Élargissant son champ d'observation en direction des multiples tentatives actuelles, en vue d'une meilleure appropriation de l'espace habité, l'auteur affirme, en conclusion, qu'une nouvelle législation sur la copropriété n'aura de chances de succès qu'à la condition de prendre en compte l'ensemble et la diversité de ces mouvements sociaux.

LES EFFETS REDISTRIBUTIFS DES FINANCES PUBLIQUES DANS LE SECTEUR DES TRANSPORTS, par J. L. MADRE et P. PICARD, *Consommation*, 2-1978, avril-juin 1978, pages 45 à 62.

Cet article a pour but de présenter les principaux résultats de l'étude menée dans le cadre de l'A.T.P. socio-économie des Transports. Il expose tout d'abord les problèmes posés par l'adaptation de la méthodologie de la redistribution à l'étude du secteur des transports, notamment en ce qui concerne la répercussion des taxes par le marché de l'occasion et la prise en compte des flux liés à l'investissement (construction des infrastructures de transport : routes, etc.).

L'exposé des résultats pour 1973 montre ensuite qu'il existe un transfert allant des utilisateurs des transports individuels (automobile et deux-roues) vers les usagers des transports collectifs. On montrera en outre que les ménages habitant l'agglomération parisienne sont particulièrement favorisés par l'intervention des finances publiques dans ce secteur. La répartition des transferts selon la C.S.P. du chef de ménage fait apparaître que ce sont les salariés qui sont les plus favorisés par la redistribution dans ce secteur, notamment en ce qui concerne les réductions tarifaires à caractère social sur les réseaux de la R.A.T.P. et de la S.N.C.F. (cartes hebdomadaires de travail, billets de congés payés, réductions familles nombreuses, etc.).

THE REDISTRIBUTIVE EFFECTS OF PUBLIC FINANCES ON TRANSPORTS, by J. L. MADRE and P. PICARD, *Consommation*, 2-1978, April-June 1978, pages 45 to 62.

This paper gives the main results of a study of socio-economy of transports. The author begins by describing the problems of adapting the methodology of the general study of redistribution to the field of transports, in particular the impact of the taxes on second-hand bought vehicles and the taking into account of the flows linked to investments (infrastructures of transports: roads, etc.).

The results for 1973 show there is a transfer from users of private means of transport (car, cycles) to users of public transports, that families living in the Paris area profit more than others by public expenditure on public transports. The distribution of transfers according to occupational groups shows wageearners profit more than others by the redistribution in this field through the reduction on prices intended as social benefits (weekly transportation cards, annual holiday tickets, reductions for families with at least 3 children, etc.).

COMPTE-RENDU DES RAPPORTS

ÉTUDE RÉGIONALE DE L'ÉVOLUTION DES SOINS MÉDICAUX 1962-1975. TOME I : VARIABLES DÉCRIVANT LA CONSOMMATION MÉDICALE, par S. SANDIER et F. TONNELIER, 113 pages, n° 4574, février 1977.

Depuis 1968 et, pour certains soins, depuis 1962, nous présentons des estimations de la consommation médicale par personne au niveau des départements et des régions français en utilisant les statistiques de remboursement de l'Assurance Maladie du Régime Général.

Le but de ce rapport est de présenter une première analyse de l'évolution des consommations de soins médicaux telle qu'elle ressort de ces données. Cette analyse est purement descriptive, elle ne prend en compte que les variables de consommations et n'est donc qu'une première étape d'une étude plus générale des facteurs éventuels de la croissance et des conséquences possibles des évolutions sur l'état de santé des populations.

Dans le premier chapitre, nous précisons comment les statistiques de base de l'étude ont été obtenues et quelles méthodes nous utiliserons pour les analyser.

Nous avons construit un certain nombre de séries de variables décrivant la consommation de soins médicaux aussi bien au niveau départemental qu'au niveau régional. Le champ couvert par ces statistiques correspond à l'assurance maladie du Régime Général de Sécurité Sociale.

Dans un second chapitre, nous présentons les données numériques qui caractérisent les évolutions — taux d'accroissement annuel moyen par type de soins et par période — en les analysant d'un point de vue géographique et statistique. De façon générale, le caractère géographique est moins marqué pour l'accroissement des consommations médicales que pour leur niveau.

Le recours aux soins — mesuré par le nombre de consultations et de visites par personne — s'est développé entre 1969 et 1975 plus rapidement dans l'Ouest de la France et dans certaines régions du Centre de la France.

A l'opposé dans le Nord-Est, en Alsace et en Lorraine, le nombre de consultations et visites par personne n'a pas progressé, la baisse des visites compensant la faible hausse des consultations.

L'hospitalisation s'est, elle, plutôt développée dans le Nord de la France.

La dispersion relative des taux d'accroissement, mesurée par le coefficient de variation est d'autant plus faible que l'accroissement d'une variable a été rapide. La dispersion absolue, mesurée par l'écart-type est assez stable, avec une exception pour le rapport technique pharmacie qui apparaît très peu variable.

Les coefficients de corrélation entre les distributions départementales des taux annuels d'accroissement caractérisant les périodes 1962-1968 et 1969-1975 sont très faibles et traduisent donc l'indépendance des évolutions durant ces deux périodes.

Bien que le découpage retenu relève d'un certain arbitraire et puisse influencer sur le résultat, l'indépendance des taux d'accroissement sur deux périodes consécutives doit inciter à la plus grande prudence pour prolonger les tendances lors des prévisions.

L'accroissement du nombre de consultations et l'accroissement du nombre de visites sont fortement corrélés. Cette liaison fait écarter l'hypothèse d'une substitution simple des visites par les consultations puisque, dans l'ensemble, les régions où les consultations ont crû le plus rapidement sont celles où les visites ont augmenté le plus vite. L'accroissement du recours aux soins apparaît comme un facteur entraînant pour les autres consommations médicales, à l'exception de l'hospitalisation.

Sur les statistiques concernant la France entière, nous avons constaté des modifications des taux de croissance de la consommation par personne, pour certains actes médicaux. Nous avons cherché si ces mouvements étaient d'un point de vue statistique significatifs, en testant l'égalité des moyennes des deux distributions statistiques départementales 1962-1968 et 1969-1975.

Pour les honoraires du secteur public, on peut retenir l'hypothèse d'une croissance régulière. Par contre, pour tous les autres actes, l'hypothèse de l'égalité des taux d'accroissement pendant les deux périodes est à rejeter. C'est un ralentissement net qui apparaît pour les consultations et pour les visites et les actes de chirurgie et de spécialité; ce phénomène est un peu moins marqué pour les analyses de laboratoire, tandis que pour la radiologie, c'est une accélération que l'on observe.

Dans le troisième chapitre, nous cherchons à étudier si les évolutions différentes selon les départements ont réduit, laissé stables ou augmenté ces disparités, en analysant les relations entre taux d'accroissement et niveaux initiaux des consommations et en suivant l'évolution des caractéristiques de dispersion des distributions départementales.

Pour toutes les variables à l'exception des actes en « K » et du rapport technique pharmacie, il existe une corrélation négative significative entre le niveau d'une variable et son évolution pendant la période ultérieure, c'est-à-dire que statistiquement, aussi bien pour les consommations médicales par personne que pour les rapports techniques, l'évolution a été d'autant plus rapide que les valeurs initiales étaient faibles.

L'étude de l'évolution au cours du temps des caractéristiques statistiques pour les divers types de variables décrivant la consommation médicale peut également nous donner des indications sur l'évolution des disparités. Le résultat d'ensemble qui se dégage est que les évolutions différentes selon les départements ont eu comme conséquences de réduire les disparités en valeur relative, tandis que les disparités en valeur absolue se sont dans l'ensemble accrues.

On peut dire que, de façon tout à fait globale, il se produit une tendance à la réduction des disparités, voire une certaine saturation. Ceci doit être nuancé pour chaque type d'acte, ce phénomène étant plus net pour l'hospitalisation, les consultations et les visites que pour les autres actes du secteur privé.

Enfin, nous pouvons reprendre deux hypothèses pour expliquer les liaisons inverses entre niveau et taux d'accroissement :

- la demande est en train de se saturer et se développe d'autant moins vite qu'elle est satisfaite;
- la capacité de l'offre est un facteur limitatif du développement des consommations.

Ces hypothèses ne sont pas nécessairement exclusives et peuvent être vraies pour des régions distinctes.

L'objet du quatrième chapitre est d'étudier à partir des liaisons observées sur les dernières données disponibles, les modifications intervenues au cours du temps.

En économie, les modifications de structures sont lentes et on observe une assez grande stabilité des liaisons des consommations entre elles, du moins sur une courte période. Ainsi en 1975, les corrélations observées sur des valeurs départementales sont proches de ce qui était observé en 1969.

Les répartitions départementales se caractérisent en 1975 (comme en 1970) par :

- de fortes corrélations entre les actes techniques produits en pratique privée

(« K », « Z », « B », « AM »), de même qu'entre ces actes et les consultations;

- l'absence de liaison entre les actes du secteur privé et les honoraires publics;
- l'absence de liaison entre les actes du secteur privé et les visites. Seules, les consultations et les dépenses de pharmacie sont corrélées aux visites;
- les rapports techniques des actes « K », « R », « B », « AM » sont fortement corrélés aux actes correspondants.

En étudiant les évolutions des corrélations entre les consommations au cours du temps, on ne pouvait évidemment s'attendre à observer des bouleversements des disparités départementales et des liaisons entre les divers types de soins. Il est cependant possible de faire quelques remarques :

- dans le secteur privé, la séparation entre la médecine technique (fortes consommations d'actes techniques et fortes consommations d'actes techniques par consultation ou visite) et les visites associées à la pharmacie apparaît plus marquée au cours du temps. Il s'agit peut-être là d'une forme de substitution;
- enfin, il semble se produire une évolution pour le rapport technique pharmacie, mais les mouvements ne sont pas d'une ampleur telle que l'on puisse valablement conclure.

ASPECTS DE L'ARTISANAT DE PRODUCTION, par J. TABOULET et Y. LIGIER, 127 pages, n° 4579, mars 1977.

L'artisanat connaît, surtout dans les grandes agglomérations, une prospérité assez satisfaisante en raison, bien souvent, de la rareté des ateliers, du nombre élevé de ses clients ainsi que de leur proximité; en revanche, les artisans qui se consacrent à la fabrication semblent connaître des conditions plus difficiles.

A une implantation diffuse de spécialités diverses et multiples, s'oppose un artisanat concentré géographiquement et relativement homogène par ses produits et ses techniques, sans distinction de la nature de sa clientèle (industrie ou particuliers).

Cet artisanat de production constitue l'objet de l'étude. Ses caractéristiques sont :

- un nombre assez important d'entreprises;
- un secteur géographique bien délimité (il peut être confondu avec un berceau historique);
- une certaine identité des produits;
- une grande analogie des techniques de fabrication.

Ce « tissu artisanal », résultant de la densité des implantations, peut constituer sur la carte une zone ombrée susceptible d'avoir une grande activité économique parce qu'il emploie un nombre élevé de salariés, qu'il recourt peut-être, sinon à des techniques de pointe, du moins à des technicités élaborées, ce qui, compte tenu des machines utilisées, lui confère un potentiel de production sensiblement comparable à celui d'une ou plusieurs entreprises industrielles ayant des effectifs équivalents. Cet artisanat peut jouer alors un rôle économique important dans sa région lorsque ses entrepreneurs savent adapter leur production, leur création de produits, ainsi que leurs opérations de commercialisation aux besoins d'un marché.

Des hypothèses moins optimistes sont également à envisager. On citera le défaut d'union entre artisans, l'ignorance de l'évolution des techniques de fabrication, le fait de croire que, parce que l'on apporte de la qualité, il n'est pas nécessaire de se préoccuper des besoins du marché, l'ambiguïté des comportements à l'égard de la machine considérée souvent comme un ennemi du travail plutôt que comme un auxiliaire.

Les efforts entrepris pour s'adapter à un marché revêtant des formes différentes selon les spécialités professionnelles et les régions, il convient d'étudier le fonctionnement des entreprises artisanales.

La méthode utilisée a consisté à mettre au point un questionnaire normalisé, à constituer des échantillons à partir des listes tirées du Répertoire des Métiers que les Chambres de Métiers ont bien voulu mettre à notre disposition, et à aller ensuite interroger les entreprises.

Le but de l'étude vise à déterminer si ces activités, à la fois locales et sectorielles, sont en survie ou si elles correspondent à des marchés qui se développent.

Plutôt que d'entreprendre un recensement des secteurs géographiques de l'artisanat de production, un certain nombre de régions dont la notoriété est grande, l'activité spécifique, et le nombre d'artisans assez élevé ont été retenues. Ainsi, ont été étudiés : Fayl-Billot, pays de la vannerie (en Haute-Marne); Villedieu-les-Poëles, le travail des métaux (dans la Manche); la petite métallurgie dans Le Vimeu (Somme); l'ébénisterie à Revel (en Haute-Garonne); l'artisanat et la conserve alimentaires (en Dordogne).

LA LUNETTERIE D'APRÈS L'ENQUÊTE SUR LES SOINS MÉDICAUX 1970. MÉTHODE ET CONSOMMATION, par A. FOULON et T. LECOMTE, 24 pages, n° 4581, mars 1977.

L'enquête I.N.S.E.E.-C.R.E.D.O.C. de 1970 a permis d'effectuer l'enregistrement des acquisitions de lunetterie d'un même échantillon d'individus par deux méthodes différentes, mais effectuées simultanément :

- enregistrement des déclarations d'acquisitions auprès des enquêtés;
- enregistrement des consommations auprès des caisses primaires de Sécurité Sociale, dont dépendent les enquêtés.

Ceci a permis d'établir des appariements entre les deux sources de données et, corrélativement, des taux d'oublis dans chacun des deux volets de l'enquête.

Ainsi, 46,76 % des acquisitions ont été retrouvées dans les deux sources et sont dites appariées; 35,25 % n'existent pas dans les données de Sécurité Sociale; 17,99 % n'existent pas dans les données de l'enquête auprès des consommateurs.

L'exploitation des données économiques des deux sources statistiques a permis de faire les estimations suivantes pour 1970 :

- le prix moyen d'une acquisition de lunetterie était d'environ 124,00 F. Toutefois, celui-ci s'inscrit dans un éventail assez large, puisque le minimum observé était de l'ordre de 5 F pour l'achat de branches de lunettes et de 700 F pour l'acquisition de quatre verres correcteurs;
- l'appariement de l'enquête sur le terrain et les dossiers de Sécurité Sociale ont fait ressortir un taux de couverture moyen par le régime général et les régimes rattachés de 26,3 %;
- la dépense totale d'acquisitions de lunetterie (achats et réparations) a été évaluée à 605 millions de francs.

LA CONSOMMATION PHARMACEUTIQUE AU ROYAUME-UNI, par A. GEORGE, 148 pages, n° 4587, avril 1977.

La présente étude porte sur l'analyse comparative de la consommation pharmaceutique à usage humain, au Royaume-Uni et en France.

La pharmacie occupe une place importante dans les dépenses de santé mais présente, selon les pays étudiés, des particularités que les études internationales entreprises jusqu'à présent cherchent à mettre en lumière; elles permettent en outre de relativiser les résultats trouvés en fonction des caractéristiques socio-économiques et sanitaires propres à chaque pays et de tester l'influence des législations sociales, de l'organisation des systèmes de soins.

Avant d'aborder le domaine de la pharmacie, nous présentons les généralités et le contexte socio-économique des deux pays en insistant plus particulièrement sur

l'organisation et la distribution des soins au Royaume-Uni, ainsi que sur la réglementation du marché des médicaments.

Dans les chapitres suivants, nous analysons et comparons successivement les niveaux et les évolutions des dépenses pharmaceutiques, des prix des produits, et des consommations évaluées en volume et en quantités. Une partie importante de ce chapitre est consacrée à la répartition des dépenses pharmaceutiques par classes thérapeutiques.

Précisons que le champ de l'analyse est le même dans les deux pays. Il s'agit des médicaments à usage humain, vendus avec ou sans ordonnance; spécialités normales et « grand public », médicaments vendus sous nom de marque ou sous nom générique; entrent également dans le champ de l'étude quelques fournitures médicales, bandages et pansements achetés par des malades ambulatoires dans les pharmacies.

Malgré les difficultés méthodologiques qui relèvent de l'approche monétaire dans les comparaisons internationales, l'étude portant sur la consommation pharmaceutique au Royaume-Uni et en France a cependant permis de mettre en évidence plusieurs faits :

- d'une façon générale, sur toute la période étudiée, les dépenses de santé et, plus particulièrement, les dépenses pharmaceutiques sont plus élevées au Royaume-Uni qu'en France, tant en valeur absolue qu'en pourcentage du P.N.B.;

- en ce qui concerne la structure de la consommation, la part de l'automédication est nettement plus forte au Royaume-Uni, tandis que la part de médicaments consommés à l'hôpital est sensiblement identique dans les deux pays. En effet, contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays, il n'y a pas de substitution entre les soins hospitaliers et ceux délivrés en ville;

- il apparaît donc que l'existence au Royaume-Uni d'un système national de santé qui à la fois assure le financement et la distribution des soins, maintienne les dépenses de santé dans un ensemble, dans des limites compatibles avec les contraintes budgétaires. Il convient de constater que dans ce contexte, la gratuité des soins n'a pas entraîné de « surconsommation médicale » et n'a pas fait disparaître l'automédication.

CRISE DE L'ÉNERGIE ET ÉVOLUTION DES MODES DE VIE, par P. MARÉCHAL, 145 pages, n° 4590, avril 1977.

Ce texte essaie d'apporter des moyens d'analyse pour identifier les facteurs (permissifs ou inhibiteurs) de changements engendrés par la crise de l'énergie dans l'évolution des modes de vie. Il ne s'agit donc ni d'une prévision, ni d'une prospective à proprement parler, ni même d'une utopie. Ainsi, au moyen de nombreuses simplifications et d'hypothèses de travail, il vise à approfondir quel peut être l'impact de la crise de l'énergie sur les modes de vie.

La première partie permet de cerner les principaux éléments constitutifs de la crise de l'énergie : s'il n'y a pas de pénurie d'énergie, par contre, il se pose de graves questions concernant les substitutions d'énergies entre elles; d'une certaine manière, la crise de l'énergie est le résultat d'incertitudes qui pèsent sur le « redéploiement énergétique » (quels prix, quelle sera la part respective des diverses énergies... ?). Tous ces problèmes se compliquent du fait des diverses tendances nouvelles de la Division Internationale du Travail et à cause de facteurs politiques (dépendance énergétique).

Il en résulte deux orientations majeures :

- soit développer l'accumulation dans la production d'énergie-marchandise;
- soit développer l'accumulation dans les moyens de substitution à l'énergie-marchandise.

La tendance actuelle est de privilégier la première orientation, c'est-à-dire l'accroissement de l'offre d'énergie. Ceci correspond à pérenniser un modèle de croissance

et à conserver, en première approximation, les principales caractéristiques du mode de vie dominant actuel.

Il n'est pas évident que, dans les pays disposant de peu de ressources énergétiques, il soit possible de poursuivre une telle croissance sans que les coûts liés à la dégradation de l'environnement, le poids des investissements pour accroître l'offre d'énergie, la charge pour la balance des paiements des importations d'énergie ne réduisent fortement le niveau de vie ou les surplus nécessaires à la poursuite de l'accumulation. Il se pourrait donc que la deuxième orientation prévale : dans ce cas, la politique énergétique viserait à réduire l'élasticité de la consommation d'énergie par rapport au P.N.B. en adoptant une stratégie de conservation de l'énergie.

On a supposé que c'est dans ce dernier cas que les modes de vie subiront des modifications majeures, tout en insistant sur le fait que les unités domestiques ne possèdent guère de moyens autonomes pour induire une telle baisse relative de la consommation d'énergie.

La deuxième partie a pour but de préciser ce que peut signifier une stratégie de conservation de l'énergie que certains présentent comme une priorité de la société. Il est évident qu'un tel courant sociétal n'en est qu'à sa phase de maturation si bien que les nouveaux moyens intellectuels nécessaires (critères de choix, logique énergétique, informations à recueillir...) à un tel changement sont encore à forger et à rendre cohérents : en empruntant à divers travaux, on s'est efforcé de présenter quelques principes généraux pour la mise en œuvre d'une politique de conservation de l'énergie. Plus précisément, cela se traduirait par :

- une évolution de la notion d'obsolescence;
- l'utilisation séquentielle des formes d'énergie et des matériaux à forte densité énergétique;
- l'intégration et l'agrégation d'activités consommatrices d'énergie.

Les modalités concrètes sont nombreuses comme le suggère l'application de l'analyse énergétique, soit à l'évaluation du contenu énergétique des divers biens produits, soit au calcul du coût énergétique de quelques pratiques de la vie domestique, soit encore à des systèmes (par exemple, le système alimentaire). Tous ces exemples empruntés à la littérature américaine ne sont donnés qu'à titre indicatif.

Ils suggèrent cependant que la mise en œuvre sans discernement d'une stratégie de conservation de l'énergie risque de provoquer de nombreuses réactions de refus et des blocages. En approfondissant ce point, on a été conduit à poser comme hypothèse que la stratégie de conservation de l'énergie ne peut porter de fruits qu'en s'articulant avec la dynamique d'évolution des domaines concernés : il s'ensuit que l'adoption de modes de vie nécessitant un moindre niveau énergétique ne peut résulter que du développement de certaines formes d'accumulation et de croissance qui auront fait l'objet d'un consensus social; l'organisation sociale du travail constitue à cet égard une variable essentielle.

La troisième partie cherche à préciser la portée de cette problématique en approfondissant les questions relatives à l'organisation de l'espace et aux besoins énergétiques pour le déplacement des personnes. Dans ce domaine, on peut recenser les principaux facteurs de diminution de la consommation d'énergie. Des exemples montrent les résultats que l'on peut attendre de l'amélioration des bilans énergétiques des processus mécaniques, ainsi que du transfert vers des modes de transport moins consommateurs d'énergie. Mais le point crucial est la réduction de la mobilité. En montrant que la mobilité actuelle est le résultat de la pratique de l'espace virtuel généré par les diverses techniques de transport et que, surtout, la structuration de l'espace, les formes de l'accumulation du capital (localisation, taille des entreprises...) s'est faite par la valorisation systématique de cet espace virtuel, il en résulte que toute réduction de la mobilité ne peut provenir que d'un changement des caractéristiques des formes dynamiques de l'accumulation : l'exemple de la substitution des déplacements de personne par un plus grand usage des télécommunications illustre ceci.

LA CONSOMMATION MÉDICALE EN 1976 DES PERSONNES PROTÉGÉES PAR LE RÉGIME GÉNÉRAL DE SÉCURITÉ SOCIALE. ÉVOLUTION 1959-1976, par S. SANDIER et A. THAURONT, 104 pages, n° 4592, mai 1977.

En 1976, la consommation de soins médicaux en France a été évaluée à 115,5 milliards de francs, représentant une dépense de 2 182 F par personne.

L'accroissement de la dépense globale par rapport à 1975 a été de 17,7 %; cet accroissement nettement plus faible que celui observé l'année précédente est du même ordre que celui observé en moyenne entre 1969 et 1974 (16,7 % par an). Cette similarité résulte cependant de deux évolutions divergentes : entre 1975 et 1976, le volume de la consommation s'est accru plus faiblement que sur la période 1969-1974 tandis que les prix se sont, eux, accrus plus rapidement.

Nous présentons ici une analyse des statistiques de 1976 de l'Assurance Maladie du Régime Général : les résultats dégagés peuvent avec précaution, mais dans une large mesure, s'appliquer à l'ensemble de la consommation médicale puisque le Régime Général protège 76 % de la population française et que les remboursements de l'Assurance Maladie représentent 53 % de la dépense totale de soins médicaux.

Ce travail prend en compte la période 1959-1976 et met ainsi à jour des études précédentes; nous ne reviendrons donc pas ici sur la méthode de l'étude ou sur le détail des calculs.

Dans le chapitre I, nous donnons une vue générale de l'année 1976 et nous situons cette année par rapport aux tendances observées pendant les années antérieures.

Les chapitres suivants présentent les données statistiques détaillées dans des tableaux statistiques regroupés en trois parties :

- Chapitre II : évolution de la consommation par personne en quantités ou en volume et en dépenses reconnues;
- Chapitre III : financement des soins médicaux par l'Assurance Maladie;
- Chapitre IV : évolution des structures et des techniques de soins;
- les annexes récapitulent les données de base et les calculs intermédiaires.

STRUCTURE RÉGIONALE DE L'HOSPITALISATION, JOURNÉES, PRIX DE JOURNÉE, par H. FAURE et F. TONNELIER, 94 pages, n° 4588, mai 1977.

La première partie de ce rapport donne les résultats du sondage au 1/60, réalisé par la C.N.A.M., concernant l'hospitalisation en 1972 des assurés du Régime Général en Assurance Maladie, c'est-à-dire sans les séjours en maternité ou correspondant à des accidents du travail.

A cette date, les assurés du Régime Général représentaient 73,8 % de la population française, le reste correspondant à la population agricole et aux personnes adhérentes à d'autres régimes. Ce poids important qu'ont les résultats, les rend d'autant plus intéressants, en plus du fait qu'ils couvrent l'ensemble des établissements.

Les tableaux en annexe donnent pour les 22 régions de programme, des résultats sur les nombres de journées, les prix de journée, et les honoraires avec différentes ventilations selon les établissements (généralistes ou spécialisés) le secteur (public ou privé) et la discipline médicale (médecine, chirurgie, spécialités, etc.).

Les journées se répartissent ainsi entre les différents types d'établissements :

Hôpitaux généraux.....	51,5 %
Hôpitaux psychiatriques.....	22,5 %
Établissements contre la tuberculose.....	5,2 %
Établissements pour enfants et adolescents inadaptés.....	16,2 %
Divers.....	4,6 %
	<hr/>
	100,0 %

La part du secteur public est de 57 %, celle du secteur privé 43 %, avec des orientations différentes : importance des journées de médecine dans les hôpitaux généraux publics, importance des journées de chirurgie dans les cliniques privées. Ces deux disciplines y représentent respectivement 58 et 59 % du total des journées.

Les nombres de journées d'hospitalisation par personne protégée par le Régime Général sont les suivants :

– 1,74 dans les hôpitaux généraux dont 1,10 en hôpital général public et 0,64 en clinique privée;

– 1,60 journée en établissement spécialisé : 0,74 en établissement psychiatrique, public le plus souvent, 0,17 journée en établissement de lutte contre la tuberculose, et 0,53 journée par personne en établissement pour enfants et adolescents inadaptes.

Ces statistiques sur les établissements spécialisés complètent celles qui sont publiées habituellement et qui ne concernent en général que les hôpitaux généraux.

Le nombre de journées d'hôpital par personne, calculé par région, varie notablement; en fait, cette variation reflète les différences du nombre de lits existants par rapport à la population; ainsi dans les régions du Sud de la France et la région Rhône-Alpes, le nombre de journées par personne est le plus élevé.

Un des résultats intéressants de ce sondage est l'observation des prix réels de journée par discipline, par secteur et par établissement. Il ne faut pas perdre de vue lorsqu'il s'agit de prix moyens, par région par exemple, l'importance qu'à la pondération des prix de base; cette enquête nous fournit à ce sujet des éléments très appréciables.

Les honoraires payés par les malades en plus des frais de séjour sont étudiés en détail dépenses et nombre de lettres-clés, globalement et par journée, ce qui permet en particulier de calculer le « volume des soins » correspondant aux honoraires, qui est une somme pondérée des lettres-clés produites par journée, exprimée en équivalents « C ».

Dans les hôpitaux publics la dépense moyenne d'honoraires s'élevait à 15 F par jour, et le volume des soins par journée à 3,0 C, dont les examens de laboratoire constituent une part importante. Ces moyennes présentent une assez forte variation régionale; ainsi dans l'Est, le volume des soins par journée est nettement plus élevé que dans les régions de l'Ouest.

Dans les établissements privés, la dépense moyenne d'honoraires s'élevait à 36,4 F et le volume à 2,0 équivalent « C » par journée, les actes de chirurgie y ayant une part importante. Là aussi, d'assez fortes différences régionales qu'on peut expliquer en première approximation par les différences de durée de séjour.

Les résultats concernant les prix de journée et les honoraires par journée donnés dans cette partie sous forme descriptive, sont repris et utilisés dans la deuxième partie, en vue d'en expliquer les variations entre régions.

Parallèlement aux résultats concernant les malades hospitalisés, ce sondage fournit une mesure des soins donnés aux consultants externes dans les hôpitaux publics ou privés : dépenses, nombre d'actes, nombre de lettres-clés. Si l'on considère les dépenses des consultants externes des établissements hospitaliers (on n'a pas le nombre de consultants), les actes de radiologie viennent au premier rang, suivis par les actes de chirurgie, mais dans l'ensemble, les actes faits aux consultants externes, même mesurés en nombre de lettres-clés, ne représentent qu'une part assez faible de l'activité des établissements; c'est le cas pour les actes en « B » et en « K » en particulier; seuls les « C » et les « R » (radiologie) représentent un pourcentage notable de l'activité totale. Dans les établissements privés, les actes faits aux consultants externes n'y représentent qu'un faible pourcentage par rapport au total.

Les résultats obtenus à partir de ce sondage ont, en résumé, l'intérêt de donner une photographie assez complète de l'hospitalisation, dans les deux secteurs public et privé; structure des journées selon les types d'établissement et les disciplines et connais-

sance des prix de journée par discipline dans le secteur privé en particulier, et des honoraires en général.

Dans la deuxième partie, une analyse des prix de journée est entreprise, tels qu'ils sont obtenus à partir du sondage; on essaie d'expliquer les écarts de prix entre régions, pour une même discipline, médecine ou chirurgie, et en distinguant le secteur public ou privé, puisque les systèmes de facturation y sont différents pour les honoraires en particulier.

Des corrélations sur données régionales sont faites entre les prix de journée et certaines variables susceptibles d'être explicatives : le personnel par lit mesuré soit en effectif, soit en coût, les durées de séjour, ces données ne résultant pas du sondage, mais étant connues extérieurement. Les liaisons entre le prix de journée et le personnel par lit sont assez bonnes, et meilleures lorsqu'on prend le coût de personnel, ce qui tient compte des différentes catégories de personnel, et de leur qualification. Ces résultats confirment au niveau régional, le fait que les dépenses de personnel constituent 60 à 70 % des dépenses des établissements et expliquent de ce fait une partie des écarts de prix.

Par contre, les corrélations entre prix de journée et durée de séjour, pour vérifier l'hypothèse que les prix varient en sens inverse des durées de séjour, aboutissent à des coefficients de corrélation peu significatifs mais du bon signe (négatif). La faiblesse des corrélations ne signifie pas d'ailleurs qu'il y ait absence de corrélation car les données sont très agrégées. Elles ne permettent pas en particulier de distinguer la taille des établissements (C.H.U., C.H., H., pour les hôpitaux publics), qui a une influence sur les prix de journée, plus que sur les durées de séjour. L'inconvénient principal de ce genre de calcul, sur données agrégées, est qu'on ne peut descendre à un niveau suffisant de détail et considérer en particulier la nature précise et la gravité des maladies.

On examine ensuite les relations entre prix de journée et honoraires par journée; une partie des soins étant en effet comptée en honoraires, il s'agit de voir s'il existe une liaison avec l'autre partie, comptée dans le prix de journée représentant les dépenses de pharmacie, de personnel et de matériel en particulier; les résultats sont peu significatifs.

La dépense totale par journée est calculée ensuite comme somme du prix de journée, par discipline, et des honoraires par journée, obtenant ainsi le prix synthétique de journée; les calculs montrent une certaine corrélation entre ce prix et la durée de séjour.

Enfin, le coût total d'un séjour, égal au prix synthétique multiplié par la durée, est calculé par région selon le secteur public ou privé, pour l'ensemble médecine et chirurgie. Étant donné que le prix synthétique et la durée ne sont pas indépendants, puisqu'ils varient approximativement en sens opposé, leur produit, qui est le coût total d'un séjour, tend à varier relativement peu, au niveau des moyennes régionales. Cela permet d'avancer l'hypothèse d'une sorte de nivellement des coûts totaux de séjour, dans les établissements généraux, la variation de prix par journée étant compensée par celle de la durée de séjour.

Dans la troisième partie, indépendante des deux précédentes et des résultats du sondage, on examine l'influence du type d'établissement (Centre Hospitalier Universitaire, Centre Hospitalier, Hôpital du secteur public) sur les prix de journées, les honoraires par journée en dépenses et en volume, en utilisant les données annuelles disponibles de 1968 à 1973. Il en ressort que les malades reçoivent par journée un volume de soins et d'examen qui varie plus entre les trois types d'hôpital considérés, que ne varient les prix. La dépense par *unité de soins*, dans les très grands établissements (C.H.U.), apparaît ainsi inférieure à celle qu'on obtient dans les hôpitaux de petite taille; au cours de la période, son prix nominal s'accroît peu et baisse en valeur relative, ce qui suggère qu'il existe une plus grande productivité dans les grands établissements.

L'objet de la recherche était de mieux situer les domaines actuels ou potentiels d'intervention du Droit et de la Justice en matière de consommation, en considérant les problèmes effectivement vécus par les consommateurs, et d'analyser les freins globaux à l'efficacité d'une telle intervention.

Notre travail repose essentiellement sur l'analyse de 3 types de données :

— données macro-économiques sur l'évolution globale des modes de production et de consommation; un échantillon « spontané » du courrier adressé par les consommateurs au service juridique de l'I.N.C.; un petit nombre d'interviews menées auprès d'un échantillon « raisonné » de consommateurs, portant sur les principaux problèmes rencontrés dans le domaine de la consommation, les réactions développées face à ces problèmes, et la perception du rôle, à cet égard, du Droit et de l'Institution Judiciaire.

L'analyse des difficultés rencontrées quotidiennement fait ressortir la part extrêmement importante des problèmes de prix qui tendent souvent à occulter les autres occasions de conflit; par ailleurs, les torts subis du fait de la mauvaise qualité ou des défauts de fabrication des objets achetés se traduisent également, en partie, en un problème de pouvoir d'achat (parce qu'il faudra renouveler ou faire réparer) ou en un problème d'incitation diffuse à la consommation. Si ces difficultés atteignent tous les consommateurs, leur fréquence, leur nature et leur gravité relative diffèrent cependant largement d'un milieu à l'autre; et beaucoup ont l'impression, en partie fondée, que les solutions actuellement proposées s'attachent surtout à régler certains types de problèmes, au bénéfice de certaines catégories de consommateurs. Les réactions se caractérisent souvent par leur manque de vigueur et d'efficacité.

Outre les obstacles les plus patents à toute initiative (inertie, manque d'information, faiblesse fréquente des enjeux financiers, etc.) il apparaît qu'une des principales explications à ces comportements réside dans la difficulté de distinguer, pour les consommateurs, parmi les préjudices subis, ceux qui résultent d'une irrégularité juridique de la part du vendeur (ou prestataire de service, ou producteur) de ceux qui ne sont qu'une conséquence « normale » et parfaitement légale — sinon légitime — du mode de fonctionnement du système de production.

Lorsque les consommateurs désignent ceux qu'ils considèrent comme les principaux responsables des problèmes rencontrés, ils tendent souvent à se mettre d'abord eux-mêmes en cause (eux personnellement, ou bien, plus souvent, les autres consommateurs). Aussi, les solutions envisagées, se situent-elles davantage au niveau d'un effort d'éducation, d'information, de sensibilisation, voire « d'aide au choix » auprès de ceux qui achètent, qu'à celui d'une amélioration des moyens juridiques et judiciaires de protection.

Le rôle éventuel du Droit ou de la Justice dans le domaine de la consommation n'est que rarement l'objet d'une perception spontanée. Les freins traditionnels (matériels et psychologiques) à l'accès à l'Institution Judiciaire sont particulièrement importants dans le domaine des conflits de consommation : la consommation reste essentiellement un acte quotidien dont l'enjeu financier — considéré isolément — est souvent faible, et dont les aspects juridiques ne sont que rarement appréhendés *a priori*. Aussi, la longueur, la complexité, le coût et la solennité d'une action judiciaire semblent-ils au premier abord inadaptés à la résolution des litiges. Le problème de la preuve risque par ailleurs de se poser de façon particulièrement aiguë au consommateur (alors que le vendeur ou producteur est beaucoup mieux armé à cet égard); et l'inégalité (quant à l'accès et aux moyens juridiques) entre les deux adversaires est souvent telle qu'elle interdit la simple idée de recourir sur le plan du Droit.

Une analyse globale de l'ensemble des attitudes des consommateurs à l'égard de la consommation, des conflits éventuels qui peuvent s'y produire, et des recours envi-

sageables, conduit à mettre en relation statut socio-économique, mode de consommation, type de problèmes rencontrés, et efficacité d'un recours éventuel.

A cet égard, nous avons noté en particulier l'incidence très négative, sur le rapport de forces en cas de conflit, de l'attitude de certains, qui ne se définissent pas *a priori* comme consommateurs, et, de ce fait, refusent toute forme de solidarité avec ceux qui auraient pu être lésés de la même façon qu'eux, ne se sentent pas concernés par l'idée globale de la défense du consommateur, ne s'informent pas, et préfèrent abandonner en cas de litige plutôt que de « rentrer dans le système ».

Et certains autres, du fait d'une forme d'éducation traditionnelle, ou bien, du fait de la conscience de « s'être laissé aller » à un comportement irrationnel irresponsable, minimisent l'importance des problèmes rencontrés et, pour les difficultés les plus graves, la culpabilité latente constituera un terrain très favorable à l'argumentation de l'adversaire.

L'amélioration de la protection juridique et judiciaire des consommateurs suppose donc non seulement des changements au niveau de la règle du droit et de procédure, mais également une action au niveau des moyens effectifs (et non théoriques) d'accès au Droit et à la Justice, et de moyens de défense, et même une action visant à diminuer les freins à l'initiative du consommateur, et parfois, à modifier sa perception à la fois de la consommation et de la Justice.

SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES. QUELQUES ASPECTS DE LA MOBILITÉ DANS CERTAINS ENSEMBLES H.L.M., par M. TALLARD, 95 pages, n° 4561, juin 1977.

Cette étude a pour objet d'étudier l'évolution des caractéristiques socio-démographiques de la population logée dans trois ensembles très différenciés de la Ville Nouvelle de Saint-Quentin-en-Yvelines et d'y analyser le phénomène de la mobilité.

A cette fin, une exploitation du fichier des organismes H.L.M. et un suivi des mouvements de population entre mars 1976 et mars 1977 ont été menés.

Si les caractéristiques sociales de la population logée dans l'un des ensembles apparaissent assez proches du profil moyen de la population vivant en H.L.M. (couches moyennes et main-d'œuvre ouvrière qualifiée), celles des deux autres sont spécifiques, marquées notamment par le poids des populations les plus défavorisées et parmi elles la population étrangère. Cette spécificité est explicable par des facteurs tenant au mode de financement de ces ensembles et aux types d'emplois présents dans les zones d'activité de la Ville Nouvelle.

Cette diversité des caractéristiques socio-démographiques entraîne une diversité du profil des populations en mouvement et des sources de la mobilité. Ces dernières sont explicables par deux types de facteurs :

- mutation hors de la Région parisienne des salariés de l'État et accession à la propriété des couches moyennes et qualifiées dans le premier cas;
- la fuite d'un habitat trop spécifié socialement dans les deux autres cas qui se combine aux facteurs précédents.

Ces deux sources sont amplifiées par des facteurs propres à la Ville Nouvelle :

- offre en habitat individuel qui accélère le projet d'accession des couches moyennes;
- offre en logement social qui permet aux ménages dont l'H.L.M. est le bout de la trajectoire d'avoir accès à un autre ensemble moins spécifié socialement. Lorsque cette offre n'existe pas dans l'environnement immédiat, la mobilité baisse, la population logée n'ayant pas la possibilité de partir. Dans l'autre cas, ce processus conduit à une paupérisation de l'ensemble étudié, seules les populations les plus défavorisées y accédant. A travers la mobilité, c'est tout le problème du logement de ces populations qui est posé.

LA SÉLECTION DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR FRANÇAIS UNE SYNTHÈSE DES TRAVAUX STATISTIQUES RÉCENTS, par Louis LÉVY-GARBOUA, 58 pages, n° 4593, juin 1977.

Cette étude se propose de dégager les résultats des travaux statistiques récents sur la sélection dans l'enseignement supérieur français qui paraissent les plus significatifs et généraux. Elle se limite à l'examen de ce qui se passe à l'intérieur et aux frontières (entrée et sortie) de l'enseignement supérieur, en laissant de côté ce qui relève nettement de l'enseignement secondaire ou du devenir professionnel.

Le terme de « sélection » est pris dans un sens large, comme nous y convie la définition retenue par le rapport du Secrétariat de l'O.C.D.E. Il comprend toute une série d'actions qui conduisent à l'octroi du diplôme et à l'exercice d'une profession définitive. Pour interpréter correctement la situation française, il convient en outre d'y inclure la sélection « non formelle », ou non explicitement organisée en vue de filtrer les étudiants.

La progression des sociétés industrielles vers la démocratie et l'égalité, en même temps que leur souci d'efficacité économique, conduisent à rechercher des critères de sélection qui révèlent l'effort et le talent personnels beaucoup plus que la naissance. L'École et l'Université ont été désignées pour remplir ce rôle de juge impartial qui leur a valu à la fois un succès grandissant et de nombreuses critiques. Véritables pivots du système de sélection social, elles ne se contentent plus aujourd'hui de fabriquer des « honnêtes hommes »; elles produisent des diplômés à plusieurs niveaux et dans de multiples spécialités. Les systèmes d'enseignement supérieur semblent appelés à avoir une responsabilité accrue au sein de ce dispositif dans la mesure où, pour atténuer le marquage des enfants par la naissance, on repousse le moment du tri le plus tard possible. C'est une tâche particulièrement délicate, car en moins de 4 ans il faut réussir à allouer efficacement les étudiants entre les spécialités, à choisir les bons numéros sans biaiser, et à trouver des débouchés satisfaisants pour tous.

Dans la société française, les individus s'orientent en principe vers les études de leur choix. Qu'arriverait-il si tout le monde désirait la même chose? C'est dans une très large mesure le rôle des procédures de sélection (section 1), de la sélectivité totale des institutions d'enseignement supérieur (section 2) et des mécanismes de sélection (section 3), que de remplir indirectement et de façon subtile les fonctions indispensables de l'allocation des efforts et des talents, de la distribution des titres scolaires et de la régulation du marché des compétences.

MOBILITÉ RÉSIDENTIELLE ET ÉVOLUTION DE LA CONSTRUCTION NEUVE, par P. LANCO, 19 pages, n° 4603, juillet 1977.

L'étude de juin 1976 « La mobilité résidentielle », qui était une exploitation complémentaire des enquêtes logement de l'I.N.S.E.E. et, en particulier, de celle de 1973, a permis d'avoir une vision de l'évolution de la mobilité sur la dernière décennie. Malheureusement, comme la conclusion de l'étude le faisait remarquer, la méthodologie employée ne permettait guère de dépasser le stade de la description de la mobilité.

Les traits essentiels apparus dans cette étude méritent d'être rappelés : en 10 ans, la mobilité s'est accrue avec un taux de croissance annuel de 1,5 %, si l'on mesure l'importance de ce phénomène par un taux d'emménagement; avec un taux de 2,3 %, si l'on utilise le taux dit de mobilité. Par conséquent, on aurait tendance à être plus mobile : cette affirmation doit être tempérée car on observe également un fort ralentissement du taux de croissance de la mobilité.

Pour avoir un ordre de grandeur du nombre de ménages ex-logés qui déménagent chaque année, on pourra retenir qu'en 1963 ils étaient 680 000, en 1967 : 930 000 et en 1973 : 1 080 000 (ces chiffres n'incluent pas la formation de nouveaux ménages).

La mobilité est de plus en plus le fait des jeunes ménages : environ 38 % des emménagés récents ont un chef de ménage âgé de moins de 30 ans (ce chiffre était de 30 %

en 1963). Près des deux tiers ont moins de 40 ans, alors qu'ils ne représentent que 32 % de l'ensemble des ménages.

Ceci peut s'expliquer d'abord par l'essor démographique et par une forte propension à la mobilité de cette population : le taux d'emménagement annuel des « moins de 30 ans » est de 43 % en 1973 (36 % en 1963).

D'autres facteurs structurels contribuent à façonner le contenu de la mobilité. D'une part, la croissance urbaine et le développement inégal des villes : il est intéressant de noter le fort taux annuel de croissance du taux de mobilité dans l'agglomération parisienne (4,2 % par an pendant la décennie). D'autre part, les catégories socio-professionnelles qui se développent le plus sont souvent les plus mobiles : ceci contribue donc à accroître la mobilité générale.

Enfin, on constate que le fonctionnement du marché des logements de deuxième main tend à se spécialiser dans la location (plus de 70 % en 1973), alors que les logements neufs sont de plus en plus dévolus à l'accession (45 % en 1963, 52 % en 1973).

Pour progresser au niveau de la connaissance explicative, en liant en particulier la mobilité à la structure du parc de logements, nous avons essayé dans une première partie de formaliser les relations les plus importantes entre les variables décrivant la mobilité. Le choix du type de logement (neuf ou ancien) est ainsi lié au choix du statut d'occupation.

Une seconde partie consiste en l'analyse, appuyée sur les résultats obtenus auparavant, de l'évolution enregistrée durant la période 1963-1973 telle qu'elle ressort des enquêtes 1963, 1967 et 1973.

Enfin, la conclusion présente les hypothèses d'évolution de la mobilité en fonction des modifications prévisibles de l'offre de logements.

LA PHARMACIE DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ SUÈDE-FRANCE, par Ch. LENOIR et S. SANDIER, 215 pages, n° 4602, septembre 1977.

Dans le cadre général de nos études internationales de la place de la pharmacie dans le système de santé, nous présentons ici une analyse comparative de la France et de la Suède.

Ce travail, dans la ligne de la comparaison France-U.S.A. et France-Allemagne permet donc d'observer un éventail plus large de pays de structures économiques, démographiques et sanitaires différentes et d'étudier ainsi plus en détail l'influence des législations sociales, et de l'organisation de la distribution des soins.

Avant d'aborder le domaine de la pharmacie, nous traitons dans le premier chapitre des caractéristiques générales de la France et de la Suède, ainsi que des grands traits du système de santé dans les deux pays.

Dans le deuxième chapitre, nous précisons les méthodes et les définitions utilisées pour décrire la pharmacie, afin d'aider le lecteur dans les interprétations des données numériques présentées au cours de l'étude.

Dans les trois chapitres suivants, nous analysons d'un point de vue global les comparaisons de consommation pharmaceutique en dépenses, prix, volume et quantités.

Dans le dernier chapitre, nous présentons quelques éléments décrivant la structure de la consommation pharmaceutique par classe thérapeutique.

L'interprétation de cette comparaison doit tenir compte des caractéristiques démographiques, économiques et médicales propres aux deux pays : rappelons en particulier que le niveau économique, mesuré par le P.N.B. par personne, est plus élevé en Suède, que les suédois ont des dépenses de santé plus élevées et jouissent d'une espérance de vie plus longue.

Le financement des soins médicaux qui relève pour une forte proportion du secteur public en Suède, est plus favorable pour les soins hospitaliers, ce secteur occupant une place plus prépondérante qu'en France dans la distribution des soins.

Dans ce contexte, la part de la pharmacie dans les dépenses de santé est plus élevée en France qu'en Suède. Ce résultat est bien conforme aux analyses faites sur les données françaises de séries temporelles ou régionales et confirmées par la comparaison France-U.S.A., selon lesquelles à une consommation médicale totale plus élevée correspondent une plus faible part de la pharmacie et un poids plus élevé de l'hospitalisation.

La consommation pharmaceutique en dépenses et en quantités est moins élevée en Suède qu'en France; d'un point de vue structurel, elle comporte en France une plus grande part d'automédication et en Suède, une proportion plus élevée de pharmacie hospitalière.

Les différences de contexte législatif et d'organisation des soins constituent sans doute certains facteurs explicatifs.

Le système de santé suédois est incontestablement plus axé sur l'équipement et les modalités de financement autour de l'hospitalisation que le système français; les médecins suédois sont pour la plupart des salariés. Ceci peut expliquer la moindre consommation de soins ambulatoires et donc de pharmacie en Suède; l'hospitalisation se substituant peut-être dans ce pays aux soins au domicile du malade ou à certains traitements ambulatoires.

La plus faible consommation de pharmacie en Suède est à relier au fait que les malades voient moins souvent le médecin, et que celui-ci prescrit moins de produits différents au cours d'une même séance. Par contre, lorsqu'un produit est prescrit, il l'est pour une durée plus longue.

La législation sur la prise en charge financière des soins peut avoir joué un rôle dans les modalités de prescription. En Suède, elle est plus favorable aux gros consommateurs. En outre, tous les médicaments sur le marché sont remboursables dès qu'ils sont prescrits et ceci peut expliquer la moindre part de l'automédication dans ce pays. Enfin, la dépense pharmaceutique à la charge du malade qui, en France est proportionnelle à la dépense réelle, représente en Suède une proportion dégressive de cette dépense et ne dépasse pas en tout état de cause 20 SKR. Il y a donc en Suède une incitation financière à obtenir, pour une même quantité de produits à acheter, des prescriptions plus rares mais de volume plus important.

L'intérêt du malade et celui du médecin vont dans le même sens : le malade n'aura pas à déboursier 15 SKR pour une nouvelle consultation; le médecin salarié n'est pas motivé pour revoir le malade fréquemment. Ces dispositions peuvent être génératrices d'économie mais peuvent aussi avoir des inconvénients sur la surveillance des traitements.

Dans un autre domaine, malgré des procédures de fixation assez similaires, on a pu noter qu'en Suède le niveau des prix était sensiblement plus élevé et que leur évolution était plus rapide qu'en France.

Il semble donc que l'adoption de législations identiques sur des points particuliers, dans des pays différents par leur contexte sanitaire, économique et social, puisse avoir des effets variables.

Malgré les disparités mises en évidence, nous pouvons conclure que l'évolution de la pharmacie présente des caractéristiques communes dans les deux pays : diminution de sa part dans l'ensemble des dépenses de santé, surtout du fait d'un accroissement faible des prix relatifs; déformation de la structure de la consommation pharmaceutique au profit de la pharmacie hospitalière et au détriment de l'automédication. On retrouve ainsi, dans un nouveau pays les résultats mis en évidence dans les études France-U.S.A. et France-Allemagne selon lesquels les différences entre deux pays s'observent surtout sur les niveaux (consommation, prix, structures), mais que la

dynamique des soins médicaux obéit à des lois assez voisines et relativement indépendantes des contextes propres à chaque pays.

ANALYSE RÉGIONALE DES RELATIONS ENTRE L'OFFRE ET LA CONSOMMATION DE SOINS MÉDICAUX (Secteur privé), par H. FAURE, S. SANDIER et F. TONNELIER, 174 pages, n° 4609, octobre 1977.

Le niveau des consommations médicales que l'on mesure résulte de la confrontation entre une offre de la part des producteurs de soins et une demande de la part de la population.

L'offre et la demande varient respectivement au cours du temps en fonction de divers facteurs. Ainsi, l'offre dépendra des effectifs de médecins, des tarifs, du désir des médecins concernant la durée de leur travail, de leur situation économique, etc.; la demande sera fonction de la morbidité, de l'information sur les possibilités thérapeutiques, des coûts, de la législation sur la couverture des soins, etc.

Les disparités que nous observons à propos des consommations médicales peuvent donc *a priori* aussi bien provenir des disparités de la demande qu'être dues à l'inégale distribution des moyens de production; de façon analogue parmi les facteurs d'évolution des consommations médicales dans le temps, on trouvera les déformations de structure démographique de la population, l'abaissement du seuil de tolérance à la maladie, aussi bien que le développement des techniques de diagnostic et de soins et la croissance du corps médical, etc.

Dans ce rapport, nous cherchons dans le cas des médecins libéraux, à voir dans quelle mesure ce dernier facteur influence, toutes choses égales par ailleurs, la consommation de soins de façon à examiner si l'implantation géographique des nouveaux médecins peut être orientée dans le sens d'une meilleure adéquation de l'offre à la demande.

Pour traiter le problème, nous utilisons les évaluations nationales, régionales et parfois départementales de consommations de soins et de densité médicale en distinguant dans la mesure du possible généralistes et spécialistes.

A partir de ces données, nous recherchons les liaisons existant entre effectifs médicaux libéraux et consommation de soins dans le secteur privé en un instant donné ou entre les accroissements de ces deux paramètres. Les interprétations feront souvent appel à un troisième paramètre déduit des deux autres: la « production par médecin » qui indique le volume d'activité moyen de chaque médecin.

Le fait que nous n'ayons, du fait de l'information statistique disponible, utilisé que ces variables appelle quelques remarques:

— les besoins de soins, dont il faudrait en toute rigueur tenir compte dans un effort de planification et de réduction des inégalités, n'ont pas de définition précise, ils ne sont donc pas mesurés. Nous avons cependant fait implicitement l'hypothèse qu'ils variaient dans le même sens que la demande (pas forcément la consommation) et là où la consommation nous a semblé limitée par l'offre et non par la demande, nous avons pensé que des « besoins » étaient non satisfaits;

— les soins de médecins dans le secteur privé ne sont certes pas indépendants des autres soins, soit parce qu'ils peuvent leur être dans une certaine mesure substituables (consultations externes des hôpitaux publics, hospitalisation publique); soit que certains leur soient très liés (pharmacie, analyses de laboratoire). En ne tenant pas compte de ces liaisons, nous négligeons en première approximation le fait que certains besoins non satisfaits par le secteur libéral peuvent l'être par le secteur public, ou le fait que certaines implantations de médecins peuvent avoir des conséquences sur la consommation pharmaceutique. Ces points devront être éclaircis ultérieurement;

— les données agrégées au niveau régional ou départemental constituent une base statistique assez fiable essentielle en vue de la planification régionale qui est souhaitable

dans le domaine médical. Il faut cependant noter qu'elles peuvent résulter de situations extrêmement différentes au niveau d'unités géographiques plus petites: leur analyse permet donc de dégager les phénomènes les plus massifs, mais ne peuvent pas conduire à une connaissance exhaustive des interrelations entre l'offre et la demande;

— les évolutions ont été étudiées sur la période 1971-1975, la seule pour laquelle les effectifs de médecins sont connus au plan départemental et régional. Il est bien évident que cette période est courte pour l'étude des modifications de structure; de plus, il n'est pas possible d'affirmer qu'elle est rigoureusement représentative de « tendances ». Nos interprétations seront donc prudentes. D'autre part, si nous avons ventilé les évolutions entre généralistes et spécialistes, nous savons que la méthode utilisée conduit à une croissance surestimée de la consommation de soins de généralistes et une croissance sous-estimée de la consommation de soins de spécialistes. Par contre, il n'est pas possible de préciser l'amplitude des écarts au niveau régional.

Dans les trois premiers chapitres, on étudie d'un point de vue géographique et statistique les données régionales ou départementales relatives à la consommation, à la densité, et à la production par médecin en 1974, et leur taux d'accroissement au cours de la période 1971-1975, avec la distinction des deux catégories de médecins généralistes et spécialistes.

Pour chaque type de variable, en étudiant la liaison entre taux d'accroissement et valeur initiale, on examine s'il existait des signes de saturation et si l'évolution a correspondu à une réduction des inégalités initiales; d'autre part, on a cherché à mettre en évidence les liens, lorsqu'ils existaient, entre les variables concernant les généralistes et les spécialistes.

Au chapitre suivant, on examine les relations entre les variables prises deux à deux, consommation et densité, densité et production par médecin, consommation et production par médecin, avec la séparation généralistes et spécialistes, soit par une analyse régionale des données au même instant en 1974, où l'on essaie d'expliquer les variations d'une variable par celles d'une autre variable; soit en utilisant les accroissements annuels moyens de chacune de ces variables. Pour cela, des régressions simples ont été entreprises. le nombre limité des régions (22) ne permettant pas des régressions multiples.

Le chapitre V est consacré à l'examen de la situation de chacune des régions, compte tenu des résultats obtenus au cours des chapitres précédents et de l'étude des liaisons entre les variables. Pour chaque région on se pose la question de savoir s'il paraît souhaitable de favoriser l'implantation de nouveaux médecins. La principale difficulté est qu'il n'existe aucune norme par rapport à laquelle se placer pour juger des « besoins », mais on peut par contre, au vu des évolutions constatées au cours de la période considérée, et de la situation actuelle, estimer que telle région semble avoir plus de besoins que d'autres. On se base d'abord pour cela sur les résultats concernant la production par médecin : dans certaines régions, en effet, la demande de soins semble forte par rapport aux effectifs de médecins, ceux-ci ne pouvant y répondre que par un surcroît de travail. L'examen du cas de chaque région est aussi complété en introduisant de nouvelles variables, autres que la consommation et la densité : il s'agit de la durée des actes et du taux de mortalité, de l'espérance de vie, que l'on introduit comme indicateurs — sous certaines réserves — de l'état de santé d'une région et des besoins. Or il apparaît que les conclusions que l'on peut tirer des indicateurs régionaux concordent tout à fait avec celles que l'on peut déduire des variables consommation, densité et production par médecin, cela vient consolider le choix des régions prioritaires pour l'implantation de nouveaux médecins.

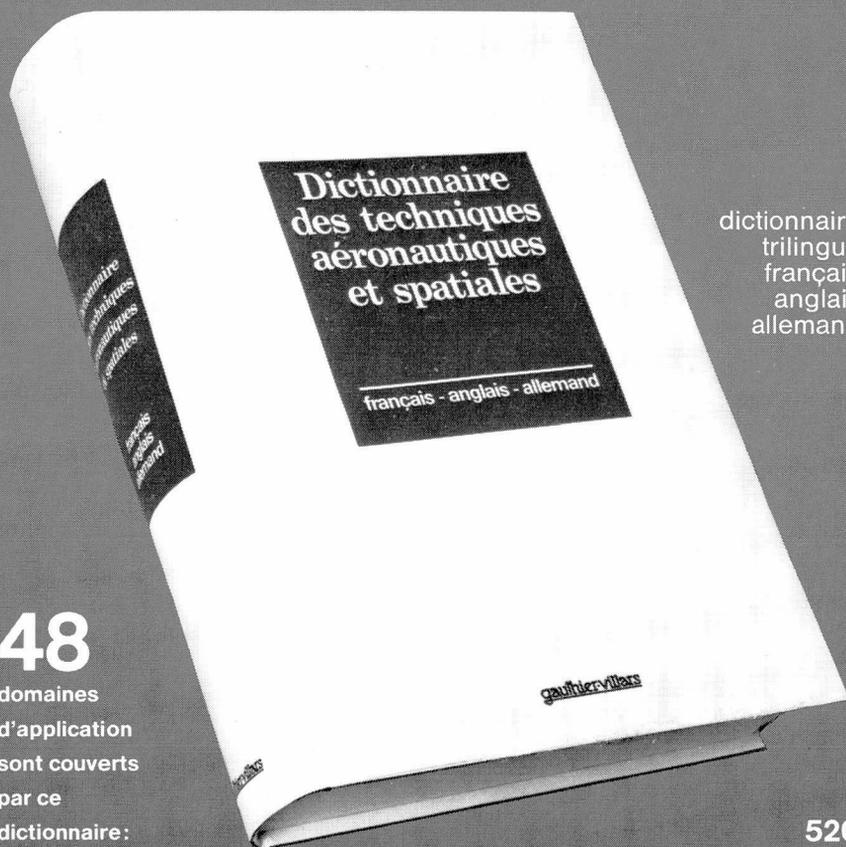
Ce dictionnaire est sans égal

New research tool

Ein hervorragendes Standardwerk

24000 entrées dans chaque langue. 72000 entrées au total.

1200 pages environ. Format 21 × 29. Reliure balacron de luxe.



dictionnaire
trilingue
français
anglais
allemand

48

domaines
d'application
sont couverts
par ce
dictionnaire :

- hélicoptères
- mécanique
- électronique
- structure
- commandes
- équipements
- moteur
- usinage
- radio-radar
- chimie
- aérodynamique
- pilote automatique
- conditionnement d'air
- électricité
- hydraulique
- soudure
- navigation
- instruments
- fabrication
- outillages
- performances
- documentation
- mécanographie
- transport supersonique
- fonderie
- métallurgie
- dessin
- photographie
- optique
- commercial
- géométrie
- météorologie
- mathématiques
- imprimerie
- peinture
- laboratoire
- textiles
- normes A.T.A
- espace
- infrastructure
- carburant
- atterrisseur
- armement
- dégivrage
- avions
- termes normalisés.

520 F

COMPTES RENDUS DES SEANCES DE L'ACADEMIE DES SCIENCES SERIES A et B - C - D

Hebdomadaire
Sommaires et résumés en Anglais

Weekly
Abstracts and summaries in English

TARIF 1978 et années antérieures

SUBSCRIPTION RATES FOR 1978 and former years

Séries A et B

A and B Series

● A - Sciences mathématiques

● A - Mathematics

Mathématiques, mécanique théorique, mécanique céleste,
géographie et navigation, physique mathématique.

● B - Sciences physiques

● B - Physical Sciences

Mécanique appliquée, physique théorique et expérimentale,
astrométrie et astrophysique, géophysique.

au prix de : 900 F. France
price:

1 450 FF. Etranger (Foreign Countries)

Série C

C Series

Sciences chimiques

Chemical Sciences

Chimie physique, chimie pure et appliquée, chimie biologique.

au prix de : 785 F. France
price:

1 260 FF. Etranger (Foreign Countries)

Série D

D Series

Sciences naturelles

Natural Sciences

Minéralogie, géologie, paléontologie, économie rurale, botanique,
zoologie, biologie, physiologie, médecine.

au prix de : 865 F. France
price:

1 450 FF. Etranger (Foreign Countries)

Les 3 séries AB + C + D

3 Series AB + C + D

au prix de : 1 845 F. France
price:

3 125 FF. Etranger (Foreign Countries)

Le numéro : 50 F. France.

One issue: 50 FF

Publient chaque semaine des Notes
présentées à l'Académie des Sciences.
Cette documentation inédite et d'une
grande actualité s'adresse à tous les
savants, chercheurs, ingénieurs tech-
niciens et industriels du monde entier.

*These high-level original research
papers are published weekly.
Audience: International scientists,
researchers, teachers, engineers and
industrialists.*

Abonnements et spécimens
Subscription and specimen copies

CDR

CENTRALE DES REVUES

B.P. 119 - 93104 Montreuil Cedex France

gauthier-villars

CONSOMMATION (ANNALES DU C.R.E.D.O.C.)

1975

- N° 2. — Vers une évaluation de la consommation réelle des ménages. — La justice distributive de l'école. — L'orientation du dépouillement de certaines enquêtes par l'analyse des correspondances multiples.
- N° 3. — Pour une définition de l'environnement. — Note sur la rentabilité du patrimoine des ménages salariés et inactifs.
- N° 4. — Comparaison des prix et des tarifs des services médicaux 1960-1975. — Refus et approbation systématiques dans les enquêtes par sondage. — Notation et classement : deux méthodes de recueil de données.

1976

- N° 1. — Analyse de contenu et contenu de l'analyse. — Application d'un problème de classification avec contrainte de contiguïté.
- N° 2. — L'enquête de 1970 sur les consommations médicales. — Comparaison d'un modèle factoriel et d'un modèle hiérarchique.
- N° 3. — La représentation des artisans dans la statistique officielle. — L'hospitalisation et sa place dans les dépenses médicales en 1970. — La nouvelle théorie du consommateur et la formation des choix.
- N° 4. — La laxonomie nosologique. Classification des maladies dans l'enquête de 1970 sur les soins médicaux. — Les bénéficiaires des dépenses de l'Éducation Nationale en 1965 et 1970. Analyse par catégorie socio-professionnelle.

1977

- N° 1. — Projections de la production et de la consommation de soins médicaux, VII^e Plan (1975-1980). — La validité des résultats en analyse des données. — Les conditions de logement des travailleurs migrants en France.
- N° 2. — Influence des facteurs socio-économiques sur l'hospitalisation. — Le rôle des statistiques dans l'évolution de la politique de la santé. — Consommations alimentaires et comportements socio-économiques. — Les conditions de logement des travailleurs migrants au Luxembourg.
- N° 3. — Sur les effets redistributifs des services collectifs destinés aux familles. — La consommation comme production. — Données statistiques sur l'artisanat.
- N° 4. — Les personnes âgées vivant en institution : caractères socio-démographiques, autonomie et handicaps. — Barrière à l'entrée, turbulences et facteurs d'exclusion de l'artisanat. — Les conditions de logement des travailleurs migrants en Italie. — Les conditions de logement des travailleurs migrants en Irlande.

1978

- N° 1. — Calcul d'un indice des prix de l'hospitalisation à l'Assistance Publique de Paris. Le concept de capital culturel. Les problèmes posés par les comparaisons internationales, cas de l'étude de la pharmacie. Les conditions de logement des travailleurs migrants en Grande-Bretagne.

SOMMAIRE DES PROCHAINS NUMÉROS

Les effets redistributifs des finances publiques en 1965 et 1970. La concentration des dépenses médicales : les 10 % plus forts consommateurs. Les effets redistributifs des finances publiques dans le secteur des transports urbains.

SECRÉTAIRE DE RÉDACTION : M^{me} E. HATCHUEL

sommaire

ÉTUDES

PAUL REYNAUD

La copropriété contre les copropriétaires..... 3

JEAN-LOUP MADRE ET PIERRE PICARD

Les effets redistributifs des finances publiques dans
le secteur des transports..... 45

NICOLE CHATELET-COLLIGNON, THÉRÈSE LECOMTE
ET HENRI PEQUIGNOT

Comparaison de la date de commercialisation des
médicaments et de la date de découverte des principes
actifs..... 63

RÉSUMÉS-ABSTRACTS..... 71

COMPTE RENDU DES RAPPORTS..... 75

**CENTRE DE RECHERCHE
POUR L'ÉTUDE
ET L'OBSERVATION
DES CONDITIONS DE VIE**
142, rue du Chevaleret
75634 PARIS CEDEX 13
Tél. 584-14-20

1978 n° 2
Avril-Juin