

Was sich in der Schweiz noch in Vorbereitung befindet, haben andere Länder bereits realisiert. Wie man dabei in Frankreich vorgeht und welche Resultate schon erzielt werden konnten ist dem folgenden Beitrag zu entnehmen.

D'autres pays ont déjà réalisé ce qui est actuellement en Suisse au stade de la préparation. De cette contribution ressort ce qui se fait en France et les résultats qui ont d'ores et déjà été obtenus.

## Les enquêtes nationales auprès des ménages sur la consommation médicale en France

Andrée et Arié Mizrahi<sup>1</sup>

### 1. Présentation

La consommation médicale finale représentait 6,6 % de l'ensemble de la consommation totale des ménages en 1960 et 9,7 % en 1970; on prévoit qu'elle représentera entre 11,2 % et 13,4 % en 1980. Cet important accroissement est lié à l'évolution démographique (vieillesse) et socio-économique (urbanisation, développement du tertiaire) de la population, mais aussi et surtout à l'évolution des connaissances et techniques médicales.

Ces différents facteurs d'accroissement entraînent non seulement un niveau chaque année plus important du volume des soins, mais également des transformations de structure – la part de l'hospitalisation, par exemple, est passée de 36,6 % en 1960 à 40,0 % en 1970, et on prévoit qu'elle sera comprise entre 46,7 % et 48,1 % en 1980.

Cette évolution très rapide a eu des répercussions extrêmement importantes, aussi bien au niveau social, par les tensions qu'elle entraîne, qu'aux niveaux économique et financier, par l'importance des moyens mis en œuvre. Enfin, du fait de l'existence en particulier des assurances sociales, le secteur médical constitue une pièce maîtresse de la politique sociale de l'Etat.

Pour toutes ces raisons, il est indispensable de développer et d'affiner les sources d'information permettant de mieux connaître la structure et l'évolution de ce secteur. Parmi ces sources, les enquêtes auprès des ménages occupent une place privilégiée par le grand nombre de renseignements qu'elles fournissent. Elles permettent, en effet, de recueillir auprès d'une source unique (le consommateur) l'ensemble des informations concernant ses consommations médicales pendant une période donnée. Certes, des informations existent en différents lieux (établissement hospitalier, cabinet médical, caisse primaire de Sécurité Sociale, mutuelle, aide médicale, etc.) mais, d'une part, elles sont éparpillées et très difficiles à regrouper et, d'autre

part, elles sont partielles, ne couvrant dans la plupart des cas ni les consommations médicales non remboursées par la Sécurité Sociale (environ 15 à 20 % des dépenses de ville) ni les dépassements de tarifs. Enfin, seule l'enquête auprès des ménages permet de replacer le consommateur dans son environnement économique et social.

C'est pourquoi, après deux enquêtes nationales spécialisées sur la consommation médicale des ménages, réalisées par l'INSEE et le CREDOC (en collaboration) en 1960 et 1970, une troisième enquête du même type a été lancée sur le terrain en mars 1980. L'objet de cette enquête est identique à celui des deux enquêtes nationales précédentes: relever auprès d'un échantillon aléatoire important de ménages, représentatif de la population, des informations sur les biens et services médicaux consommés, les dépenses entraînées, les affections et infirmités et les principales caractéristiques socio-économiques des ménages enquêtés. Un volet sur les facteurs de risque a été introduit.

L'enquête de 1960 avait paru insuffisante sur certains domaines, en particulier pour tous les événements ayant une certaine durée: maladies, hospitalisations. C'est pourquoi, après une enquête expérimentale effectuée en 1965–66, de nouvelles modalités ont été mises au point pour l'enquête de 1970. Les évolutions, extrêmement rapides, appelaient une mise à jour qui se déroule actuellement et se terminera sur le terrain en avril 1981. Compte tenu du déroulement très satisfaisant de l'enquête de 1970 et des nombreuses exploitations dont elle a été l'objet, la procédure générale n'en est pas modifiée, seules quelques adaptations (modernisations) des questionnaires ont été effectuées; nous espérons ainsi faire des comparaisons à 10 ans d'intervalle.

### 2. Modalités de l'enquête

Les informations sont recueillies auprès d'un échantillon de 10000 ménages représentatif de la population résidant en France, et non institutionnalisée.

<sup>1</sup> Directeurs de recherche

Division d'économie médicale du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC), Paris, France

L'unité de sondage est le logement principal d'habitation.

Les «logements d'habitation» sont constitués par les locaux séparés et indépendants utilisés pour l'habitation; s'ils sont occupés d'une manière permanente, ce sont des résidences principales, sinon ce sont des résidences secondaires ou des logements vacants.

Les logements échantillons ont été tirés dans le fichier du recensement de 1975. Cet échantillon a été complété par un échantillon de logements neufs. Pour parer aux variations saisonnières, l'échantillon est ventilé en quatre sous-échantillons de 2500 ménages, enquêtés chacun un trimestre, de manière à couvrir une année entière (pour des raisons matérielles, l'enquête n'a cependant pas lieu pendant les mois de juillet et août).

Un ménage est constitué de l'ensemble des personnes habitant un même logement au moment de l'enquête. Une personne seule compose un ménage d'une personne. L'enquête porte sur les ménages «ordinaires» résidant dans la France continentale.

Le tirage est à plusieurs degrés, assurant à chaque ménage ordinaire la même probabilité d'être tiré; le premier degré est constitué de communes rurales regroupées en cantons, de villes ou d'agglomérations, le second de communes rurales ou d'unités urbaines, le troisième de ménages. La méthode de recueil combine l'interview et le carnet de comptes; chaque ménage reçoit cinq visites d'enquêteur<sup>2</sup> espacées de trois semaines, lors de la première visite sont relevées les informations relatives à l'environnement socio-économique des membres du ménage, et la pathologie existante; entre les cinq visites de l'enquêteur se situent quatre périodes de trois semaines chacune: pour chaque période, un carnet de comptes est laissé au ménage sur lequel les enquêtés sont priés de relever toutes leurs acquisitions de biens ou services médicaux et lors de la visite suivante, l'enquêteur complète, à l'aide des questionnaires navette et de ramassage, les informations sur les consommations médicales et leurs motifs. Au cours de la cinquième et dernière visite sont relevées, en outre, les données relatives aux handicaps, aux antécédents médicaux et à certains facteurs de risque. Pour encourager les ménages à participer à l'enquête et poursuivre l'effort de relever ce qui leur est demandé, deux dixièmes de loterie nationale leur sont donnés par les enquêteurs, l'un à la seconde visite, l'autre à la cinquième visite (*schéma 1*).

Chaque ménage reçoit un dépliant sur l'INSEE et une lettre présentant brièvement l'enquête et annonçant la première visite de l'enquêteur.

*A la première visite*, le ménage répond aux questions contenues dans un questionnaire spécial (question-

naire initial) et pour faciliter le travail qui sera effectué à la visite suivante, reçoit la consigne de conserver les emballages des médicaments qui seront achetés pendant les trois semaines qui suivent, et d'inscrire toutes les dépenses médicales de cette période sur le carnet de comptes (C.C.) que lui remet l'enquêteur.

*A la deuxième, comme aux troisième et quatrième visites*, le ménage répond aux questions de l'enquêteur qui note les renseignements fournis par les réponses à ses questions, le carnet de comptes et les emballages, dans un questionnaire spécial appelé questionnaire de ramassage.

Le ménage reçoit un nouveau carnet de comptes pour les trois semaines suivantes et l'enquêteur demande, à nouveau, de conserver les emballages de pharmacie.

*A la cinquième visite*, le ménage répond non seulement aux questions qui permettent à l'enquêteur de remplir, comme aux visites précédentes, le questionnaire de ramassage, mais aussi à des questions d'ordre plus général sur chacune des personnes constituant le ménage.

Une fois le ménage identifié, l'information est recueillie dans 4 types de questionnaires dont chacun a une orientation qui lui donne sa place dans le protocole général de l'enquête: le Q.I. (questionnaire initial) situe les enquêtés au départ de l'enquête, les Q.R. (questionnaires de ramassage), plus économiques, relèvent les informations relatives aux consommations, le Q.N. (questionnaire navette) est articulé autour des maladies, le Q.F. (questionnaire final) enfin, relève les informations de nature para-médicale (cf. *schéma 1*).

*Le questionnaire initial* est rempli par l'enquêteur lors de sa première visite. Il comporte le recensement des membres du ménage, leurs principales caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, profession et conditions de travail, niveau et type d'instruction) et des renseignements détaillés sur les modes de protection sociale dont il bénéficie (régime d'assurances sociales, mutuelles, assurances privées, aide médicale, etc.).

Des questions portent sur les hospitalisations qu'a subies chaque membre du ménage au cours des douze derniers mois précédant le début de l'enquête (lieu d'hospitalisation, date, durée, motif(s) médical(aux), opérations chirurgicales effectuées et détail des dépenses).

Enfin deux types de renseignements permettront d'évaluer la morbidité au premier jour de l'enquête: d'une part, une série de questions fermées sur l'existence éventuelle de maladies ou infirmités regroupées en 28 grands chapitres; et d'autre part, les traitements médicaux ou pharmaceutiques, les interruptions d'activité, les alitements, en cours pendant les huit derniers jours.

#### *Les questionnaires de ramassage*

Après avoir recensé les différentes consommations médicales sur le questionnaire navette, l'enquêteur remplit à l'aide du carnet de comptes, un questionnaire de ramassage en posant des questions détaillées pour chaque consommation inscrite sur le questionnaire

<sup>2</sup> Toutes les opérations sur le terrain sont effectuées par l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques. Les enquêteurs sont des enquêteurs professionnels, ayant reçu une formation spécifique pour cette enquête, mais non spécialisés dans le domaine médical. Ils sont encadrés et épaulés par les Directions Régionales qui assument la responsabilité du recueil des informations de base, aidées par l'équipe médicale centralisée à Paris.

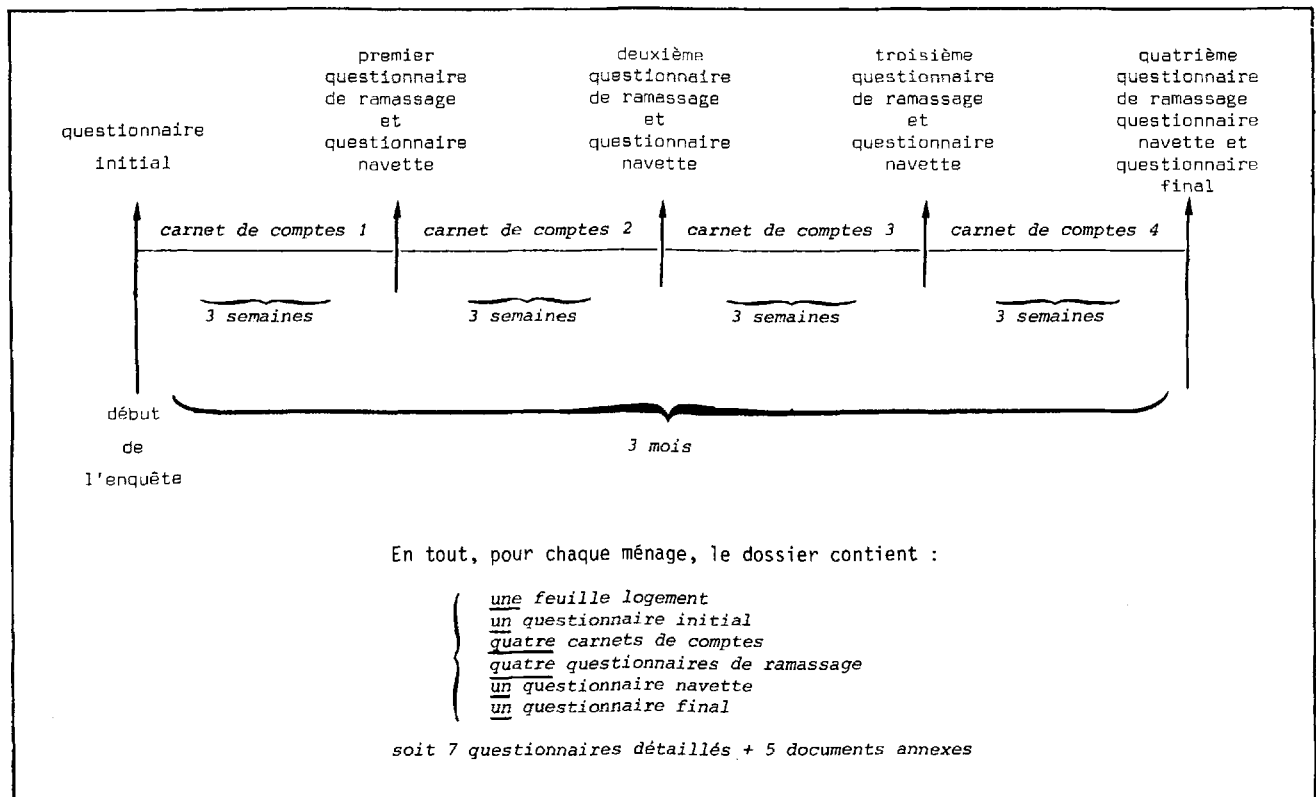


Schéma 1. Enquête INSEE – CREDOC sur les soins médicaux. Déroulement d'une vague

navette: une série de questions concerne le paiement (paiement du seul ticket modérateur, gratuité, ..., somme payée) et le motif médical (nom de la maladie) de chaque consommation médicale. Des questions spécifiques à chaque type de soins sont également posées: dans le cas d'une hospitalisation, durée, nature de l'établissement, existence d'intervention(s) chirurgicale(s), ..., dans le cas des soins de médecins, spécialité du médecin, existence d'actes associés<sup>3</sup>, lieu, ..., dans le cas des produits pharmaceutiques, nom exact du produit, forme, etc. (cf. par exemple le tableau relatif aux soins de médecins).

Au total, l'enquêteur remplit une ligne d'un tableau (double page) par hospitalisation, par visite ou consultation de médecin ou dentiste, par examen et traitement d'électroradiologie ou analyse, par séance de soins de personnels paramédicaux, par acquisition de produit pharmaceutique, lunettes ou appareil, par alitement, interruption d'activité, examen systématique. De plus, un tableau a été prévu pour les paiements que l'enquête n'a pu ventiler (séances de dentistes ou d'auxiliaire).

A chaque nouvelle visite, l'enquêteur remplit un questionnaire de ramassage vierge. Ces différents questionnaires de ramassage sont expédiés au fur et à mesure aux responsables de l'enquête, en même temps que le questionnaire navette pour vérification et contrôle. Le questionnaire navette est seul renvoyé à l'enquêteur pour la prochaine visite.

#### Le questionnaire navette

A partir du questionnaire initial est ouvert un questionnaire navette qui circule entre l'enquêteur et le centre de contrôle durant toute la période d'enquête. Sur ce document, centré sur les maladies des différents membres du ménage, sont récapitulées au fur et à mesure qu'elles ont lieu les différentes consommations médicales entraînées par ces affections. Il permet à l'enquêteur d'interroger à bon escient les personnes, en ayant sous les yeux un résumé de leurs maladies et des traitements y afférents (cf. le tableau relatif à un membre du ménage).

On enregistre, par ailleurs, sur ce document les modifications qui peuvent avoir lieu dans la composition du ménage (départ, naissance, etc.) ou dans les caractéristiques socio-économiques de ses membres (changement de profession, adhésion à une mutuelle, etc.).

Enfin ce questionnaire a un autre rôle essentiel pour l'enquête, puisqu'il est conçu comme un instrument de dialogue (évidemment par l'intermédiaire de l'enquêteur): des questions sont posées aux enquêteurs toutes les fois que l'information semble vague, peu précise ou même incohérente.

#### Le questionnaire final

Lors de la 5ème et dernière visite, après avoir rempli comme d'habitude et pour la dernière fois le questionnaire navette, puis le dernier questionnaire de ramassage, l'enquêteur pose les questions contenues dans le questionnaire final. Ce dernier contient des questions relatives aux antécédents médicaux, le poids, la taille,

<sup>3</sup> Exemple: ponction faite au cours d'une consultation.

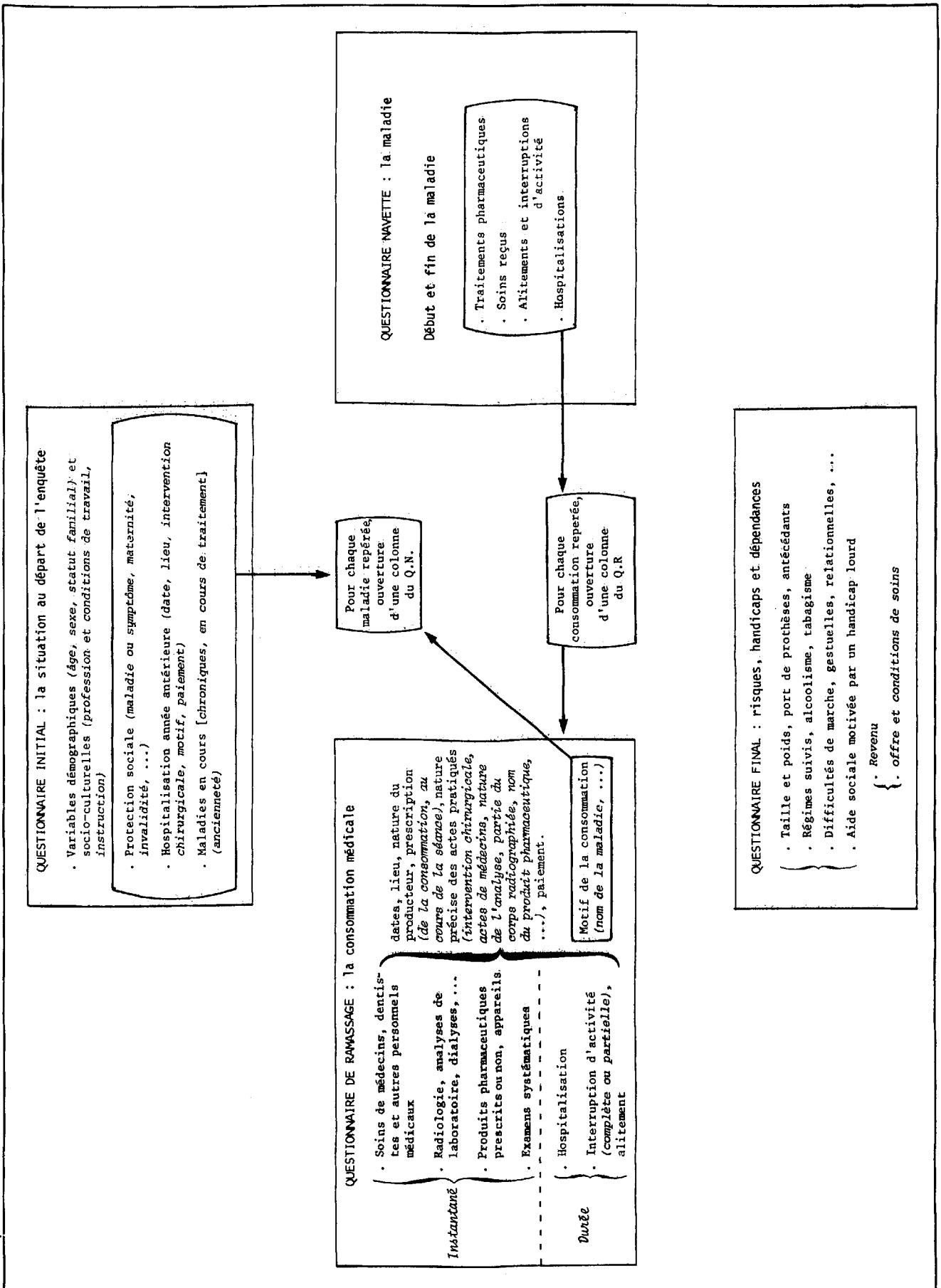


Schéma 2. Enquête INSEE-CREDOC sur les soins médicaux. Déroulement d'une vague

les habitudes alimentaires, le tabagisme, une série d'informations sur les difficultés occasionnées par l'état de santé, les aides utilisées, enfin une étude détaillée des revenus, et quelques questions sur l'environnement médical.

*Cheminement des éléments des dossiers au cours de chaque vague*

La dimension de l'enquête ainsi que la répartition géographique des ménages enquêtés a nécessité la répartition du travail entre dix huit régions qui ont accompli le travail sur le terrain.

D'autre part, le contrôle médical a été effectué par une équipe médicale centralisée à Paris. Il a donc fallu assurer l'expédition des dossiers à vérifier, des régions à Paris et de Paris aux régions.

Les responsabilités de chaque participant à l'enquête sont indiquées sur le schéma 3.

- Le ménage inscrit ses consommations médicales sur les carnets de comptes, conserve les emballages de produits pharmaceutiques, et surtout répond aux questions de l'enquêteur.
- L'enquêteur dépose les carnets de comptes, remplit le Q.I., les Q.R., le Q.F. et complète le Q.N.
- Entre deux visites, la Direction régionale vérifie le dossier, et complète le Q.N.
- L'équipe médicale contrôle la cohérence médicale de l'ensemble du dossier.

Une des difficultés résidait dans le relativement court intervalle de temps séparant deux visites d'enquêteur (3 semaines), et les délais postaux d'acheminement du courrier.

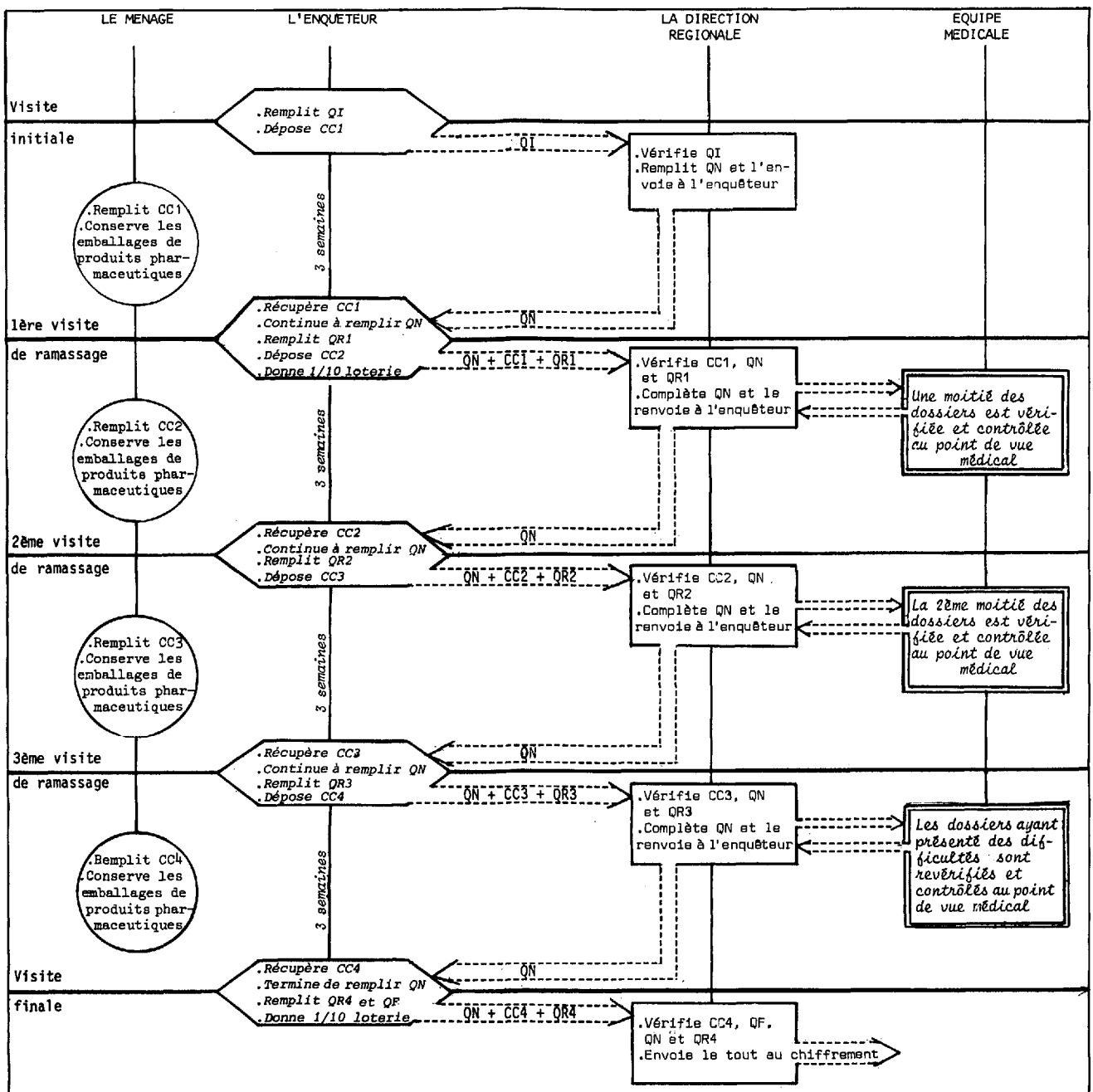


Schéma 3. Déroulement d'une vague: constitution et cheminement des dossiers

Sur le schéma 3, les flèches correspondent au mouvement des différents questionnaires; les cadres losanges et rectangles du schéma représentent le dossier tel qu'il est constitué progressivement par les participants au travail de rassemblement et de vérification des données.

Au total, pour chaque ménage, le dossier contient 7 questionnaires (le Q.I., les 4 Q.R., le Q.N., et le Q.F.) et 5 documents annexes (la feuille logement et 4 carnets de comptes). L'important est l'articulation de cet ensemble où l'on cherche à relever la morbidité, non seulement à partir des déclarations directes des enquêtés, mais aussi à partir des consommations médicales et, en général, des diverses conséquences observables de la maladie, et réciproquement à aider la mémoire des enquêtés en matière de consommations médicales en les structurant autour des maladies. Les difficultés entraînées par une enquête longue et répétitive auprès d'un même ménage ont été résolues par l'institution du Q.N. (aide à la mémoire, ou au remplacement éventuel de l'enquêteur).

### 3. L'exploitation des données obtenues

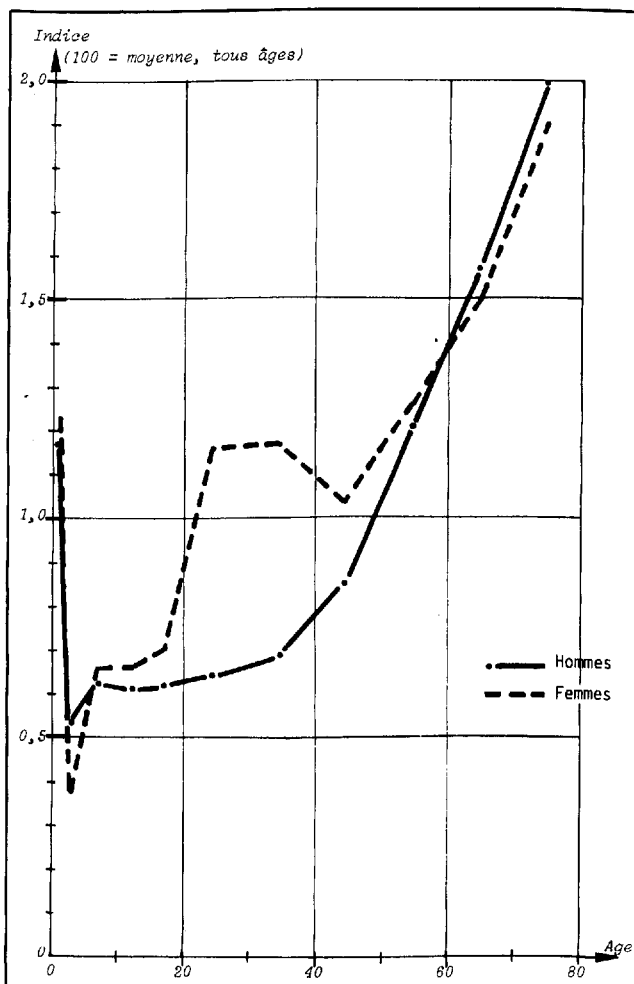
L'enquête de 1970 a été l'objet d'une exploitation intensive: la taille relativement importante de l'échan-

tilion et le grand nombre de variables relevées pour chaque enquête ont permis d'obtenir un grand nombre de résultats.

La description de la consommation médicale était le but premier de ces enquêtes; les estimations sont effectuées aussi bien au niveau global qu'en structure, selon les différentes catégories de services ou de biens; elles portent sur les quantités et les valeurs et sont cohérentes au niveau national avec les données de Comptabilité Nationale qu'elle contribuent à établir; les nomenclatures sont cependant bien plus fines puisqu'elles distinguent les différents types de spécialités pour les soins de médecins, les régions du corps radiographiées (pour la radiologie), la nature des analyses de laboratoire, les classes thérapeutiques auxquelles appartiennent les produits pharmaceutiques (tabl. 1)

L'influence des facteurs démographiques, économiques et sociaux a été étudiée dans un grand détail; les variables biologiques ont été isolées et étudiées séparément, de manière à éliminer les effets parasites dus aux différences de pyramides des âges. En moyenne, la consommation médicale varie avec l'âge, selon une forme en U: pour les hommes, on a un maximum local à la naissance, suivi d'une décroissance jusqu'à un minimum situé entre 10 et 20 ans, puis une croissance d'allure exponentielle; pour les femmes, la courbe est de même nature, avec une bosse aux âges de la maternité (20 à 40 ans). Les facteurs biologiques, fragilité des nourrissons, maternité, maladies dégénératives multiples des personnes âgées, expliquent une part importante des écarts observés entre groupes démographiques. De plus, non seulement le niveau des soins varie fortement avec l'âge et le sexe, mais les lois de variation diffèrent pour chaque type de consommation médicale, engendrant ainsi une structure de soins propre à chaque groupe démographique. Ainsi, par exemple, les nourrissons et les personnes âgées sont le plus souvent hospitalisées, les adultes jeunes font appel à tous les types de soins, ... Enfin, on observe pour les femmes une consommation de soins de ville supérieure à celle des hommes, mais des hospitalisations moins nombreuses, sauf aux âges de la maternité. Le phénomène le plus marquant reste la consommation très élevée des personnes âgées (graphique 1).

La connaissance des prix réels est rendue complexe par la réglementation en vigueur, et aucun des acteurs en présence (consommateurs, producteurs, administrations de financement) ne détient l'ensemble de l'information permettant de surmonter cette difficulté; une analyse fine des modalités de paiement et des soins fournis, ainsi qu'une comparaison entre les données d'enquête et les statistiques de Sécurité Sociale, conduit à une évaluation des prix réels (et des dépassements) en pratique libérale: Les tarifs ne sont pas les prix, et la connaissance précise de ces derniers ne peut passer que par un système organisé d'observations à différents échelons du processus économique. Une telle connaissance doit permettre d'établir et de mesu-



Graphique 1. Les dépenses médicales par personne en fonction de l'âge et du sexe

Type d'établissement :	Nombre de sorties pour 100 personnes	pour 100 sorties	Nombre de jours pour 100 personnes	pour 100 jours
Etablissements généraux publics .....	3,80	44,60	90,90	40,20
Cliniques privées .....	4,02	47,20	58,80	26,00
Autres établissements..	0,70	8,20	76,40	33,60
Total .....	8,52	100,00	226,10	100,00

Tableau 1. La consommation médicale par personne et par an en 1970

## a) L'hospitalisation

Type de séances :	Nombre de séances par personne		Pour 100 séances de médecine		Pour 100 séances au total			
Séances de généralistes au domicile du malade .....	1,15	Séances de généralistes 2,68	31,42	73,22	14,38	33,50		
Séances de généralistes dans un autre lieu .....	1,53		41,80		19,12			
Séances de spécialistes (n.c. les radiologues et les stomatologistes) .....	0,77	Séances de médecins 3,66	21,04	100,00	9,62	45,75		
Séances de radiographies ou radioscopies .....	0,17		Séances de spécialistes 0,98		4,65		26,78	2,13
Séances de rayons .....	0,04				1,09			0,50
Analyses de laboratoires ...	0,52				8,50			
Séances de dentistes ou stomatologistes .....	1,23				15,38			
Séances d'infirmières .....	1,59				19,67			
Séances de masseurs-kinésithérapeutes .....	0,60	Séances d'auxiliaires 2,59			7,50	32,37		
Séances d'autres auxiliaires	0,40		5,00					
Total .....	8,00		100,00		100,00			

## b) Les séances de soins ambulatoires et à domicile

Prescription médicale :	Nombre d'unités de vente par personne	Pour 100 unités de vente
Avec ordonnance .....	13,99	80,5
Sans ordonnance .....	3,39	19,5
Total .....	17,38	100,0

## c) Les produits pharmaceutiques

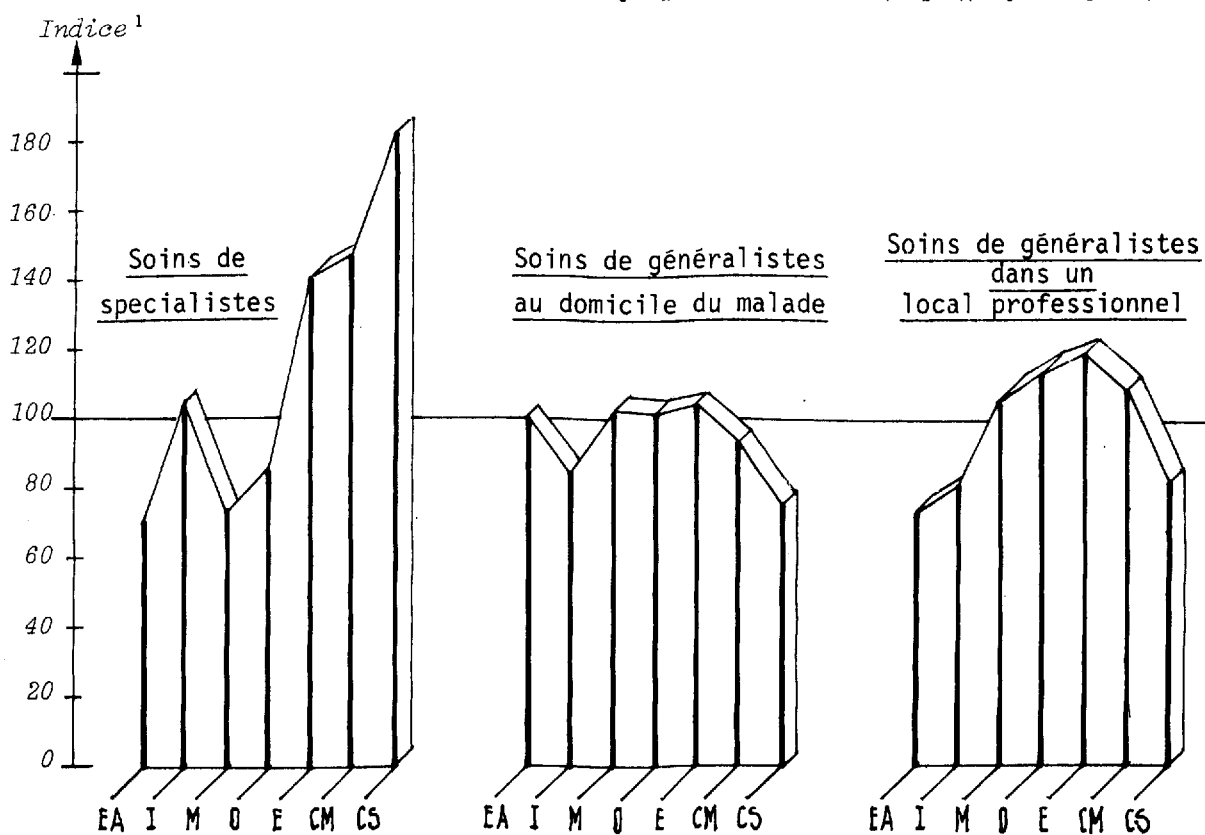
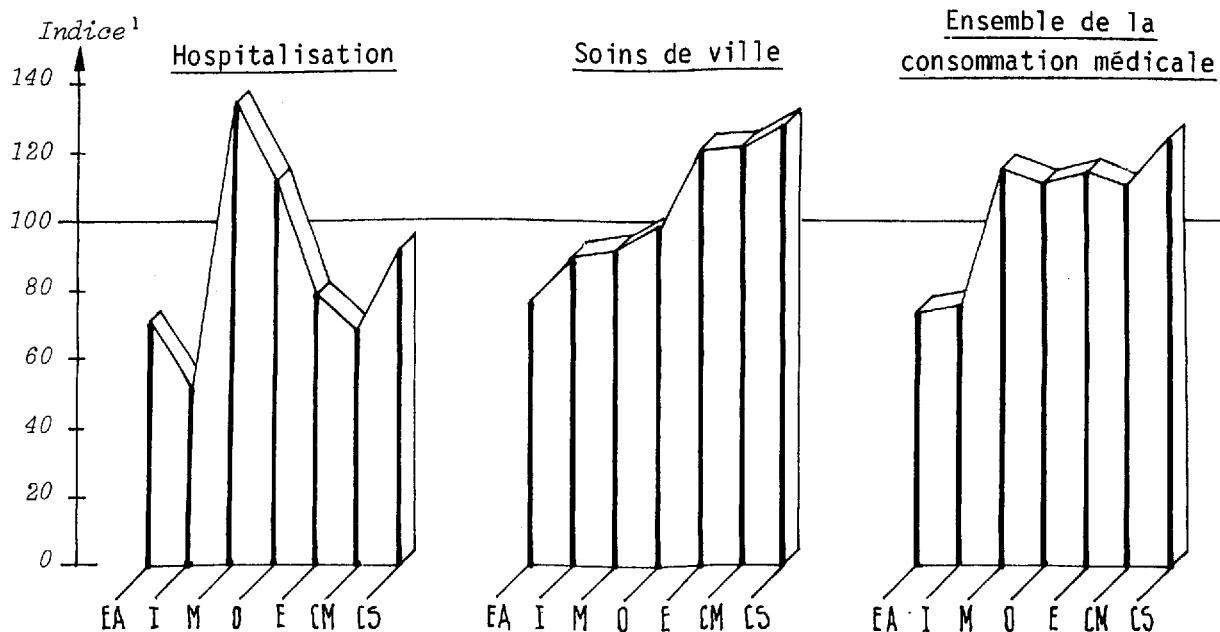
rer les liens entre la somme réellement à la charge du ménage et la consommation (variation des dépassements, ou modulations du ticket modérateur); à un niveau plus fin, on devrait pouvoir étudier l'effet des modalités de paiement et, en particulier, de l'avance par le consommateur de la part des dépenses à la charge de la Sécurité Sociale (tabl. 2).

En fonction des caractères socio-économiques, la consommation médicale globale varie relativement peu (environ du simple au double) sauf pour le mode de protection et le nombre de personnes du ménage, on observe les consommations les plus basses pour les personnes non protégées et celles appartenant aux

ménages très nombreux. Cette relative stabilité globale est le résultat de deux variations en sens contraire, alors que, comme la plupart des biens et services, la consommation médicale de ville croît avec le niveau de vie (revenu, niveau d'instruction, catégorie socio-professionnelle), l'hospitalisation décroît et à l'intérieur de chacun de ces deux grands secteurs, médecine de ville et hospitalisation, se manifestent des phénomènes de même nature: si, au niveau global, la consommation médicale est peu sensible aux facteurs économiques et sociaux, c'est le contenu de cette consommation qui reflète la stratification sociale, les soins les plus techniques ou spécialisés atteignant davantage les couches les plus favorisées de la population.

Les tentatives de croiser deux (ou plusieurs) de ces variables montrent que les résultats ne sont pas aussi simples qu'on pourrait le penser a priori: généralement, on observe un effet synergique tel que les groupes défavorisés selon un premier caractère sont plus sensibles aux variations d'un deuxième caractère et l'effet cumulé de plusieurs causes de pauvreté

EA : Exploitants Agricoles  
 I : Indépendants  
 M : Manoeuvres et ouvriers spécialisés  
 O : Ouvriers qualifiés  
 E : Employés  
 CM : Cadres Moyens  
 CS : Cadres supérieurs



<sup>1</sup> 100 = total échantillon

Graphique 2. Consommation des différents types de soins selon la catégorie socio-professionnelle du chef de ménage

	GENERALISTES		SPECIALISTES			
	Prix des séances sans acte associé (enquête 1970)	Tarif (y.c. majoration et indemnités kilométriques)	Prix des séances sans acte associé (enquête 1970)	Estimation du prix des séances cotées en CS		Tarif (y.c. majoration et indemnités kilométriques)
				Hyp. 1 (1)	Hyp. 2 (2)	
Domicile du malade	24,21	24,02	37,85	37,85	37,85	37,74
Cabinet .....	17,26	15,92	33,76	31,87	30,82	27,75
Domicile du malade et cabinet .....	20,61	19,51	34,08	32,36	31,42	28,37
Rapport $\frac{\text{Prix}}{\text{tarif}}$ pour l'ensemble domicile cabinet .....	1,056	1,000	1,201	1,141	1,108	1,000

(1) 20 % de séances cotées en K ou R, n'ont pas été signalées par les enquêtes comme comportant des actes associés.

(2) 30 % de séances cotées en K ou R, n'ont pas été signalées par les enquêtes comme comportant des actes associés.

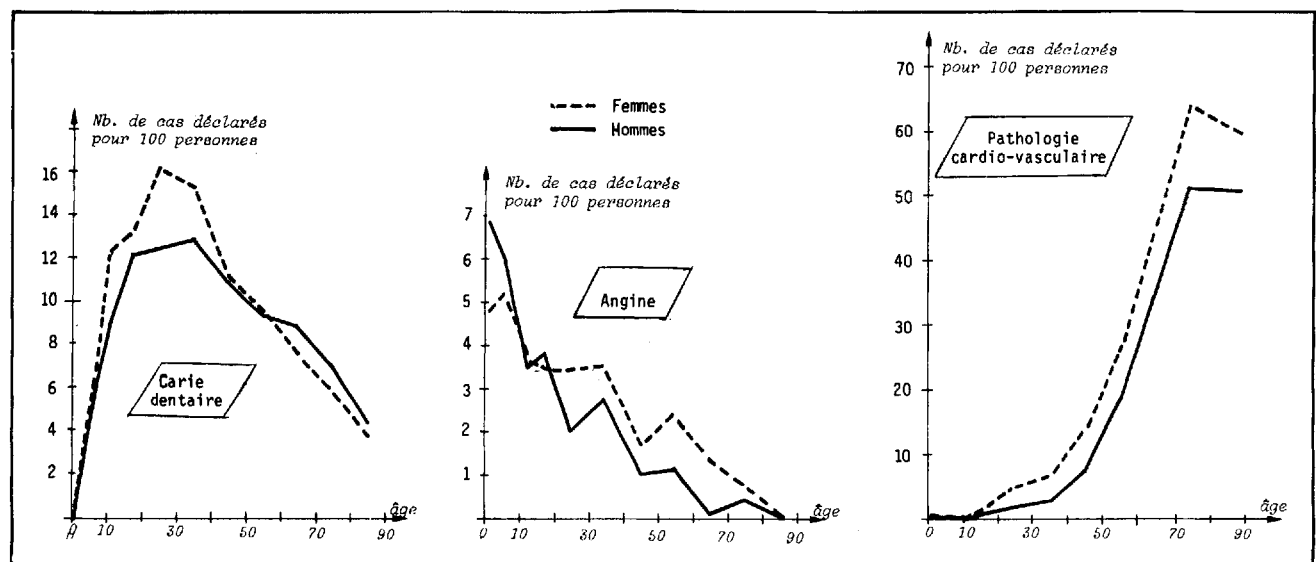
Tableau 2. Prix des séances de médecins et tarifs en 1970

aggrave considérablement les disparités observées. Seule, la taille du ménage joue un rôle ambigu et contradictoire puisque l'accroissement de cette variable défavorise les groupes les plus pauvres et améliore la situation des plus favorisés (graphique 2).

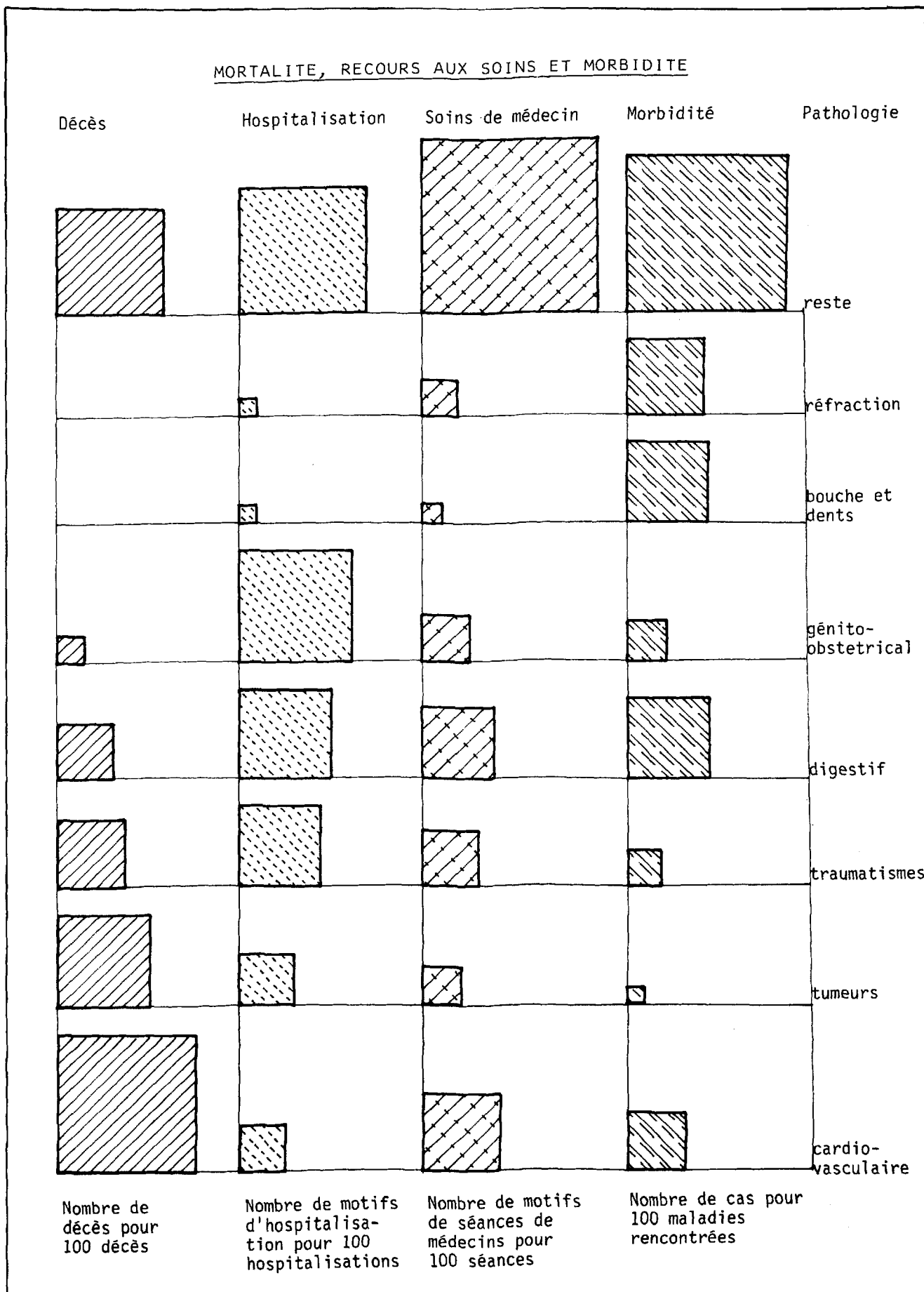
Les études de morbidité ont permis d'obtenir des résultats de nature épidémiologique, qui s'insèrent tout naturellement dans les recherches en économie médicale; une description complète de la morbidité a pu être effectuée, en particulier en fonction de l'âge et du sexe: les enquêtes auprès d'échantillons aléatoires importants de la population sont en effet les seules à apporter des informations sur la morbidité de toute la population, y compris pour les personnes ne faisant pas ou peu appel au système de soins. Elles permet-

tent, par l'étude des motifs médicaux des consommations médicales, de cadrer les données obtenues par des enquêtes auprès des différents producteurs, dont elles constituent ainsi l'interface obligatoire. Dans un système statistique développé et cohérent, elles occupent ainsi une place essentielle entre les statistiques administratives et les statistiques par cause de décès (graphique 3).

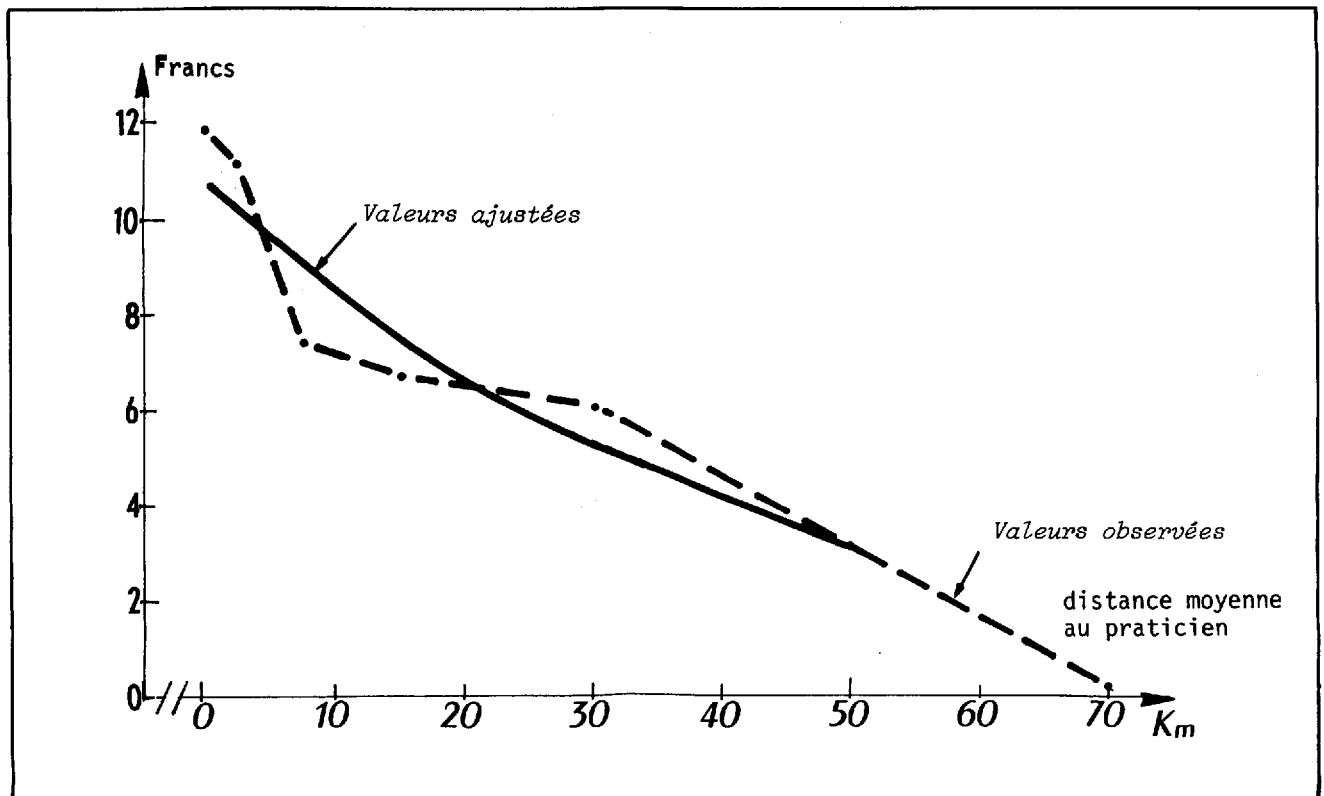
L'introduction de données relatives au réseau de producteurs et de distributeurs de soins médicaux permet d'étudier les relations entre l'offre de soins et la consommation médicale: c'est au niveau de l'existence de spécialistes que se trouvent les disparités les plus importantes, inégalités qui entraînent les variations de densités observées. Aux différences liées au caractère rural ou urbain se superposent celles dues à



Graphique 3. Exemples de variations de la morbidité en fonction de l'âge et du sexe



Graphique 4. Mortalité, recours aux soins et morbidité



Graphique 5. Dépense par personne (ensemble des spécialités) en fonction de la distance

l'implantation au centre des villes, la densité de spécialistes étant particulièrement basse en banlieue (en 1970). Ces inégalités sont d'autant plus fortes que les spécialités sont plus rares et la structure de l'offre de spécialistes, dans la ville elle-même, dépend fortement du nombre d'habitants de l'agglomération. Les généralistes, par contre, sont relativement bien répartis sur le territoire, puisqu'on en trouve toujours un à moins de 20 km.

La concentration des spécialistes dans les grandes villes et l'implantation relativement bien répartie des généralistes va de pair avec une diffusion élitiste du premier et étendue du second; l'accessibilité plus grande de soins de généralistes est, de plus, favorisée du fait que ces médecins consentent à pratiquer leur activité au domicile de leur patient, en particulier lorsque ce dernier est isolé (communes rurales) ou se déplace avec difficultés (personnes âgées). En même temps que les soins de généralistes, on observe une diffusion étendue des consommations qui leur sont associées (soins infirmiers, produits pharmaceutiques) (graphique 5).

Les enquêtes sur la consommation médicale, effectuées auprès de vastes échantillons représentatifs, exigent un investissement lourd, mais permettent d'appréhender simultanément, et avec une grande finesse, de très nombreuses variables. Ces informations conduisent à des descriptions plus ou moins chargées de valeur explicative, apparaissant ainsi comme un élément central de la gestion du secteur médical et du développement de la recherche en science économique.

#### Bibliographie

- Th. Lecomte - An. et A. Mizrahi*  
Présentation de l'Enquête Nationale 1980-81 sur les consommations médicales. CREDOC, juillet 1980 (34 pages).
- A. Mizrahi*  
Micro-économie de la consommation médicale. CREDOC - juillet 1978 (205 pages).
- An. et A. Mizrahi*  
L'enquête de 1970 sur les consommations médicales (synthèse de l'ensemble des travaux réalisés par la Division d'Economie Médicale à partir des données de cette enquête). CREDOC - mars 1976 (109 pages). *Consommation*, no 2-1976 (66 pages).
- An. et A. Mizrahi*  
Articulation et interdépendance des consommations médicales. Complémentarités et substitutions. CREDOC - décembre 1978 (102 pages).
- An. et A. Mizrahi, A. Thauront*  
Influence de l'offre de soins sur les consommations médicales - Analyse micro-économique. CREDOC, octobre 1979 (158 pages).

#### Résumé

##### Les enquêtes nationales auprès des ménages sur la consommation médicale en France

Ces enquêtes se déroulent en France tous les 10 ans (1960, 1970, 1980); cette dernière est effectuée auprès d'un échantillon aléatoire de 10000 ménages représentatif de la population. Elle se déroule en quatre vagues de 3 mois et concerne l'année entière; chaque ménage reçoit 5 visites d'enquêteur espacées de 3 semaines. La méthode de recueil combine l'interview par enquêteur et le carnet de comptes. Lors de la première visite sont enregistrées les caractéristiques socio-économiques des membres du ménage, leur mode de protection sociale, les affections et infirmités dont ils souffrent, pendant chacune des 4 périodes successives de 3 semaines, le ménage relève tous les biens et services médicaux consommés et les dépenses afférentes, et lors de son passage suivant, l'enquêteur précise et constate cette information, en particulier par les motifs. La dernière

visite comporte, en outre, un volet sur les handicaps et certains facteurs de risque. L'essentiel de la méthode réside dans l'articulation entre le relevé des maladies et de leurs conséquences (consommations médicales).

L'exploitation de cette information fournit des évaluations dans le cadre de la Comptabilité Nationale (dépenses et prix), permet d'établir l'effet sur la consommation médicale des variables socio-démographiques, de la morbidité, de la structure d'offre de soins.

#### Zusammenfassung

#### Die Haushaltsbefragungen über Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Frankreich

Diese Haushaltsbefragungen werden in Frankreich alle zehn Jahre durchgeführt (1960, 1970, 1980). Die letzte umfasste in einer repräsentativen Stichprobe 10000 Haushalte. In vier Wellen von je drei Monaten wird das ganze Jahr erfasst. Jeder Haushalt wird im Abstand von drei Wochen fünfmal besucht. Daten werden in Befragung und mittels eines Tagebuches erhoben. Die erste Visite dient der Erhebung des sozio-ökonomischen Hintergrundes, der sozialen Sicherung und der Beschwerden und Behinderungen der Haushaltsmitglieder. Während der folgenden vier Perioden werden alle von ihnen beanspruchten medizinischen Güter und Dienstleistungen notiert und vom Interviewer anlässlich seines Besuches erfasst und wo nötig – vor allem in bezug auf die motive – präzisiert. Die letzte Visite dient auch der Erfassung von dauernden Behinderungen und von Risiko-Faktoren. Wesentlich an der Methode ist die Verbindung der Erfassung von Ursachen, Manifestationen und Konsequenzen von Krankheiten.

Die Resultate werden für Überprüfungen im Rahmen der «Nationalen Buchhaltung» (Aufwendungen und Preise) gebraucht. Sie ermöglichen auch die Auswirkungen von sozio-demographischen Gegebenheiten, von Erkrankungshäufigkeiten und von strukturellen Eigenschaften des Versorgungssystems auf die Inanspruchnahme medizinischen Dienstleistungen zu untersuchen.

#### Summary

#### The French National Household Surveys on medical care utilization

These surveys are performed in France every ten years (1960, 1970, 1980). The last one included a random sample of 10000 households (representative for the French population). In four waves of three months each the whole year is covered. Each household is visited five times with an interval of three weeks. Data collection uses interviews and diaries. During the first visit socio-economic characteristics, social security, illnesses and handicaps of the household members are registered. During each of the following four three-week periods all medical goods and services and related expenses are noted and on his next visit the interviewer collects this information and gets necessary details particularly on motivations. The last visit is used to cover handicaps and risk factors. The importance of the method lies in the articulation of the measurement of disease and its consequences (health care utilization).

The data are used for the evaluations in the framework of the "National Accounting" (expenses and prices). They allow the study of the effect of socio-demographic variables of morbidity and of the structure of the health care system on the consumption of medical care.

**RÖNTGENFILME**  
**TYPOX RP**  
**TYPOX RP**

Typson Aktiengesellschaft  
für Photoduplizations-Industrie  
5400 Burg/Greif/Schweiz  
Telefon 034 22.13.22

typon

**SOS LABOR**  
NOTFALL-ANALYTIK  
KLINISCHE TOXIKOLOGIE  
KLINISCHE PHARMAKOLOGIE  
UMWELT TOXIKOLOGIE

Ständige Bereitschaft für Notfalluntersuchungen  
(klinisch-chemische Parameter)

Rasche Ermittlung von Giften in Blut und Urin, Bestimmung  
des Blutspiegels (Medikamente, Alkohol, Suchtmittel)

Urin-Drogentests (Suchtnachweis)

Diagnose von Umweltgiften (z. B. Schwermetalle)

**Dr. Bruno G. Ferrini, Winterthurerstrasse 28**  
**8033 Zürich**  
**Telefon 01 362 37 37, Telex 59 694**

**KLAFS-FITAG**  
Medizinische Technik, komplette Saunaaanlagen, Solarien,  
Sportgeräte, Whirl-Pool

**6300 Zug, Telefon 042 21 45 50/21 09 09**  
*Büros und Ausstellungen in Basel, Bern, Zürich, Lausanne*