

Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992

Tome 2 : la pharmacie et les autres biens médicaux

Anne Aligon

Rapport n° 462 (biblio n° 1199)

Novembre 1997

I.S.B.N. : 2-87812-218-6

- Avertissement -

Les résultats présentés dans ce rapport sont issus de l'appariement des données provenant de deux sources : l'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) de l'année 1992 et l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS) menée par le CREDES cette même année.

Un premier travail d'appariement des données du premier quart de l'EPAS a été effectué pour l'année 1988. Ce même premier quart de l'EPAS a de nouveau été apparié pour l'année 1992 et a déjà donné lieu à deux publications, la première détaille la méthode d'appariement [15] et la seconde fait l'analyse socio-économique des dépenses d'hospitalisation [16]. Mais attention, en raison de champs différents, les appariements de 1988 et 1992 ne sont pas comparables.

Le présent rapport sur la consommation pharmaceutique s'inscrit dans un ensemble d'analyses des déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 comptant 5 tomes :

- Tome 1 : les médecins,*
- Tome 2 : la pharmacie et les autres biens médicaux,*
- Tome 3 : les auxiliaires médicaux,*
- Tome 4 : la biologie médicale,*
- Tome 5 : les dentistes.*

Je remercie particulièrement Nathalie Grandfils et Sophie Lebreton qui ont réalisé le travail technique d'appariement des deux sources de données.

Je tiens également à remercier :

- Madame Dominique Polton, Directrice du CREDES et Monsieur Ferragu , Directeur du département statistique de la CNAMTS pour leur relecture attentive et leurs remarques,*
- les chercheurs du CREDES pour leurs remarques et commentaires,*
- Laure Com-Ruelle et Valérie Paris en particulier pour leur relecture attentive,*
- et Céline Arnoux pour la mise en page de ce rapport.*

Anne Aligon

Sommaire

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	
Cadre de l'étude	5
1.1 Présentation des données	7
1.1.1 <i>L'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (EPAS)</i>	7
1.1.2 <i>L'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS)</i>	9
1.2 Caractéristiques de la population retenue pour l'étude des consommations médicales.....	11
1.3 Définitions	12
CHAPITRE 2	
Présentation générale	15
2.1 La consommation de biens médicaux	17
2.2 Présentation générale de la pharmacie et autres biens médicaux.....	18
2.2.1 <i>La répartition de la dépense totale</i>	18
2.2.2 <i>Un grande disparité selon l'âge et le sexe</i>	19
CHAPITRE 3	
Disparités de consommation pharmaceutique	21
3.1 La consommation selon l'âge et le sexe	23
3.1.1 <i>Le taux de consommateurs de pharmacie</i>	23
3.1.2 <i>La dépense effective selon l'âge et le sexe</i>	24
3.1.3 <i>Le taux de prise en charge selon l'âge et le sexe</i>	26
3.2 La consommation selon la taille du ménage.....	27
3.3 La consommation selon le milieu social	29
3.3.1 <i>L'occupation principale de la personne</i>	29
3.3.2 <i>La profession ou dernière profession de la personne</i>	31
3.3.3 <i>La crainte de perdre son emploi</i>	33
3.4 La consommation selon le niveau de couverture sociale	35
3.4.1 <i>L'exonération du ticket modérateur</i>	35
3.4.2 <i>La couverture complémentaire maladie</i>	37
3.5 La consommation selon l'état de santé	41
3.5.1 <i>Le nombre de maladies déclarées par personne au premier jour de l'enquête</i>	41
3.5.2 <i>Le degré de risque vital</i>	43
3.5.3 <i>Le degré d'invalidité</i>	45
3.5.4 <i>L'état de santé ressenti par la personne (noté entre 0 et 10)</i>	47
3.5.5 <i>Le risque tabagique</i>	49
3.5.6 <i>Les antécédents d'hospitalisation récente</i>	50

CHAPITRE 4	
Disparités de consommation d'optique médicale	51
4.1 La consommation selon l'âge et le sexe.....	53
4.1.1 <i>Le taux de consommateurs d'optique médicale</i>	53
4.1.2 <i>La dépense effective selon l'âge et le sexe</i>	54
4.1.3 <i>Le taux de prise en charge selon l'âge et le sexe</i>	56
4.1.4 <i>La consommation selon la taille du ménage</i>	57
4.2 La consommation selon le milieu social.....	58
4.3 La consommation selon le niveau de couverture sociale.....	62
4.4 La consommation selon l'état de santé.....	64
CONCLUSION	69
ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE	73
1. La procédure d'anonymat.....	75
2. La méthode d'appariement.....	76
ANNEXE 1	
Pharmacie.....	83
ANNEXE 2	
Optique médicale.....	93
GLOSSAIRE	103
Les dépenses de soins médicaux.....	105
Le mode de protection sociale.....	106
Indicateurs de morbidité.....	108
BIBLIOGRAPHIE	111
LISTE DES TABLEAUX ET DES GRAPHIQUES	115

Introduction

En 1992, la part de la consommation de biens médicaux en ambulatoire dans la Consommation Médicale Totale (CMT) s'élève à 20,4 %, comprenant la pharmacie (17,8 %) et les prothèses (2,7 %), c'est-à-dire la lunetterie et l'orthopédie¹. La dépense annuelle par personne est de l'ordre de 1 900 Francs pour la seule pharmacie. L'analyse des dépenses réalisées en 1992 est un point de repère avant l'effet des mesures administratives importantes prises à partir de 1993 (diminution du taux de remboursement de 5 points, accord cadre avec les industriels du médicaments, références médicales opposables...)

Ce rapport étudie la consommation médicamenteuse et la consommation d'optique en fonction des caractéristiques des patients, à partir des données de l'EPAS (Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux) enrichies des données socio-économiques et de morbidité recueillies lors de l'Enquête annuelle sur la Santé et la Protection Sociale (ESPS).

L'EPAS, élaboré en 1976 par le département Statistique de la CNAMTS avec l'aide de la Division d'Economie Médicale du CREDOC, aujourd'hui devenue CREDES, constitue un instrument de suivi des dépenses d'Assurance maladie. Cet échantillon contient des renseignements administratifs individuels et toutes les données de prestations relatives aux personnes protégées, assurés et ayants droit.

Depuis 1988, l'ESPS est réalisée chaque année par le CREDES qui enquête un quart de l'EPAS. L'un des objectifs est, au moyen de l'appariement des deux sources de données, d'enrichir l'EPAS par des renseignements individuels socio-économiques provenant de l'ESPS, portant notamment sur la protection sociale, mais également sur la morbidité des personnes protégées.

Le rapport comporte quatre parties :

- la première décrit le cadre de l'étude (présentation des données, caractéristiques de la population retenue pour l'étude des consommations médicales et définitions) ;
- la seconde est une présentation générale qui dresse les caractéristiques principales de la consommation de l'ensemble des biens médicaux ;
- les troisième et quatrième parties étudient successivement les disparités de la consommation de produits pharmaceutiques et de la consommation d'optique médicale selon différentes variables socio-économiques regroupées en cinq thèmes :
 - * l'âge et le sexe ;
 - * la situation familiale ;
 - * la situation professionnelle ;
 - * le mode de protection sociale ;
 - * l'état de santé.

¹ Source Comptes de la santé

1. Cadre de l'étude

1.1 Présentation des données

Les données utilisées pour l'analyse socio-économique des dépenses liées aux consommations médicales proviennent de deux sources différentes : l'Echantillon Permanent des Assurés Sociaux (EPAS) de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) du CREDES. Les fichiers correspondant à ces deux sources sont appariés selon une méthode décrite en annexe méthodologique afin d'enrichir les données de consommation provenant des caisses par les données socio-démographiques recueillies dans l'ESPS.

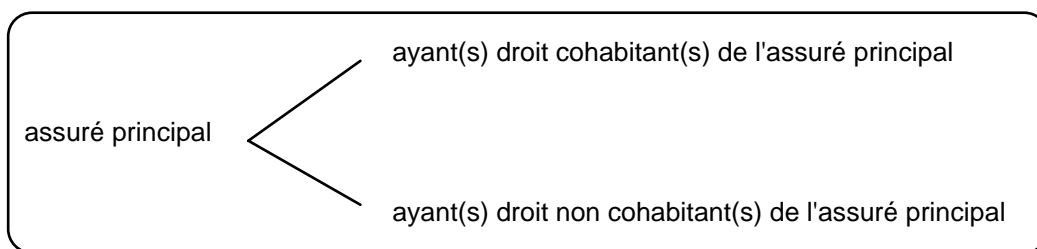
1.1.1 L'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (EPAS)

Depuis une quinzaine d'années, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés dispose d'un instrument de suivi des dépenses de l'Assurance maladie grâce à l'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS). Cet échantillon, représentatif au 1/1200^{ème} des assurés au Régime général et de leurs ayants droit², est constitué de deux types de données contenues dans des fichiers différents :

- le fichier des personnes protégées et
- les fichiers de prestations.

Le **fichier des personnes protégées** contient des informations se rapportant aux personnes protégées par l'Assurance maladie pendant une période donnée. Les personnes protégées sont constituées des assurés et de leurs ayants droit ; on parle de « grappes-assuré » (Cf. Schéma n° 1). On dispose dans ce fichier de renseignements socio-démographiques tels que le sexe, la date de naissance, et de données relatives à la situation des personnes à l'égard de la réglementation de la protection sociale tels que le régime de Sécurité sociale, le motif d'exonération du ticket modérateur, la caisse primaire gestionnaire, etc. En revanche, le fichier ne contient pas de renseignements sur la profession, la couverture complémentaire ou encore la morbidité des personnes protégées.

Schéma n° 1
La grappe-assuré



Le fichier des personnes protégées de l'EPAS présente certaines limites.

- D'une part, il est constitué d'une population particulière : l'ensemble des assurés au Régime général résidant en France métropolitaine (autres que les assurés provisoires ou les travailleurs migrants ou frontaliers travaillant à l'étranger). Il ne comprend ni les personnes affiliées à un autre régime que le Régime général, comme le Régime Agricole ou le Régime des Travailleurs Non Salariés Non Agricoles, ni les personnes dont les remboursements sont effectués par des Sections Locales Mutualistes. Il est donc impossible d'extrapoler les résultats obtenus avec l'EPAS à la France entière.

² Cf. Méthode de sondage - Enquête permanente dans les dossiers de Sécurité sociale (Panel) - A. et A. Mizrahi.

- D'autre part, ce fichier n'est pas figé : il accueille et perd chaque mois des bénéficiaires. Or, les mises à jour peuvent être faites avec un retard plus ou moins long, voire pas du tout. Notamment, il subsiste des individus qui ont quitté le Régime général, soit pour aller dans un autre régime, soit à la suite de leur décès, sans que l'information soit enregistrée et, d'autre part, il existe des doublons, c'est-à-dire des personnes enregistrées sous des numéros différents.

Les **fichiers de prestations** recensent toutes les opérations de liquidation liées au versement de prestations pour les personnes protégées présentes dans l'EPAS. Ces fichiers contiennent un certain nombre d'informations relatives au consommateur de soins ou bénéficiaire de prestations (âge, sexe), au producteur de soins (spécialité du producteur, de l'exécutant, lieu des actes), à la nature des soins (cotation des actes effectués, date des soins) et aux flux monétaires engendrés (débours du consommateur, montant remboursé au consommateur ou directement au producteur dans le cas de tiers payant, taux de remboursement...).

Toutefois, dans ces fichiers de prestations, certaines consommations de santé n'apparaissent pas, notamment les consommations non présentées au remboursement, des prestations non remboursables et l'automédication.

De plus, pour un certain nombre de raisons, les prestations sont incomplètes pour les entrants dans l'EPAS et les sortants en cours d'année : seules figurent les prestations relatives à la période où la personne est dans le champ. C'est ainsi le cas :

- des nouveaux immatriculés : un grand nombre d'entre eux possédait auparavant un numéro provisoire d'immatriculation à l'Assurance maladie, mais nous disposons dans l'EPAS que des prestations relatives au numéro définitif de la personne ; ce problème concerne notamment les jeunes d'environ 20 ans qui passent d'un statut d'ayant droit au statut d'assuré ;
- des sortants « définitifs » de l'EPAS : la sortie de l'EPAS n'étant pas toujours renseignée, une personne peut sortir du champ de l'EPAS et toujours figurer dans le fichier des bénéficiaires. Par exemple, dans le cas d'une personne ayant changé de régime, il arrive qu'elle figure toujours dans le fichier des bénéficiaires du Régime général et donc dans le fichier des personnes protégées de l'EPAS, mais aucune de ses prestations n'est enregistrée dans les fichiers de prestations de l'EPAS puisqu'elle envoie ses demandes de remboursement à son nouveau régime. Ce problème génère ainsi des faux « non consommateurs », rendant délicate la description de la population de non consommateurs ;
- des sortants « temporaires » de l'EPAS : une personne peut ne pas demeurer dans le champ de l'enquête toute l'année, elle sort du champ pendant une période donnée et l'enregistrement de ses consommations dans les fichiers de prestations de l'EPAS n'est que partiel sur l'année et entraîne une sous-estimation de la dépense annuelle par personne. C'est le cas du jeune homme qui est incorporé au contingent du service national ou qui en revient.

Il existe donc dans l'EPAS plusieurs sources d'erreur de mesure du nombre de bénéficiaires dont on doit tenir compte et du nombre de consommations : ces erreurs peuvent engendrer des sous-estimations importantes dans le cas de données se rapportant à une population particulière de personnes protégées, notamment les jeunes, et surtout jeunes hommes.

1.1.2 L'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS)

Chaque année, le CREDES cherche à enquêter un quart des personnes présentes dans l'EPAS ; ainsi, au bout de quatre ans, toutes les personnes présentes dans l'EPAS ont été contactées par le CREDES.

Le sous-échantillon annuel résulte d'un tirage au sort dans l'EPAS. Ce tirage est basé sur la clé de contrôle du numéro d'immatriculation au répertoire des personnes physiques (numéro de Sécurité sociale), clé qui varie de façon aléatoire entre 1 et 97. Ainsi, pour 1992, les assurés sélectionnés ont une clé de contrôle inférieure ou égale à 23.

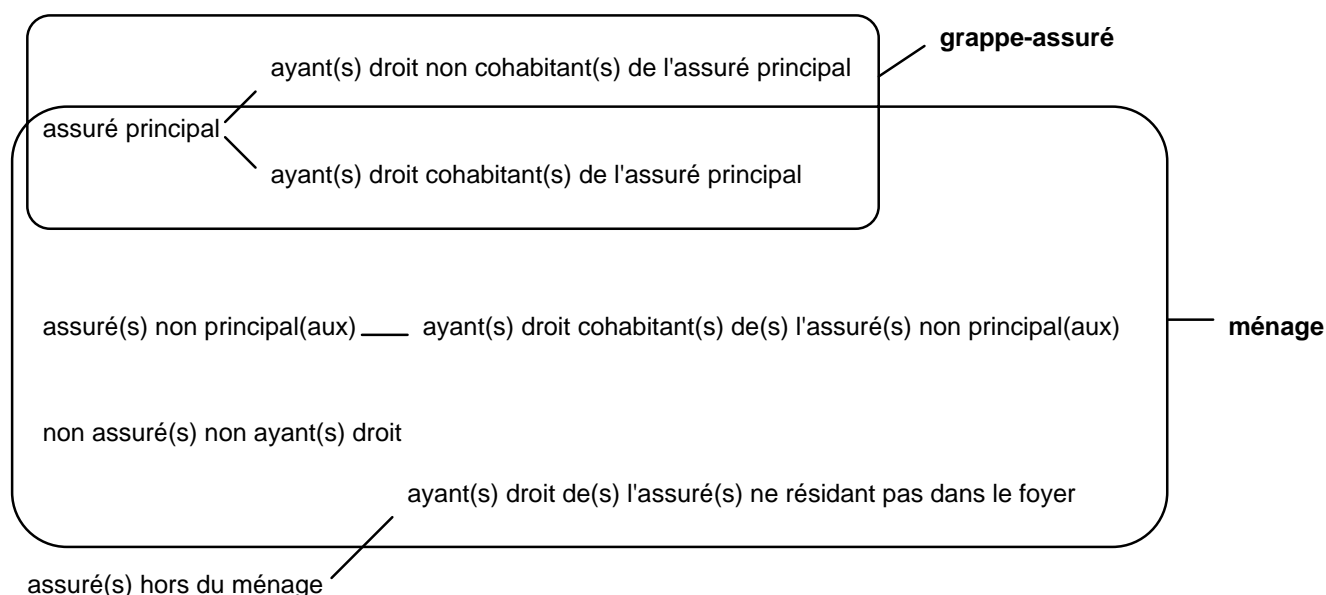
L'enquête se déroule au cours de deux vagues, une vague de printemps et une vague d'automne, pour tenir compte des variations saisonnières de la consommation de soins et de la morbidité.

Deux modes de recueil des données sont utilisés :

- une modalité téléphonique pour les assurés sociaux possédant le téléphone et dont le numéro a été trouvé ;
- une modalité face-à-face, c'est-à-dire par déplacement d'enquêteur pour ceux ne disposant pas du téléphone ou ceux dont le numéro de téléphone n'a pu être trouvé (listes rouge, orange...).

L'enquête SPS permet de recueillir des renseignements sur la grappe-assuré, c'est-à-dire sur l'assuré tiré au sort (appelé par la suite assuré principal) et ses ayants droit, mais elle recueille en plus des données concernant les autres membres du foyer de l'assuré principal, qu'ils soient assurés (ils sont alors appelés assurés non principaux³) ou ayants droit (ils sont alors ayants droit d'un assuré non principal). Le nombre de personnes enquêtées dans l'ESPS est donc plus important que dans l'EPAS, puisque tout le foyer de l'assuré principal est enquêté.

Schéma n° 2
Composition des ménages enquêtés dans l'ESPS



³ L'assuré non principal n'est donc pas directement tiré au sort mais se trouve rattaché à l'échantillon en raison de son appartenance au ménage de l'assuré principal.

A quelques exceptions près, la grappe-assuré est en réalité incluse dans le ménage, car à peu près tous les ayants droit de l'assuré principal vivent sous le même toit que l'assuré principal.

Pour tous les membres du ménage, on recueille :

- **des renseignements socio-démographiques** : âge, sexe, profession, occupation principale, département de résidence, revenus, niveau d'étude, nationalité...
- **des renseignements sur la protection sociale** : régime de Sécurité sociale, motif éventuel d'exonération du ticket modérateur, possession d'une couverture complémentaire maladie...
- **des données de morbidité** : maladies dont les enquêtés sont atteints au jour de l'enquête (morbidité prévalente), facteurs de risque tels que tabac et alcool, degré d'invalidité...
- **des données sur leur consommation de soins** au cours d'un mois : toutes leurs consommations de soins (séances de médecins, de dentistes, d'auxiliaires médicaux, analyses de biologie médicale, acquisitions pharmaceutiques, hospitalisations...) sont consignées par les enquêtés sur un carnet de soins auto-administré.

Comme toute information statistique, les données de l'ESPS sont entachées d'un aléa lié à l'échantillon. De plus, un certain nombre de biais viennent s'ajouter à cet aléa, en particulier :

- environ 25 % des personnes contactées refusent de participer à l'enquête et, parmi celles-ci, un pourcentage non négligeable invoquent des raisons de santé d'une des personnes du ménage ;
- chez les personnes participant à l'enquête, il peut exister des déformations liées à la mémoire ou des oublis involontaires, voire volontaires.

Au total, ces différents biais expliquent le niveau de consommation médicale observé à partir des données d'enquête et qui aboutit à une sous-estimation de la consommation moyenne par personne (et par consommant) par rapport aux statistiques de la Comptabilité Nationale et même par rapport aux statistiques de l'Assurance maladie elle-même.

L'appariement EPAS-ESPS

Les deux sources de données (EPAS et ESPS) dont nous disposons pour étudier les consommations médicales sont donc entachées des diverses incertitudes énumérées ci-dessus. Toutefois, la fusion de ces deux types de données, effectuées par l'appariement des fichiers provenant des deux sources, permet d'améliorer considérablement la connaissance sur la consommation médicale du fait de leur complémentarité :

- l'ESPS permet, entre autres, de « nettoyer » la population protégée de l'EPAS, notamment en « effaçant » en quelque sorte les personnes n'appartenant plus au champ de l'EPAS car décédées, sortants définitifs ou temporaires générant des « faux non consommateurs » ;
- l'EPAS, à son tour, permet de compléter les données de consommation recueillies dans l'enquête SPS par des données exhaustives de remboursement sur une année entière, palliant notamment les problèmes liés à la mémoire.

1.2 Caractéristiques de la population retenue pour l'étude des consommations médicales

L'échantillon retenu de 4 361 personnes présentes à la fois dans l'EPAS et dans l'ESPS en 1992 est constitué d'assurés et de leurs ayants droit.

Les assurés présentent les caractéristiques suivantes :

- ils satisfont aux critères de sondage de l'EPAS, soit « être né en octobre d'une année paire, avoir les deux derniers chiffres du numéro de commune de naissance égaux dans le même sens ou dans le sens inverse au numéro d'ordre dans la commune » ;
- ils sont affiliés aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) présentes dans l'EPAS en 1992⁴ ;
- ils sont couverts par le « Régime général au sens strict » (hors sections mutualistes) ; les personnes couvertes par les régimes particuliers relevant du Régime général et dont la gestion est assurée par leurs organismes mutuels (sections locales mutualistes) ne sont pas représentées dans l'échantillon ; les ressortissants des autres régimes (CANAM, MSA...) ne font pas non plus partie de la population ;
- ils ont pu être joints par un enquêteur et ont accepté de répondre à l'ESPS de 1992 ;
- ils ont des informations administratives (date de naissance, sexe et statut à l'égard de l'Assurance maladie) cohérentes entre l'ESPS et l'EPAS.

Les prestations relatives aux consommations médicales étudiées ici à partir de l'exploitation des données appariées regroupent tous les remboursements ou versements relatifs à ces consommations dans le secteur ambulatoire, non comprises celles ayant eu lieu en externe dans un hôpital public ou dans un hôpital privé participant au service public hospitalier (PSPH). Il s'agit :

- de soins effectués au cours de l'année 1992 et liquidés en 1992 ou/et en 1993 ; les soins effectués en 1992 mais dont la liquidation est intervenue à une date postérieure au 31 décembre 1993 ne sont donc pas inclus dans le périmètre de l'étude ;
- de soins relatifs à l'ensemble des risques (risques maladie, maternité et accidents du travail).

⁴ Toutes les caisses primaires ont participé à l'EPAS en 1992.

1.3 Définitions

Tout au long de ce rapport, plusieurs indicateurs sont utilisés pour décrire les prestations et la population concernée. Outre les définitions générales rassemblées en fin de rapport dans le glossaire, quelques définitions figurent ci-dessous.

- Une **personne protégée**, au sens de la présente étude, est une personne présentant la double caractéristique d'être présente d'une part, dans le fichier des bénéficiaires de l'EPAS à un moment donné de l'année 1992, et, d'autre part, d'avoir participé à l'ESPS. Cette définition n'exclut pas que la personne considérée ait appartenu seulement d'une manière partielle dans l'année au champ de l'enquête.
- Une **prestation** (ou remboursement) est la somme remboursée à la personne par l'Assurance maladie à l'occasion d'une dépense médicale ou paramédicale.
- Un **prestataire** est une personne protégée, au sens défini ci-dessus, ayant perçu au moins un remboursement (prestation) de l'Assurance Maladie de la Sécurité sociale en 1992 ou en 1993 pour un soin effectué en 1992.
- Le **taux de prestataires ou taux de consommateurs** d'un type de soins correspond au nombre de prestataires de ce type de soins rapporté au nombre de personnes protégées en 1992 :

$$\text{taux de prestataires} = \frac{\text{nombre de personnes ayant perçu au moins une prestation du soin considéré}}{\text{nombre de personnes protégées}}$$

Pour faciliter la lecture des résultats, le terme de « prestataires » sera assimilé au terme de « consommateurs » et l'on parlera tout au long du rapport de taux de consommateurs. En toute rigueur, il existe une différence entre un consommateur et un prestataire, un consommateur ne présentant pas forcément sa feuille de soins au remboursement. On fait toutefois l'hypothèse que ces personnes représentent un faible pourcentage et qu'on peut assimiler consommateur et prestataire.

Les définitions suivantes concernent plus spécifiquement les dépenses de soins ; le tableau ci-après les illustre dans un cas de dépense permettant de comprendre les rapports qu'elles ont entre elles.

- Le **débours** (*a*) est la somme effectivement déboursée par les consommateurs sans tenir compte d'éventuels remboursements ultérieurs de la Sécurité sociale ou d'une couverture complémentaire. Le débours est inférieur à la *dépense effective* lorsqu'il y a tiers payant*. Lorsqu'il n'y a pas de tiers payant, le débours est égal à la *dépense effective*.
- Le **taux de remboursement** (*b*) est fixé par la législation et dépend du type de prestation et de la pathologie du patient. Il peut varier dans le temps ; par exemple, en 1992, il était de 70 % pour les médicaments à vignette bleue, mais un malade souffrant d'une Affection de Longue Durée (ALD) bénéficie d'un taux de 100 % pour un soin relatif à cette ALD.
- Le **montant remboursé** (*c*) correspond à la somme remboursée par l'Assurance maladie au titre du soin délivré. Il inclut également l'éventuel montant complémentaire versé par le régime Alsace-Moselle. Dans le cas de la pharmacie, le destinataire du remboursement est le pharmacien en tiers payant.

- La **base de remboursement ou tarif de responsabilité** (*d*) correspond au tarif auquel est appliqué le taux de remboursement ; elle est définie comme le rapport entre le montant remboursé et le taux de remboursement. Cette base de remboursement correspond au tarif de responsabilité fixé par la Sécurité sociale.
- Le **dépassement connu** (*e*) est le dépassement d'honoraires ou de tarifs pratiqué par le professionnel. En effet, la somme facturée à un patient peut comprendre, en sus du tarif de responsabilité défini par la nomenclature, un dépassement accordé par convention. Dans le cas des biens médicaux, il s'agit essentiellement d'un dépassement d'appareillage ou d'optique.
- La **dépense effective** (*f*) est la dépense réelle occasionnée par l'acte médical ou paramédical ; elle est calculée en ajoutant à la base de remboursement l'éventuel dépassement.
- Le **ticket modérateur** (*g*) est la part de la base de remboursement restant à la charge de l'assuré après un remboursement de l'Assurance Maladie. Il est calculé comme la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé.
- Le **montant restant à charge des ménages** ou de leur protection complémentaire (*h*) est la somme restant à charge après remboursement de l'Assurance Maladie. Il est calculé comme la différence entre la dépense effective et le montant remboursé. Il est aussi égal à la somme du ticket modérateur et de l'éventuel dépassement connu.
- Le **taux de prise en charge** (*i*) d'un acte est défini comme le rapport entre le montant remboursé et la dépense effective. Il décrit la part que représentent les prestations de la Sécurité sociale dans la dépense effective. Ce taux de prise en charge diffère du taux de remboursement car ce dernier peut varier selon le type d'actes ou la pathologie du patient ; de plus, la dépense effective peut être différente de la somme des tarifs de responsabilité en raison du montant des dépassements.
- Le **montant par personne** est égal à la somme totale de la valeur considérée rapportée au nombre de personnes protégées.

Exemple :

une personne débourse 100F de pharmacie.

	Pharmacie	
Débours	100 F	<i>a</i>
Taux de remboursement	70%	<i>b</i>
Montant remboursé	70 F	<i>c</i>
Base de remboursement ou tarif de responsabilité	100 F	$d=c/b$
Dépassement	- F	<i>e</i>
Dépense effective	100 F	$f=d+e$
Ticket modérateur	30 F	$g=d-c$
Montant à charge	30 F	$h=f-c$
	30 F	$h=e+g$
Taux de prise en charge	70%	$i=c/f$

2. Présentation générale

2.1 La consommation de biens médicaux

Le fichier des « prestations sanitaires diverses » regroupe toutes les sommes versées à l'assuré par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie en remboursement des frais pharmaceutiques ou autres frais médicaux. Les prestations sanitaires dont on dispose concernent :

- la pharmacie proprement dite (pharmacie remboursable à 100 %, 70 % ou 40 %, pharmacie non remboursable,...), les produits d'origine humaine et les pansements⁵ ;
- les appareils et matériel de traitement⁶ ;
- l'optique médicale ou la lunetterie⁷ ;
- les prothèses et orthèses⁸ (orthopédie, prothèse auditive) ;
- les frais de transports sanitaires et les frais de cures thermales⁹.

On ne connaît, à partir de cette source, qu'une partie de la pharmacie non remboursable, c'est-à-dire celle qui a été acquise en même temps que des produits remboursables.

La consommation de **biens médicaux**¹⁰ est composée des produits pharmaceutiques et des prothèses (lunetterie, orthopédie et prothèses auditives) consommés en médecine libérale. Ces biens peuvent être acquis sur prescription ou non.

Sous le nom de **produits pharmaceutiques**, on regroupe les médicaments (les spécialités pharmaceutiques fabriquées à l'avance par des laboratoires industriels et les médicaments non spécialisés tels que l'alcool, l'éther), les produits d'origine humaine (essentiellement les produits à base de sang humain) et les articles de pansements.

Sous le nom de **prothèses** (la prothèse est destinée à remplacer tout ou partie d'organes, de membres) et **orthopédie** (l'orthopédie est la partie de l'art médical ayant pour objet de prévenir ou de corriger les difformités du corps), on distingue le petit appareillage ou orthèses (les ceintures médico-chirurgicales et corsets orthopédiques, les bandages herniaires, les orthèses élastiques de contention des membres, les semelles orthopédiques ou orthèses plantaires, les colliers cervicaux, optique et appareils de correction auditive), le grand appareillage ou prothèses externes (exemple : jambe artificielle), les prothèses internes (conçues pour prendre place intégralement dans le corps humain, on distingue les prothèses internes inertes telles que les implants, les greffons et les prothèses internes actives telles que les stimulateurs cardiaques). Ne sont pas présentes dans le fichier les prothèses dentaires et l'orthopédie dento-faciale relatives à des soins de dentistes.

⁵ Les codes correspondants sont : APH (avance pharmaceutique), PH1, PH4, PH7, PHM, PHN (pharmacie non remboursable), UPH (urgence pharmaceutique), CPH (copie d'ordonnance), FP (forfait pansement), SEC (secours), IPS (indemnité compensatrice de perte de salaire versée au travailleur dont le déplacement a entraîné une interruption de travail), SNG (sang, plasma et dérivés), LAI (lait humain), HUM (autres produits d'origine humaine), PRA (fournitures de produits radioactifs), PAN (articles pour pansement).

⁶ Les codes correspondant sont : AAR (appareils d'assistance respiratoire, oxygénothérapie à domicile), AAD (matériels pour traitement à domicile autres qu'appareils assistance respiratoire et oxygénothérapie à domicile), AAC (matériel et appareil de contention, matériel et appareils pour traitement divers).

⁷ Les codes correspondant sont : LUN (monture optique), VER (verres optiques), OPT (optique médicale proprement dite).

⁸ Les codes correspondant sont : PA (orthèses - petit appareillage), PAU (audio-prothèse - appareils électronique de surdité), COR (chaussures orthopédiques), GA (orthoprothèses - gros appareillage remboursé à 100%), PIA (prothèse interne inerte), STC (prothèse interne active mue par source d'énergie - stimulateur cardiaque), VEH (véhicules pour handicapés physiques).

⁹ Les codes correspondant sont : ABA (ambulance), VSL (VSL), TXI (taxi), ATP (autres modes de transport sanitaire), FTH (forfait en établissement), HTH (frais d'hôtel cures thermales), TTH (frais de transport des malades cures thermales).

¹⁰ Cf. Eco-Santé.

2.2 Présentation générale de la pharmacie et autres biens médicaux

2.2.1 La répartition de la dépense totale

Parmi les 5 459 participants à l'enquête, 4 361 personnes ont été appariées dans les fichiers EPAS et ESPS, correspondant à 45 620 lignes de prestations. Sur ces 4 361 personnes, 3 535 ont présenté au remboursement au moins une feuille de soins concernant la pharmacie et autres frais médicaux, soit un taux de consommateurs de 81 %.

La dépense effective de pharmacie et d'autres biens médicaux se répartit principalement entre deux grandes catégories : les prestations de pharmacie ou produits d'origine humaine et les prothèses (lunetterie : 9 %- ; orthopédie et autres : 5 %) qui regroupent ainsi respectivement 84,5 % et 14 %, soit 98,5 % de l'ensemble de la dépense.

Les appareils et matériels de traitement (0,3 %) et les frais de transports sanitaires et les cures thermales (1,1 %) représentent ensemble 1,5 % de dépense totale.

Le graphique ci-dessous met en évidence l'importance de la pharmacie, laquelle représente 84 % des dépenses de biens médicaux, passant de 74 % à 97 % selon les tranches d'âge.

Tableau n° 1 feuille1(depense3.xls)
Dépense dans les différents postes de prestations sanitaires diverses et part correspondante dans la dépense totale

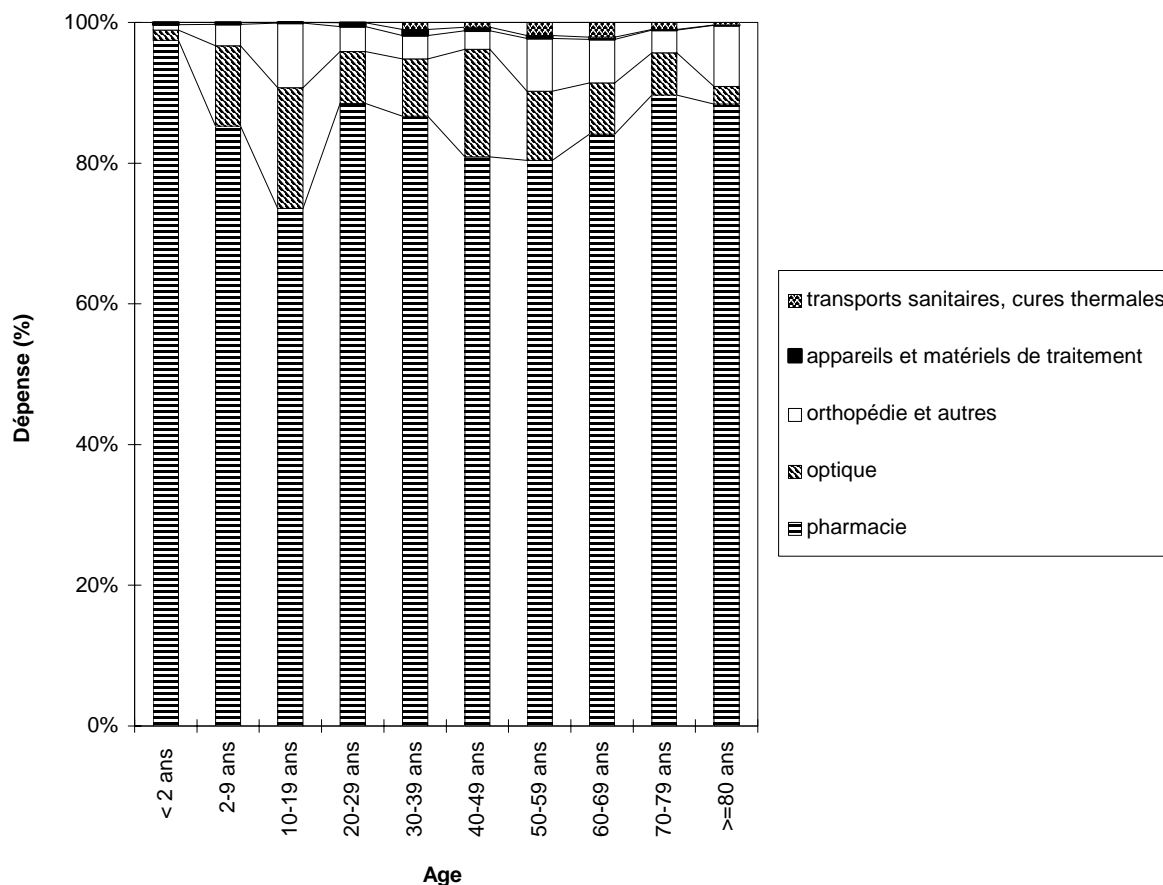
Classes d'âge	Dépense dans les différents postes de prestations sanitaires diverses (en francs)						Part des différents postes dans l'ensemble de la dépense des prestations sanitaires diverses (en %)				
	Pharmacie	Prothèses		Appareils et matériels de traitement	Transports sanitaires-cures thermales	Total	Pharmacie	Prothèses		Appareils et matériels de traitement	Transports sanitaires-cures thermales
		Optique	Orthopédie et autres					Optique	Orthopédie et autres		
< 2 ans	134 756	2 006	1 077	451	0	138 290	97,4%	1,5%	0,8%	0,3%	0,0%
2-9 ans	403 896	54 107	14 466	1 274	0	473 723	85,3%	11,4%	3,1%	0,3%	0,0%
10-19 ans	410 766	95 638	51 357	528	0	558 289	73,6%	17,1%	9,2%	0,1%	0,0%
20-29 ans	669 598	55 880	27 016	4 091	235	756 820	88,5%	7,4%	3,6%	0,5%	0,0%
30-39 ans	934 497	87 671	35 979	8 986	11 012	1 078 144	86,7%	8,1%	3,3%	0,8%	1,0%
40-49 ans	1 206 045	228 262	39 507	7 335	10 086	1 491 235	80,9%	15,3%	2,6%	0,5%	0,7%
50-59 ans	1 665 819	204 236	155 283	8 398	38 898	2 072 635	80,4%	9,9%	7,5%	0,4%	1,9%
60-69 ans	2 148 350	185 581	158 079	8 171	53 929	2 554 110	84,1%	7,3%	6,2%	0,3%	2,1%
70-79 ans	1 827 135	123 161	65 457	2 071	20 191	2 038 015	89,7%	6,0%	3,2%	0,1%	1,0%
>=80 ans	733 781	20 703	72 250	152	3 124	830 010	88,4%	2,5%	8,7%	0,0%	0,4%
Total	10 134 644	1 057 245	620 470	41 457	137 475	11 991 272	84,5%	8,8%	5,2%	0,3%	1,1%

Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

2.2.2 Un grande disparité selon l'âge et le sexe

On observe pour les enfants de 10 à 19 ans¹¹ une part importante des prothèses dans la dépense totale (Cf. Graphique n° 1).

Graphique n° 1 graph25 (depense3.xls)
Répartition des dépenses de pharmacie et autres biens médicaux en 1992
selon l'âge

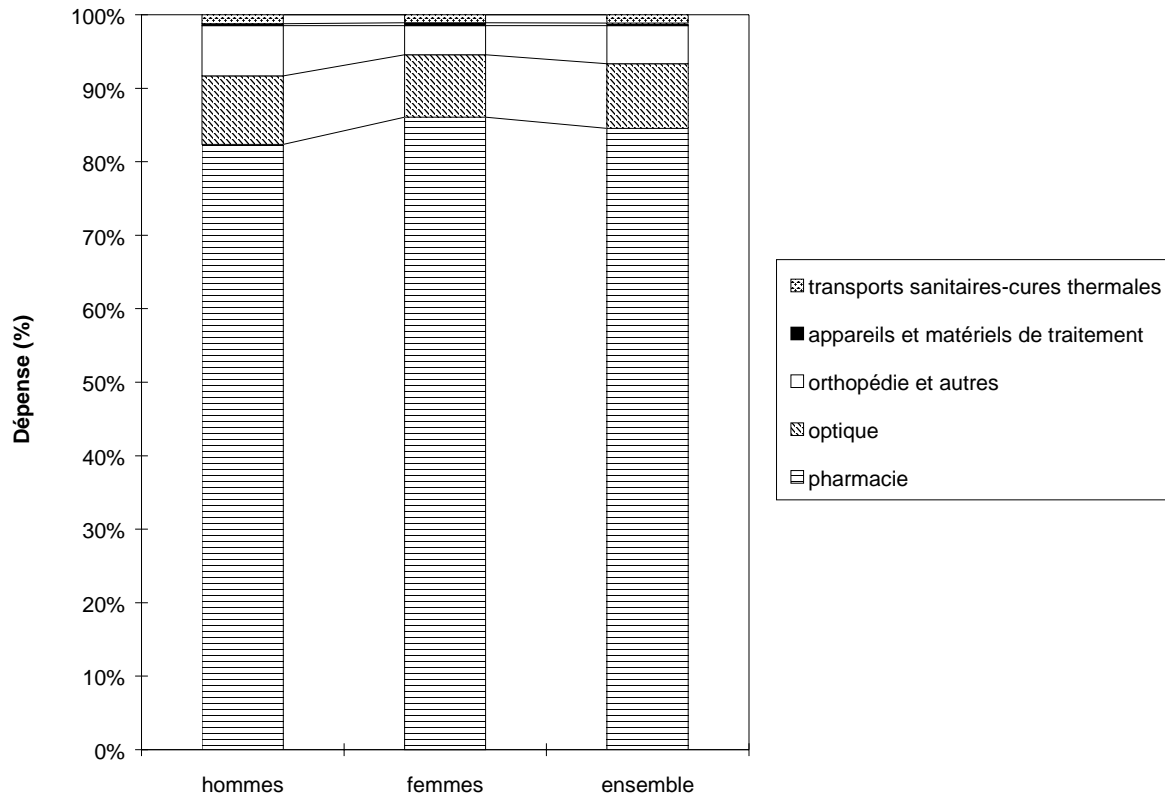


Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

¹¹ Dans cette classe d'âge, les prothèses concernent par exemple un gros appareillage remboursé à 100% ou un appareil de surdité électronique induisant une dépense supérieure à 5 000 Francs.

Les résultats obtenus pour les hommes et les femmes confirment le poids prépondérant des dépenses de pharmacie et de produits d'origine humaine dans la dépense totale (86 % de la dépense pour les femmes et 82% pour les hommes). L'optique médicale représente 9 % de la dépense pour les hommes comme pour les femmes (Cf. Graphique n° 2).

Graphique n° 2 graph26 (depense3.xls)
Répartition des dépenses de biens médicaux en 1992
par grande catégorie de prestations selon le sexe



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

Par la suite, seules les prestations liées à des acquisitions pharmaceutiques (médicaments, pansements), à des produits d'origine humaine ou radioactifs, ainsi qu'à l'optique médicale sont détaillées¹². Les frais relatifs aux prothèses et orthèses (orthopédie et autres), aux frais de transport du malade et aux cures thermales ne seront évalués que dans leur ensemble.

¹² Les codes conservés sont :

- APH (avance pharmaceutique), PH1, PH4, PH7, PHM, PHN (pharmacie non remboursable), UPH (urgence pharmaceutique), CPH (copie d'ordonnance), FP (forfait pansement), SEC (secours), IPS (indemnité compensatrice de perte de salaire versée au travailleur dont le déplacement a entraîné une interruption de travail), SNG (sang, plasma et dérivés), LAI (lait humain), HUM (autres produits d'origine humaine), PRA (fournitures de produits radioactifs), PAN (articles pour pansement) ;
- LUN (monture optique), VER (verres optiques), OPT (optique médicale à proprement dit).

3. disparités de consommation pharmaceutique

Parmi les 5 459 participants à l'enquête, 4 361 personnes ont été appariées dans les fichiers de personnes EPAS et ESPS.

En un an, 80 % des personnes ont consommé de la pharmacie : 78 % des hommes et 82 % des femmes ont eu des consommations pharmaceutiques.

Chaque personne engendre une dépense effective moyenne annuelle de 1 363 francs, dont 1 323 francs¹³ de dépense reconnue et 39 francs de médicaments non remboursés, ce dernier montant étant évidemment largement sous estimé par rapport à la consommation totale de médicaments non remboursables.

Sur ces 1 363 francs, l'Assurance maladie rembourse 998 francs, soit un taux moyen de remboursement de 73 %.

3.1 La consommation selon l'âge et le sexe

[Cf. Tableau n° 6 en annexe 1]

La variation du taux de consommateurs, comme de la dépense par personne protégée en fonction de l'âge présente le profil habituel de toute variation de dépense de santé selon l'âge.

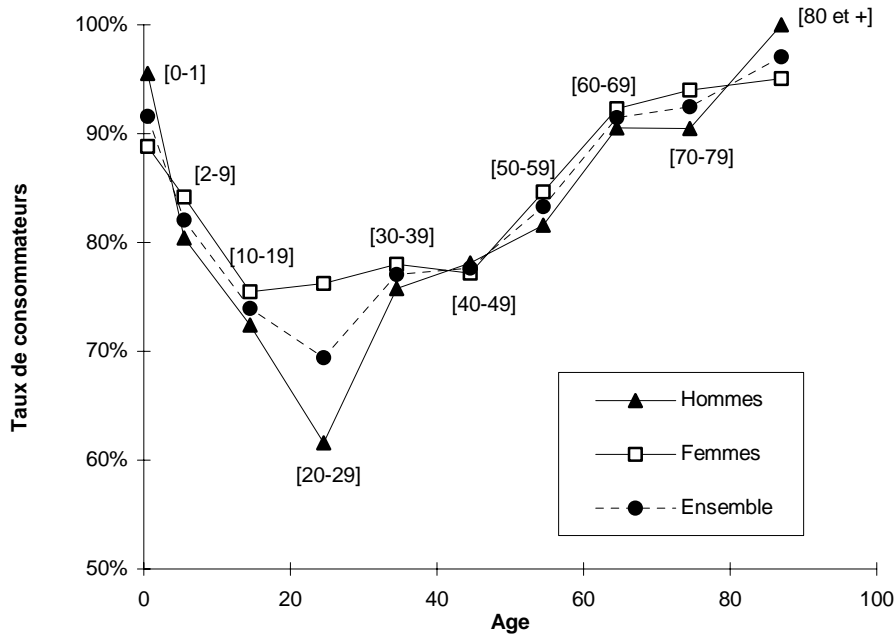
3.1.1 Le taux de consommateurs de pharmacie

Tous âges confondus, le taux de consommateurs en 1992 est de 80 %. Il varie fortement avec l'âge. Elevé chez les jeunes enfants, puis relativement bas entre 20 et 29 ans, il croît régulièrement à partir de cet âge. Celui des enfants de moins de 2 ans est de 92 % et au-delà de 80 ans, le taux de consommateurs en 1992 est de 97 %. Ainsi, les très jeunes enfants (moins de 2 ans) sont presque tous consommateurs de produits pharmaceutiques, comme les personnes âgées (Cf. Graphique n° 3)

Les femmes, à certaines tranches d'âge, sont en moyenne plus nombreuses à présenter au remboursement de la pharmacie en 1992 que les hommes (82 % des femmes et 78 % des hommes). Cette différence tient essentiellement à la période de fécondité, l'écart entre les hommes et les femmes étant observé de façon nette entre 20 et 39 ans

¹³ La dépense reconnue par personne protégée s'élève à 1 323 francs alors que le chiffre publié par la CNAMTS correspond à 1 433 francs par personne. Cette sous-estimation globale de 7,7 % est sans doute concentrée sur les plus gros consommateurs de soins qui nous échappent le plus souvent dans l'enquête.

Graphique n° 3 graph6 (depense3.xls)
Taux de consommateurs en un an en pharmacie selon l'âge et le sexe

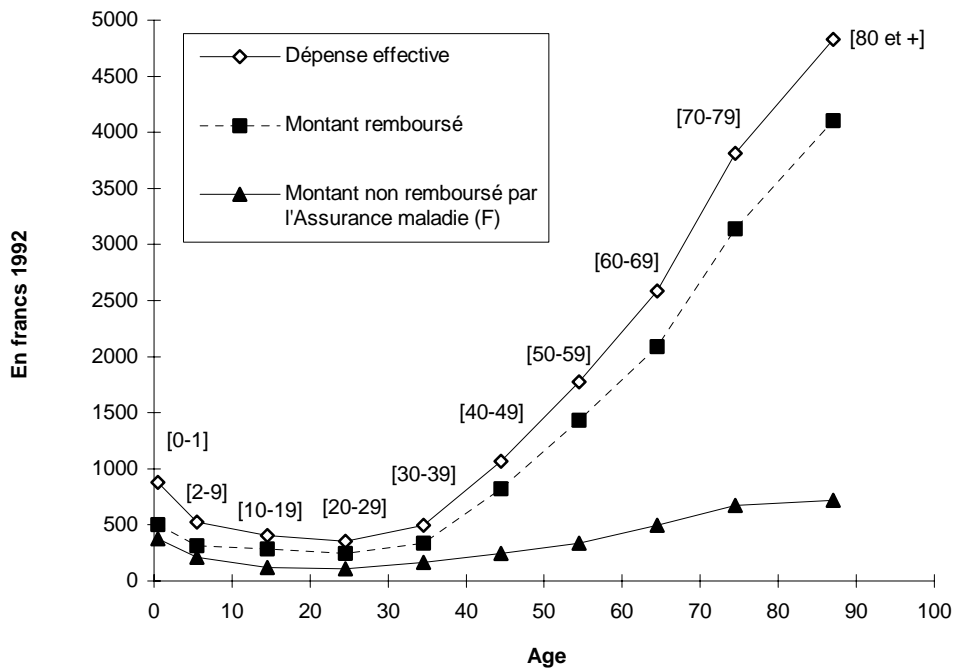


Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

3.1.2 La dépense effective selon l'âge et le sexe

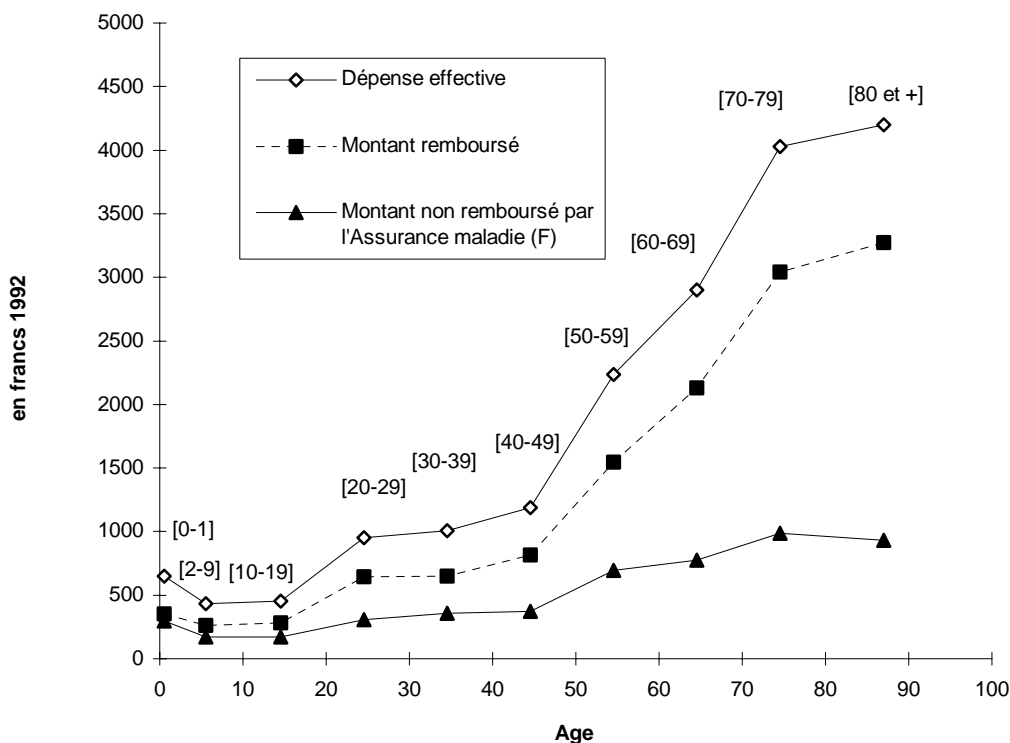
La dépense effective moyenne par personne protégée est de 1 363 francs pour les produits pharmaceutiques en 1992. Elle varie fortement avec l'âge. Ainsi, un enfant entre 2 et 9 ans induit une dépense de 484 francs par personne pour les produits pharmaceutiques alors qu'une personne de plus de 80 ans a une dépense de 4 458 francs. (Cf. Graphique n° 4 et Graphique n° 5).

Graphique n° 4 graph8 (depense3.xls)
Dépense moyenne en pharmacie par personne protégée et par an pour les hommes selon l'âge (F)



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

Graphique n° 5 graph9 (depense3.xls)
Dépense moyenne en pharmacie par personne protégée et par an pour les femmes selon l'âge (F)



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

Une autre façon d'exprimer les écarts de consommation selon l'âge est de comparer le poids des tranches d'âge en effectif et en dépense.

Ainsi les personnes de 60 ans ou plus représentent 19 % de la population, et leur dépense pharmaceutique représente 46 % de la dépense pharmaceutique totale. En revanche, les personnes de moins de 40 ans représentent 56 % de la population totale et leur dépense pharmaceutique représente 25 % de la dépense pharmaceutique totale.

Tableau n° 2 [pharmacie (depense3.xls)]
Dépenses pharmaceutiques en fonction de l'âge

	Effectif de population	Effectif cumulé de population	% de population cumulé par âge croissant	Somme de la dépense de pharmacie	Somme cumulée de la dépense de pharmacie	% cumulée de la dépense de pharmacie
< 2 ans	182	182	2,45%	134 756	134 756	1,33%
2-9 ans	835	1 017	13,68%	403 896	538 652	5,31%
10-19 ans	956	1 973	26,53%	410 766	949 418	9,37%
20-29 ans	1 000	2 973	39,98%	669 598	1 619 016	15,98%
30-39 ans	1 165	4 138	55,65%	934 497	2 553 513	25,20%
40-49 ans	1 066	5 204	69,98%	1 206 045	3 759 558	37,10%
50-59 ans	821	6 025	81,02%	1 665 819	5 425 378	53,53%
60-69 ans	782	6 807	91,54%	2 148 350	7 573 728	74,73%
70-79 ans	464	7 271	97,78%	1 827 135	9 400 863	92,76%
>=80 ans	165	7 436	100,00%	733 781	10 134 644	100,00%

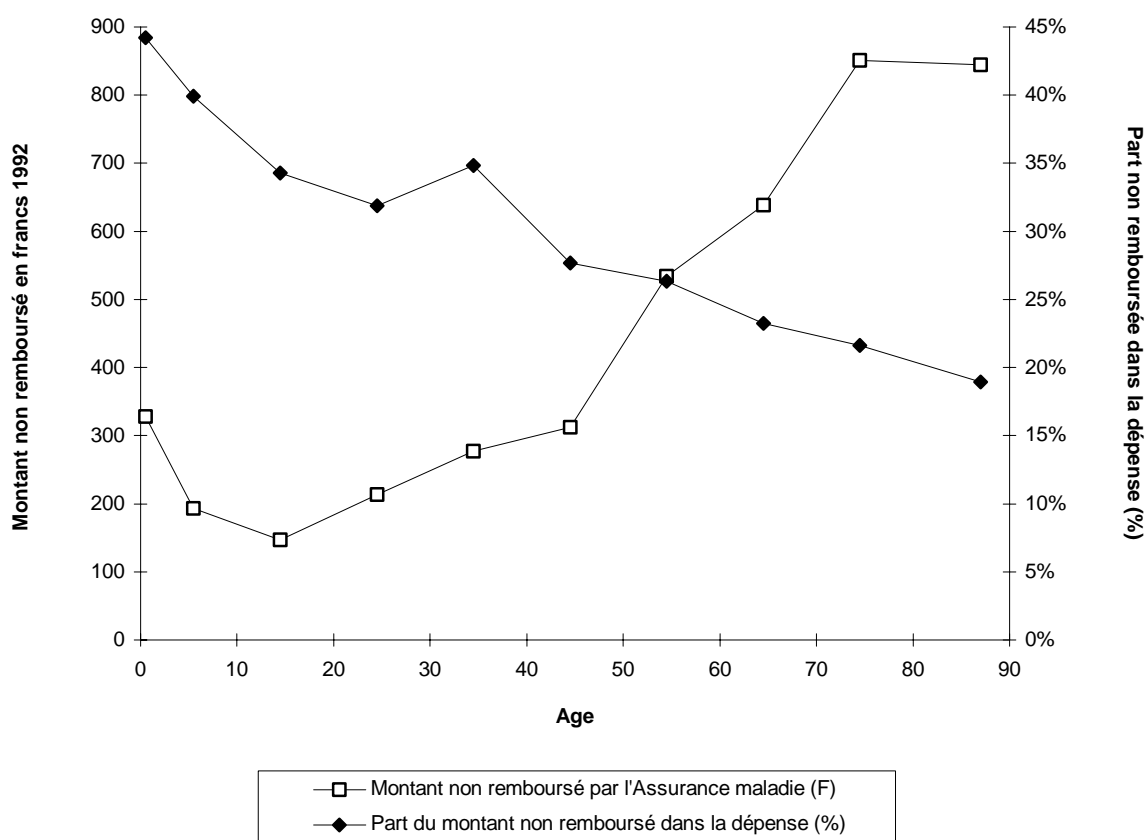
Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

3.1.3 Le taux de prise en charge selon l'âge et le sexe

En 1992, le taux moyen de prise en charge par l'Assurance maladie calculé sur les seuls produits présentés au remboursement s'élève à 73 % (998 francs sur 1 363 francs sont remboursés). Chez les hommes, ce taux est de 78 %, tandis que celui des femmes est de 70 %.

Le taux moyen de remboursement augmente avec l'âge. Néanmoins, comme la dépense totale augmente encore plus rapidement, le montant restant à la charge des personnes est plus élevée en valeur absolue lorsque l'âge augmente : il passe de 147 francs pour une personne de 10 à 19 ans à 849 francs pour une personne de plus de 70 ans (Cf. Graphique n° 6).

Graphique n° 6 graph16 (depense3.xls)
Montant moyen annuel par personne protégée non pris en charge par l'Assurance maladie (F) et part correspondante dans la dépense effective (%) selon l'âge pour la pharmacie

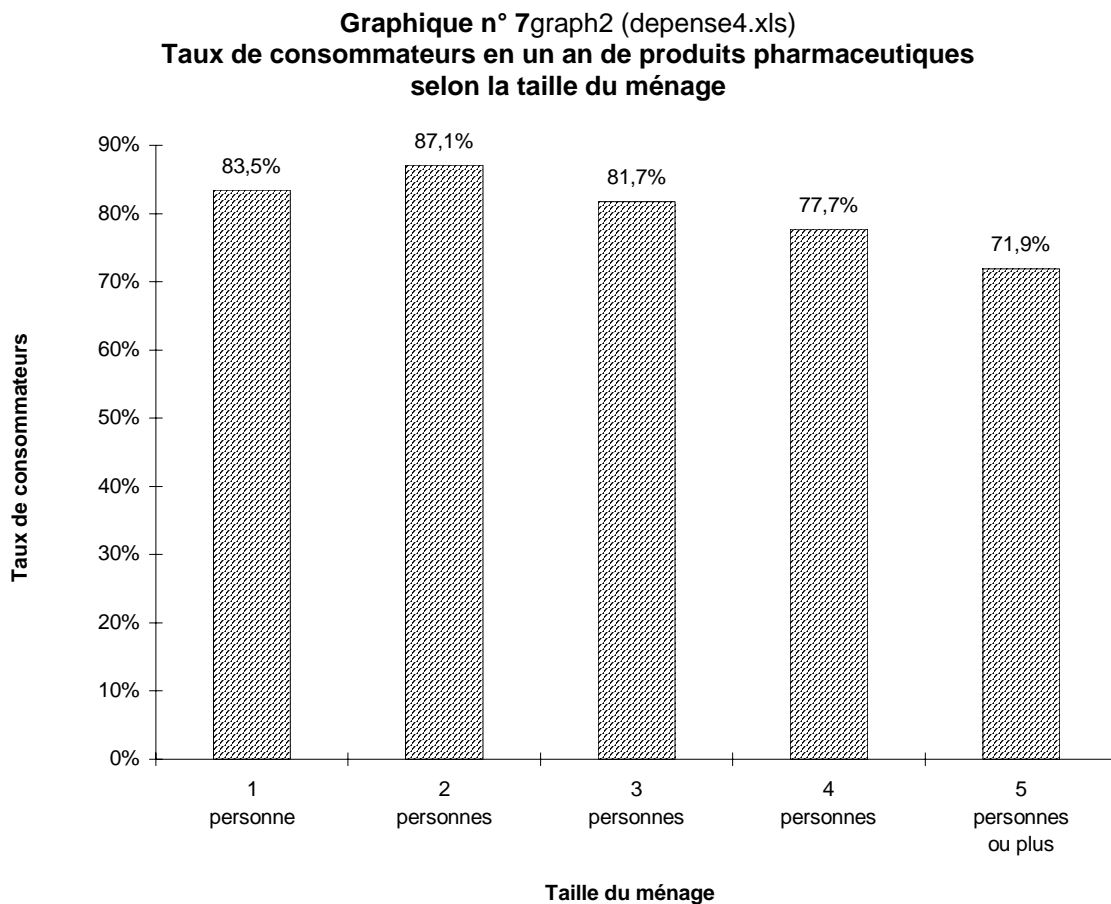


Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

3.2 La consommation selon la taille du ménage

[Cf. Tableau n° 7 en annexe 1]

On obtient les mêmes résultats pour toutes les consommations de soins. Au fur et à mesure que la taille du ménage augmente, le taux de consommateurs décroît avec un maximum pour les ménages de 2 personnes. En effet, il est de 87 % pour les individus issus de ménages composés de 2 personnes et est de 72 % pour les ménages composés de 5 personnes ou plus (Cf. Graphique n° 7).

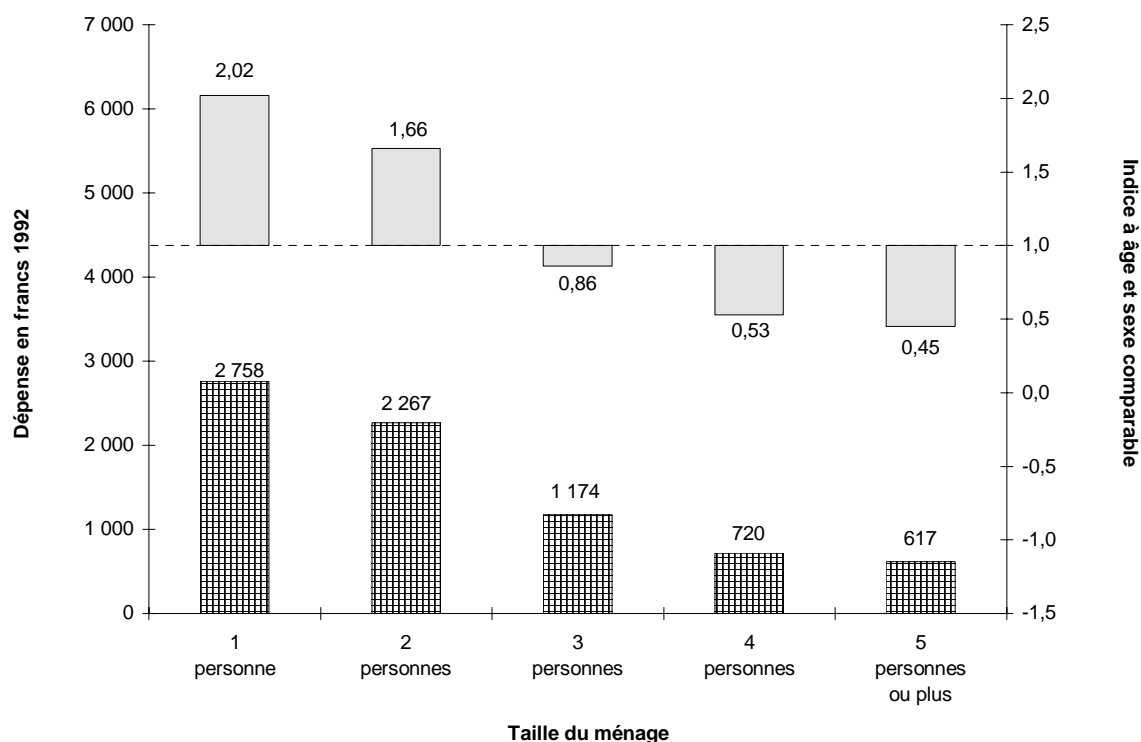


Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

La dépense moyenne par personne diminue quand la taille du ménage croît. Les membres des ménages d'une personne ont en moyenne une dépense s'élevant à 2 758 francs par personne, tandis que cette dépense atteint 617 francs pour les membres de ménages composés de 5 personnes ou plus.

Après avoir éliminé l'influence de l'âge et du sexe, on observe les mêmes écarts de dépense par rapport à la moyenne. Si l'indice à âge et sexe comparable¹⁴ est noté est noté 1 pour la population totale, il est de 2,02 pour les personnes issues de ménage composé d'une personne, alors qu'il est de 0,45 pour les personnes issues de ménages de 5 personnes ou plus (Cf. Graphique n° 8).

Graphique n° 8graph2 (indage.xls)
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon la taille du ménage



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

¹⁴ Le sexe et l'âge sont dans la plupart des types de soins, les deux principaux facteurs de disparités. Quand on examine les dépenses d'une population à celle d'une autre population servant de référence (population totale), la standardisation indirecte consiste à comparer la dépense observée dans la population à la dépense attendue dans cette même population si elle avait une dépense par âge et sexe identique à celle de la population de référence. Ainsi on élimine la part des disparités de dépense dépendant de la structure par âge et sexe pour montrer l'effet propre dû à une autre variable socio-démographique.

3.3 La consommation selon le milieu social

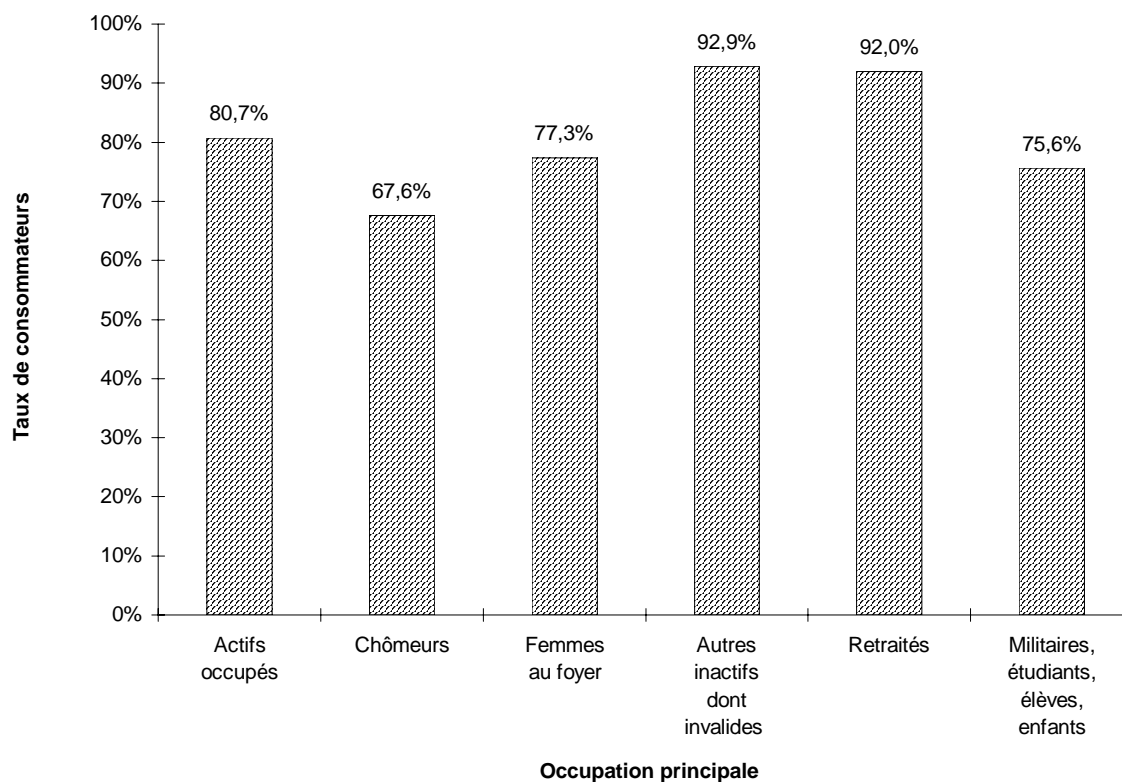
[Cf. Tableau n° 8 en annexe 1]

3.3.1 L'occupation principale de la personne

68 % des chômeurs ont présenté de la pharmacie au remboursement alors que ce taux est de 81 % pour les actifs occupés.

La catégorie des « autres inactifs » comprend les inactifs pour raison de santé. Les personnes appartenant à cette catégorie ont, comme on pouvait s'y attendre, un taux de consommateurs de produits pharmaceutiques élevé : 93 %, soit un taux très proche de celui des retraités (92 %) (Cf. Graphique n° 9).

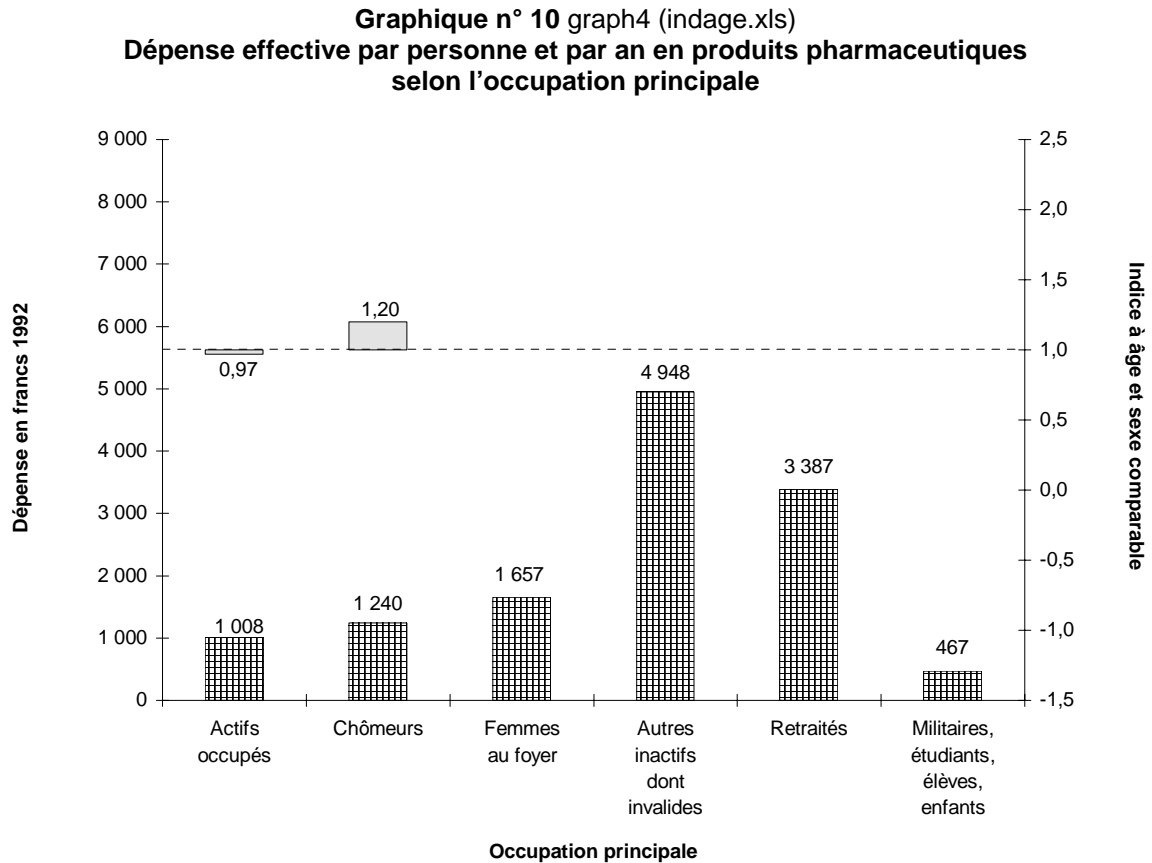
Graphique n° 9graph4 (depense4.xls)
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon l'occupation principale



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

La dépense effective moyenne par personne protégée en 1992 est de 1 240 francs pour les chômeurs et de 1 008 francs pour les personnes exerçant une profession (Cf. Graphique n° 10). Les chômeurs ont une dépense moyenne supérieure de 20 % à celle des personnes exerçant une profession.

Cet écart est inchangé après élimination de l'effet de l'âge et du sexe. Les chômeurs ont un indice de 1,20 et celui des personnes exerçant une profession est de 0,97.

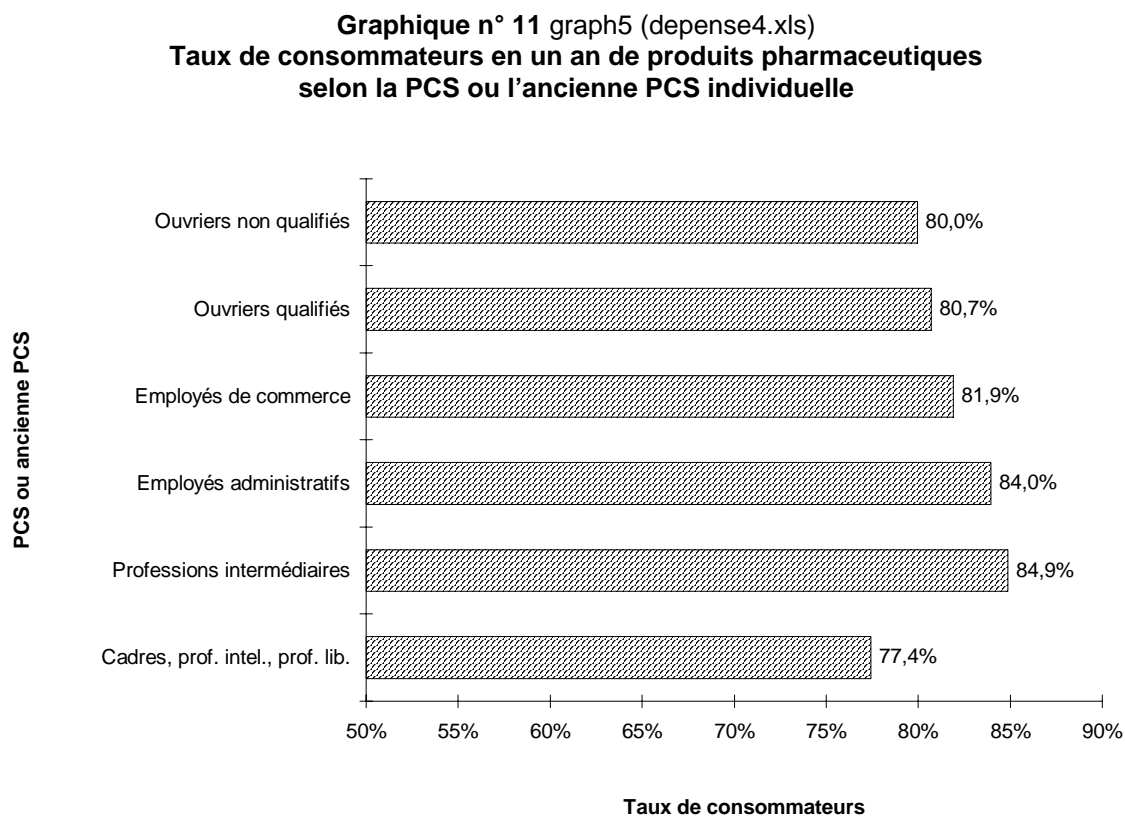


Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

3.3.2 La profession ou dernière profession de la personne

Il ne sera fait aucune analyse des agriculteurs et des artisans-commerçants en raison des effectifs trop limités et de leur non représentativité dans l'échantillon¹⁵.

77 % des cadres et 85 % des professions intermédiaires ont perçu des remboursements de pharmacie en 1992 (Cf. Graphique n° 11).



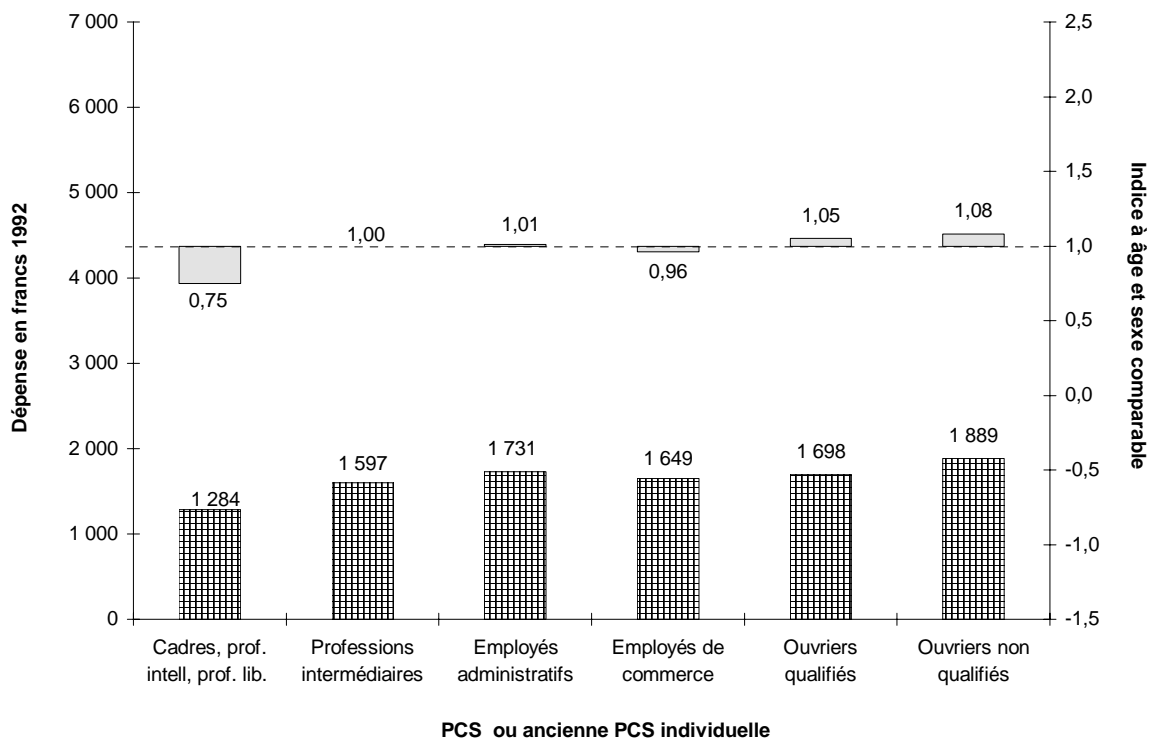
Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

¹⁵ En 1992, seuls les ménages dont l'assuré est au Régime général sont représentés dans l'enquête. CANAM et MSA y sont inclus respectivement à partir de 1995 et 1996. Depuis 1996, l'échantillon est interrégime.

Les dépenses effectives moyennes annuelles par personne protégée relatives à la pharmacie sont maximales pour les ouvriers non qualifiés et les employés administratifs (respectivement 1 889 francs et 1 731 francs par personne) et minimales pour les cadres (1 284 francs par personne).

Après élimination de l'effet de l'âge et du sexe, l'écart significatif concerne les cadres avec des dépenses inférieures de 25 % à la moyenne. Pour les autres catégories, les écarts varient seulement de -4 % à 8 % par rapport à la moyenne (Cf. Graphique n° 12).

Graphique n° 12 graph5 (indage.xls)
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon la PCS ou l'ancienne PCS individuelle



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

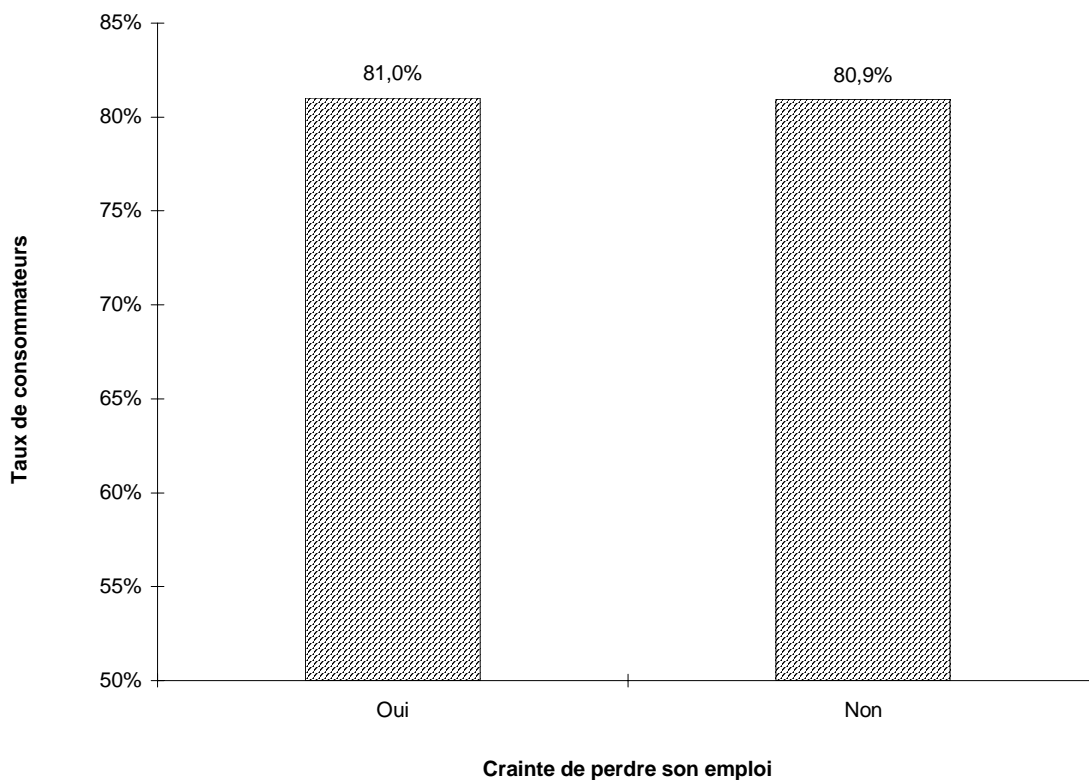
3.3.3 La crainte de perdre son emploi

[Cf. Tableau n° 9 en annexe 1]

Au cours de l'enquête, il est demandé aux individus exerçant une profession s'ils craignent de perdre leur emploi. 15% des personnes actives et enquêtées sont dans ce cas.

Le taux de consommateurs ne varie pas selon la crainte ou non de perdre son emploi : dans les deux situations, 81 % des personnes ont perçu des remboursements relatifs à de la pharmacie (Cf. Graphique n° 13).

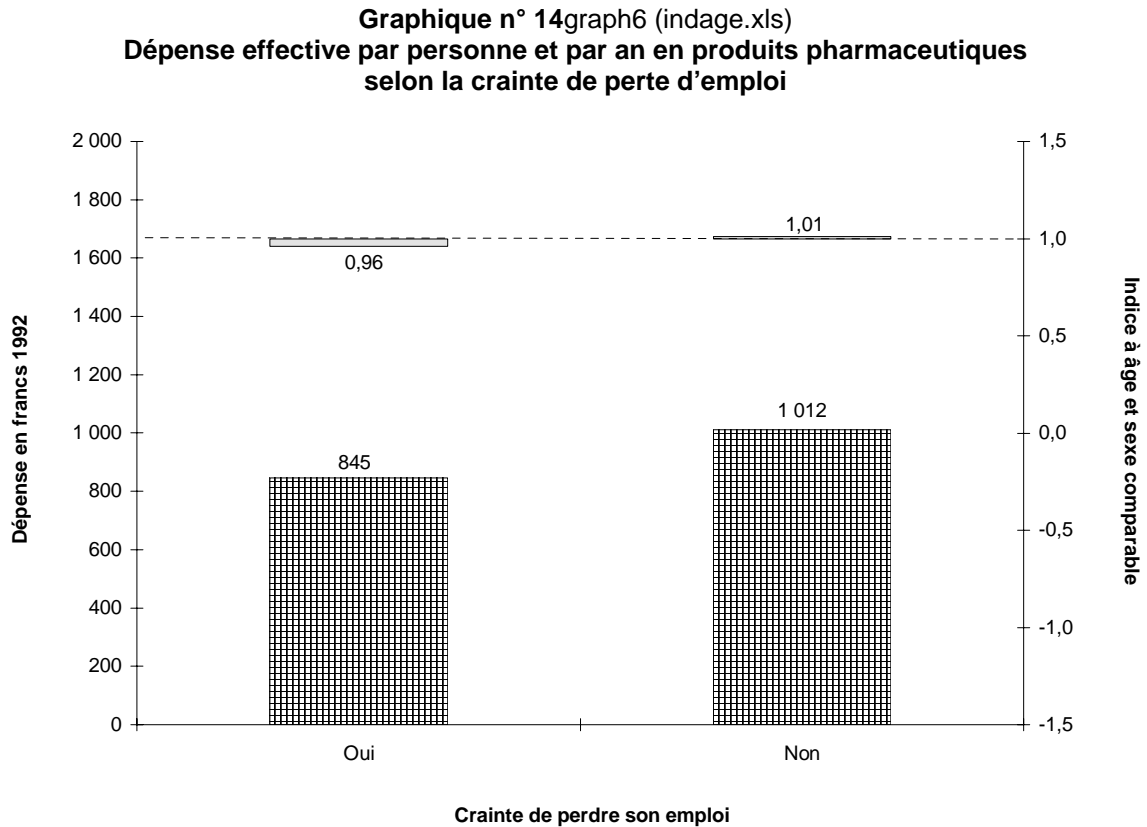
Graphique n° 13 graph6 (depense4.xls)
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques
selon la crainte ou non de perdre son emploi



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

Les personnes qui craignent une perte d'emploi ont une dépense de 845 francs par personne en 1992 ; en revanche, les personnes qui ne se déclarent pas en situation précaire ont une dépense de 1 012 francs par personne.

L'écart se réduit après redressement selon l'âge et le sexe. Les personnes qui se déclarent en situation précaire ont une dépense inférieure de 4 % à la moyenne de l'ensemble (Cf. Graphique n° 14).



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

3.4 La consommation selon le niveau de couverture sociale

[Cf. Tableau n° 12 en annexe 1]

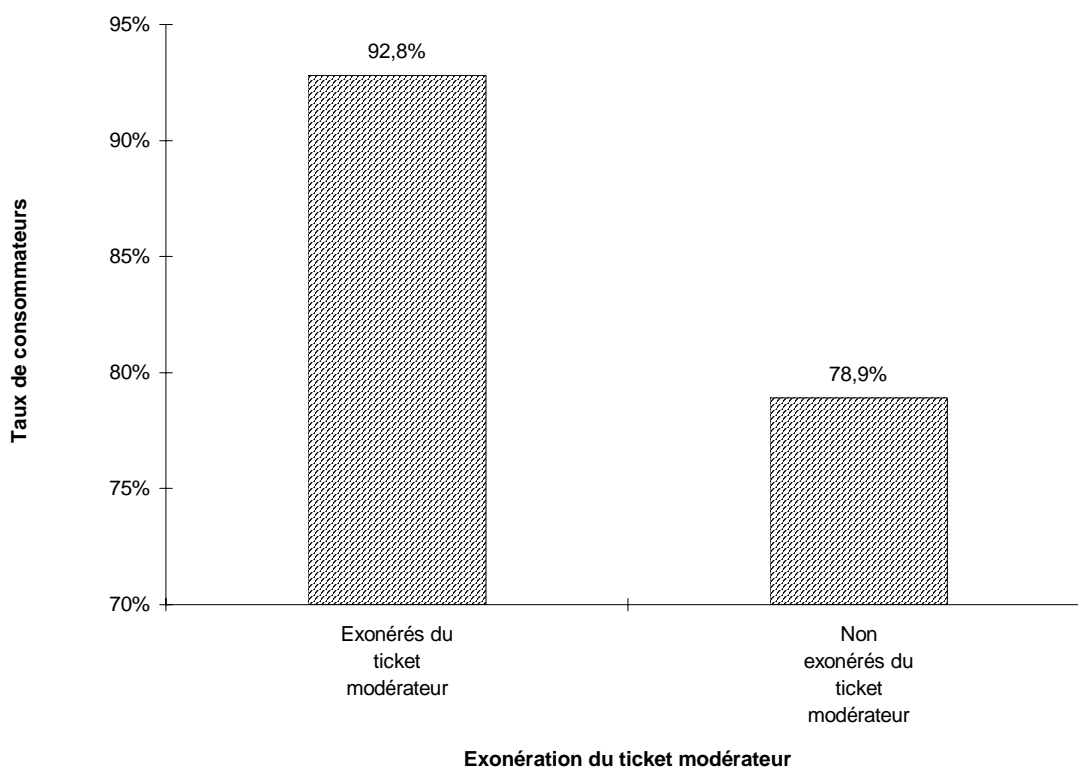
Dans certains cas, les personnes sont prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie : ils sont exonérés du ticket modérateur dans 10 % des cas.

Ils peuvent également souscrire à des assurances complémentaires qui résultent d'une démarche individuelle ou collective dans le cadre de l'activité professionnelle : 86 % bénéficient d'une couverture complémentaire en 1992.

3.4.1 L'exonération du ticket modérateur

L'exonération étant liée à la morbidité, on pouvait s'attendre au résultat suivant : 93 % des personnes exonérées du ticket modérateur et 79 % des personnes non exonérées du ticket modérateur ont bénéficié de remboursements de prescriptions pharmaceutiques au moins une fois au cours de l'année 1992 (Cf. Graphique n° 15).

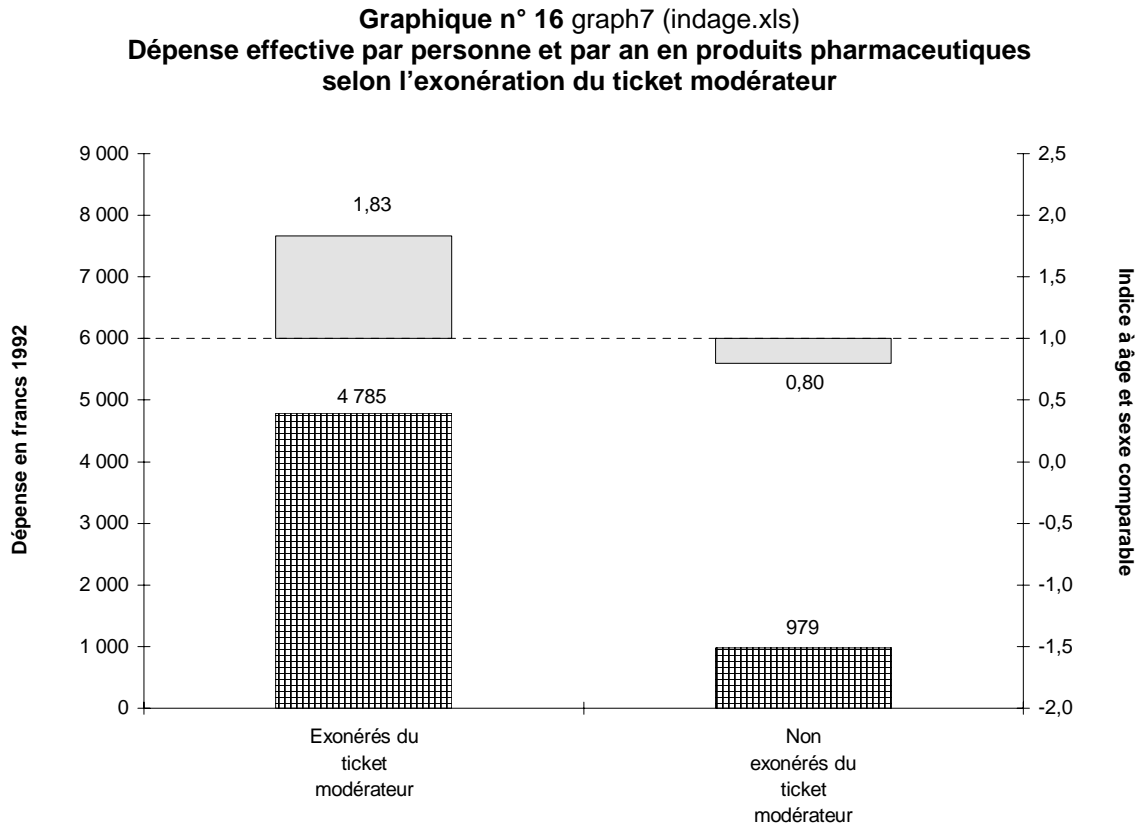
Graphique n° 15graph7 (depense4.xls)
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon l'exonération du ticket modérateur



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

La dépense effective moyenne annuelle par personne protégée concernant les personnes exonérées du ticket modérateur est cinq fois supérieure à celle des personnes non exonérées, respectivement 4 785 francs et 979 francs.

A âge et sexe comparables, les personnes bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur ont une dépense supérieure de 83 % à la moyenne. Les personnes non exonérées ont une dépense inférieure de 20 % à la moyenne de l'ensemble de la population appariée (Cf. Graphique n° 16).



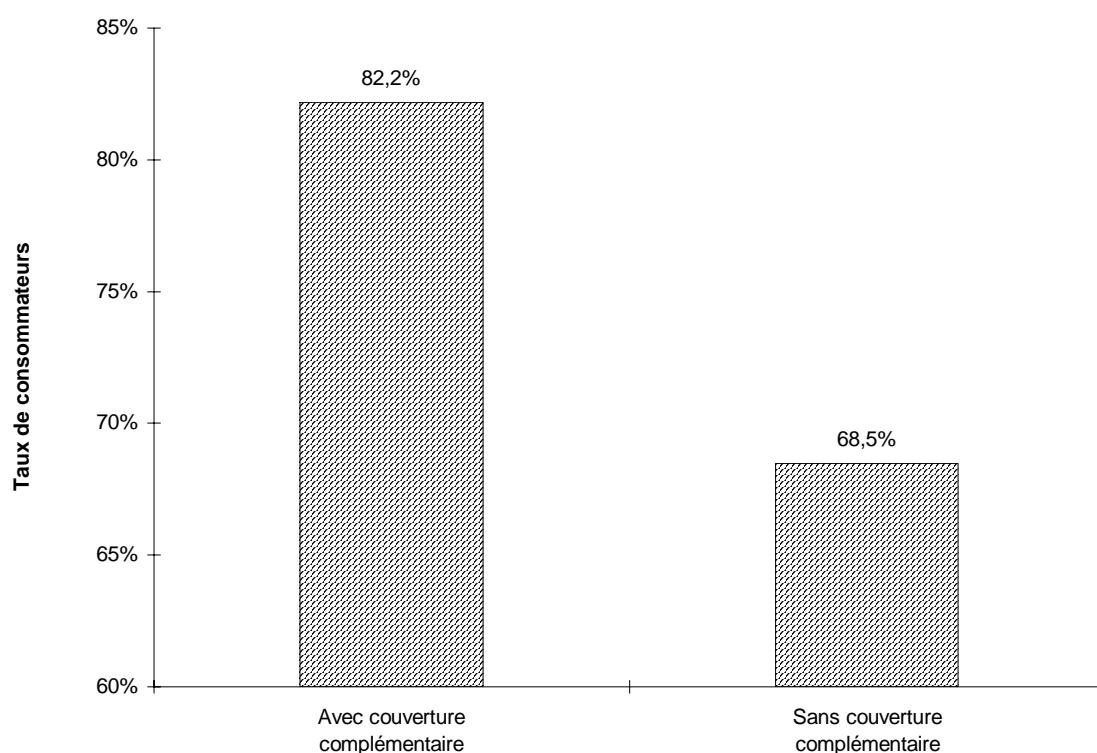
Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

3.4.2 La couverture complémentaire maladie

On observe une consommation de pharmacie moins importante chez les personnes ne disposant pas d'une couverture complémentaire.

En 1992, 82 % des personnes disposant d'une couverture complémentaire et seulement 68 % des personnes ne disposant pas d'une couverture complémentaire ont été remboursées de prescriptions pharmaceutiques (Cf. Graphique n° 17).

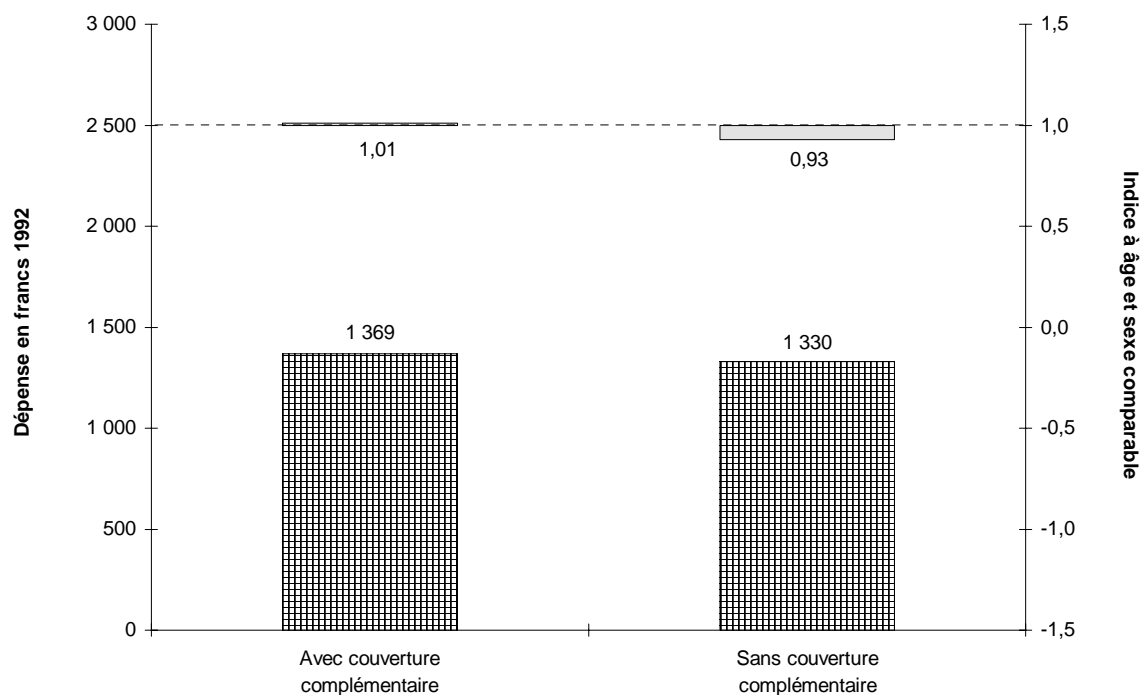
Graphique n° 17 graph8 (depense4.xls)
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques
selon la couverture complémentaire



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

A âge et sexe comparables, les personnes non bénéficiaires d'une couverture complémentaire ont une dépense effective moyenne annuelle de 7 % inférieure à la moyenne de l'ensemble de la population. (Cf. Graphique n° 18)

Graphique n° 18 [indage.xls-graph8]
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon la couverture complémentaire



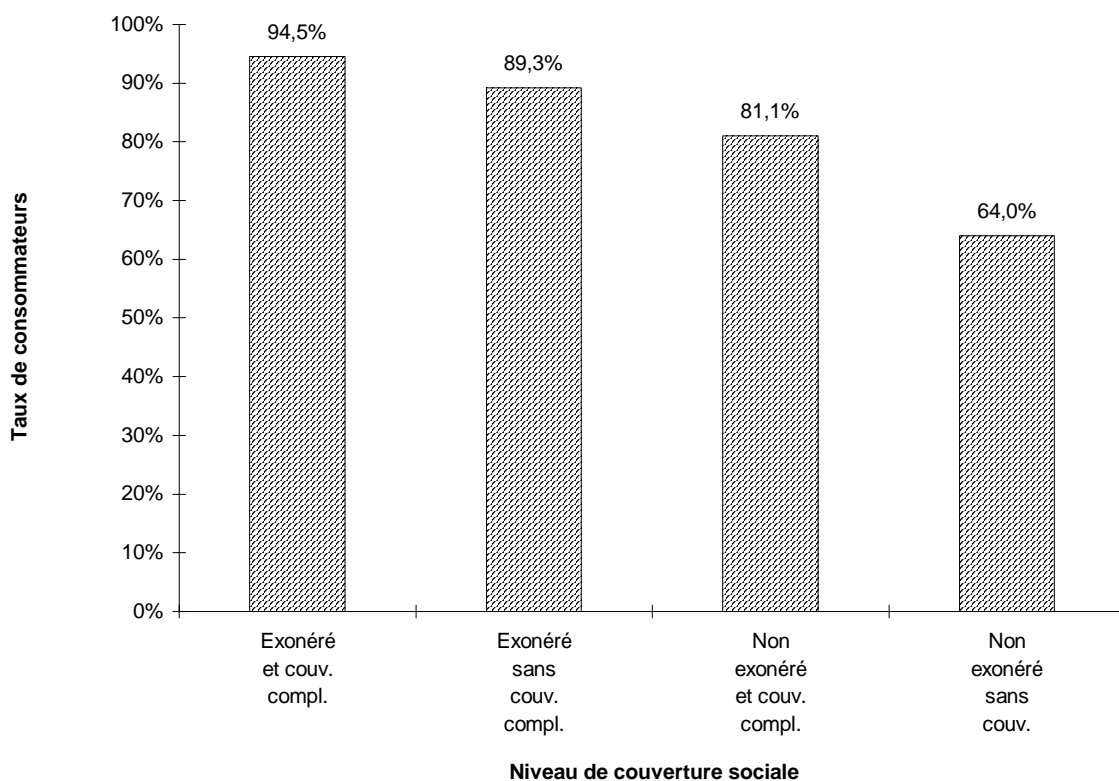
Source : Appariement ESPS - EPAS 1992

Il est intéressant de décomposer la population en croisant les deux critères : exonération du ticket modérateur et couverture complémentaire

Chez les personnes exonérées du ticket modérateur, la proportion des personnes bénéficiaires d'une couverture complémentaire, bien qu'inférieure au reste de la population, est élevée contrairement à ce que l'on pouvait penser : 75 % des exonérés du ticket modérateur ont une couverture complémentaire.

En un an, 64 % des personnes non exonérées et sans couverture complémentaire ont été remboursées suite à des prescriptions de pharmacie. En revanche, 94 % des personnes exonérées et couvertes par une complémentaire maladie ont été remboursées suite à des prescriptions de pharmacie (Cf. Graphique n° 19).

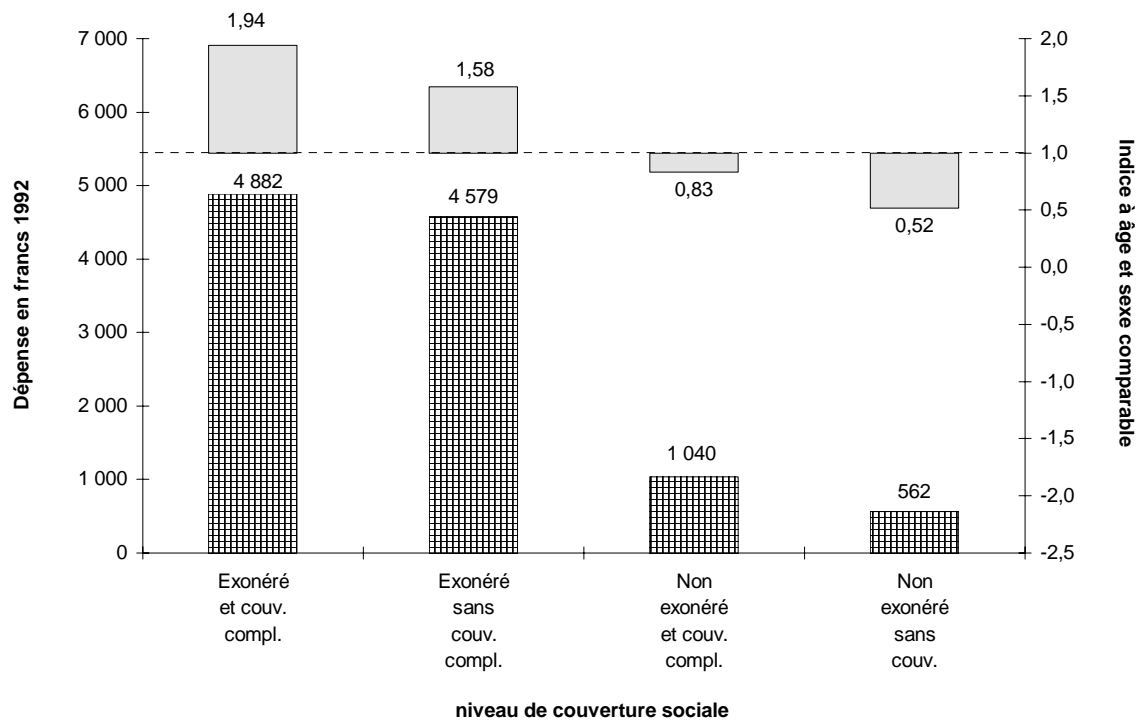
Graphique n° 19 graph10 (depense4.xls)
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon le niveau de couverture sociale



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

A âge et sexe comparables, les personnes exonérées du ticket modérateur ont une dépense effective moyenne annuelle par personne protégée significativement supérieure à celle des personnes non exonérées. Parmi ces dernières, la dépense des non bénéficiaires d'une couverture complémentaire est supérieure de 58 % à la dépense de l'ensemble alors que les bénéficiaires d'une couverture complémentaire ont une dépense supérieure de 94 % à celle de l'ensemble. De même, parmi les non exonérés du ticket modérateur, ceux qui ne bénéficient pas d'une complémentaire maladie ont une dépense inférieure à ceux qui en bénéficient : leurs indices respectifs sont 0,52 et 0,83 (Cf. Graphique n° 20).

Graphique n° 20 graph10 (indage.xls)
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques
selon le niveau de couverture sociale



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

3.5 La consommation selon l'état de santé

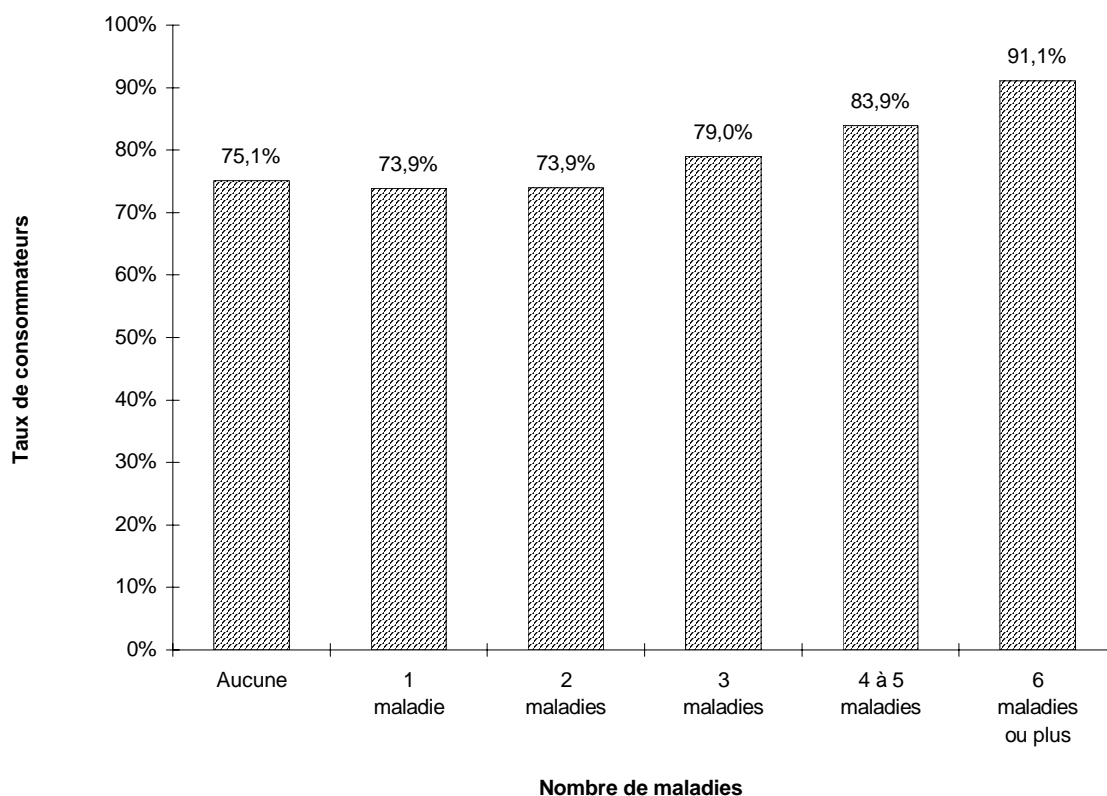
[Cf. Tableau n° 10 en annexe 1]

3.5.1 Le nombre de maladies déclarées par personne au premier jour de l'enquête

Le taux de consommateurs de produits pharmaceutiques varie en fonction du nombre de maladies déclaré au premier jour de l'enquête .

75 % des personnes qui ne déclarent aucune maladie un jour donné et 91 % des personnes qui déclarent 6 maladies ou plus ont consommé au moins une fois dans l'année des produits pharmaceutiques (Cf. Graphique n° 21).

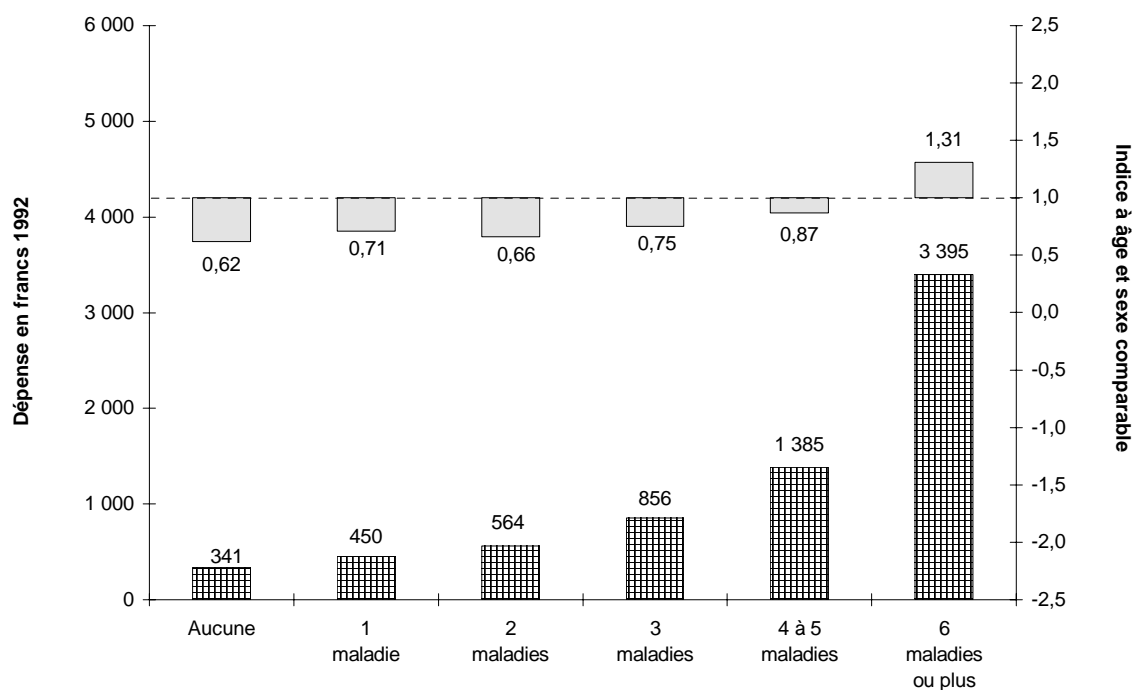
Graphique n° 21 graph11 (depense4.xls)
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon le nombre de maladies déclarées au premier jour de l'enquête



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

Comme le taux de consommateurs, la dépense par personne augmente avec le nombre de maladies déclarées au premier jour de l'enquête. La dépense de ceux qui déclarent 6 maladies ou plus est de 31 % supérieure à celle de l'ensemble (Cf. Graphique n° 22).

Graphique n° 22graph11 (indage.xls)
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon le nombre de maladies déclarées au premier jour de l'enquête

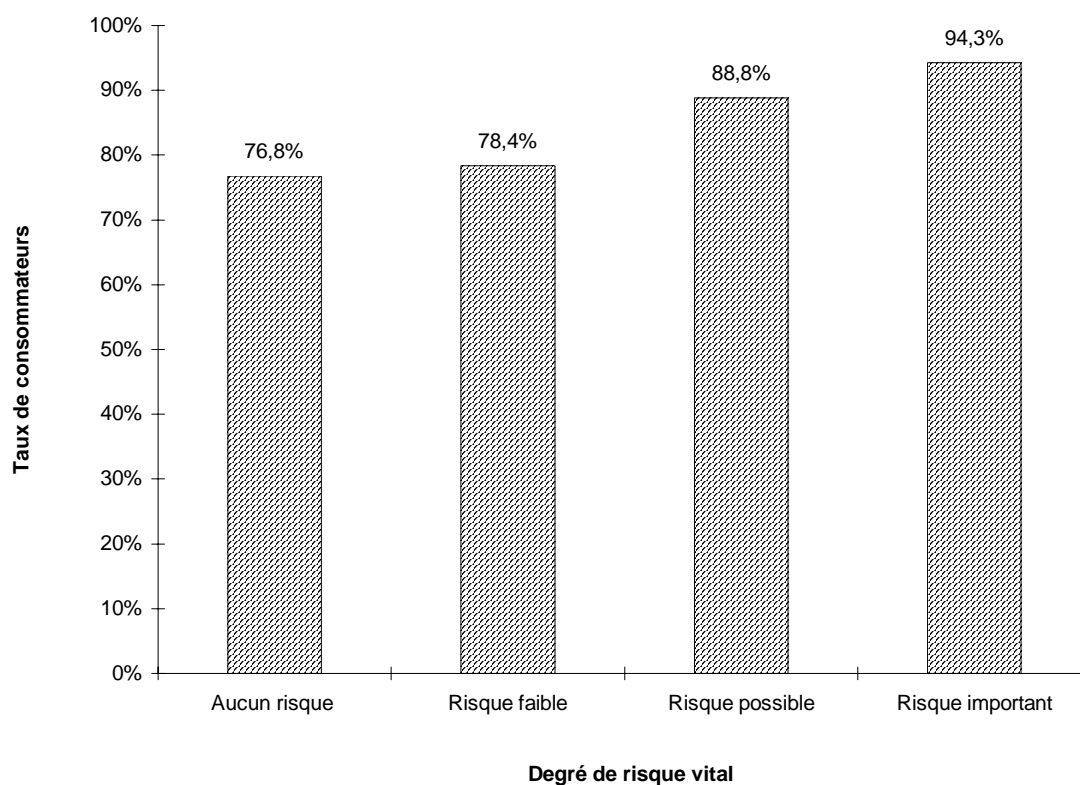


Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

3.5.2 Le degré de risque vital

Plus le pronostic vital est mauvais, plus le taux de consommateurs de produits pharmaceutiques est élevé : 77 % des personnes qui ne présentent aucun risque et 89 % de celles qui ont un « risque péjoratif » très faible lors de l'enquête. Ce taux est de 94 % pour ceux qui ont un risque « probablement mauvais » ou « sûrement mauvais » (Cf. Graphique n° 23).

Graphique n° 23 graph12 (depense4.xls)
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon le degré de risque vital

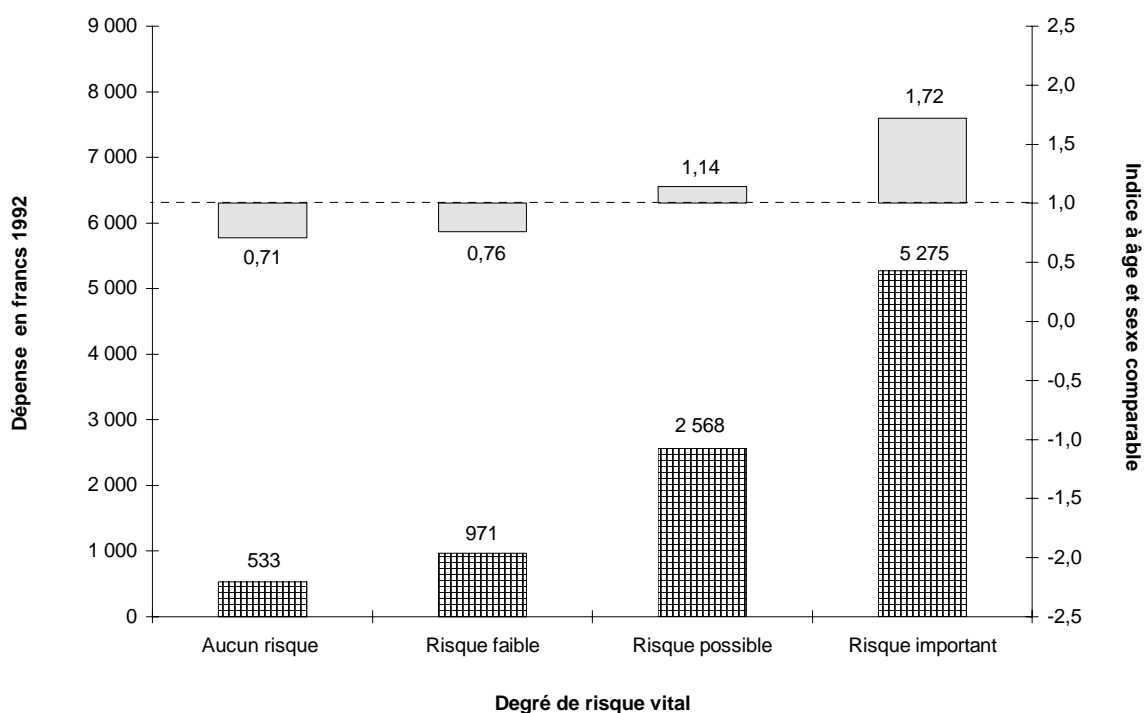


Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

La dépense effective moyenne annuelle par personne protégée de produits pharmaceutiques augmente en fonction du niveau de risque vital, passant de 533 francs pour les personnes n'ayant aucun indice de risque vital à 5 275 francs pour les personnes ayant un risque important sur le plan vital.

A âge et sexe comparables, les personnes ayant un risque important sur le plan vital ont une dépense moyenne annuelle par personne protégée supérieur de 72 % à celle de l'ensemble de la population. En revanche, les personnes ayant un risque sur le plan vital faible ont une dépense inférieure de 24 % à la moyenne de l'ensemble (Cf. Graphique n° 24).

Graphique n° 24 graph12 (indage.xls)
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon le degré de risque vital

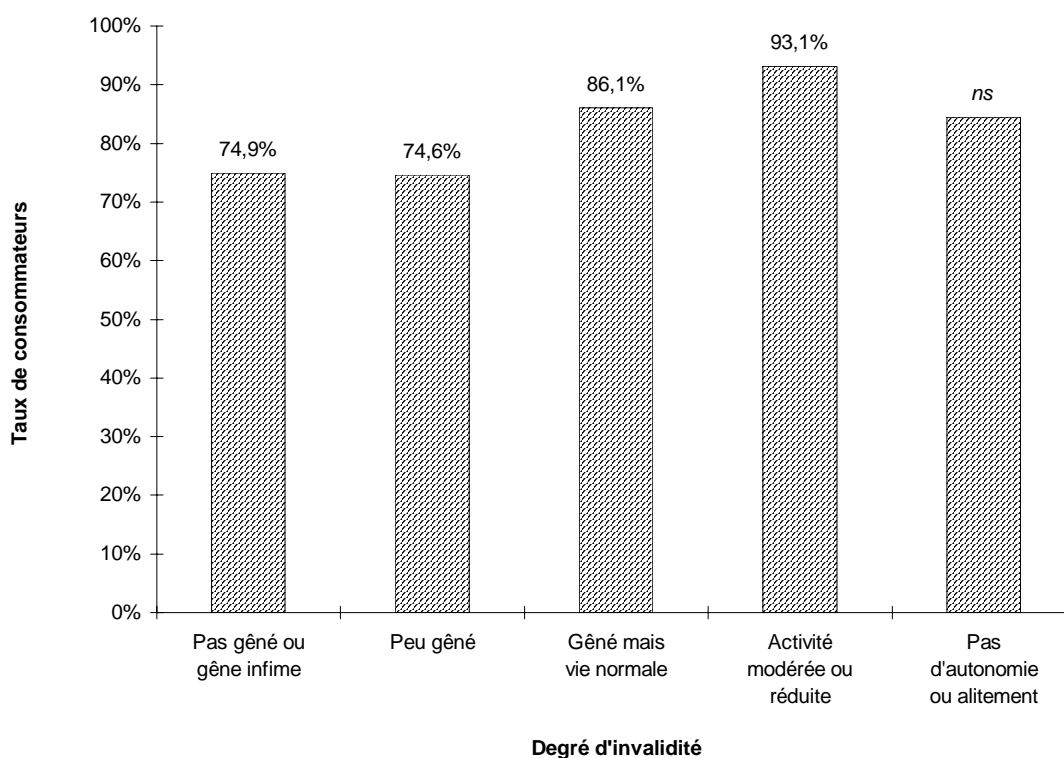


Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

3.5.3 Le degré d'invalidité

Le taux de consommateurs de produits pharmaceutiques augmente également avec le degré d'invalidité. 75 % des personnes qui ne sont pas ou peu gênées par leur état de santé et 93 % de ceux qui ont une activité restreinte ou réduite ont perçu au moins un remboursement de produits pharmaceutiques pour lesquels ils ont été remboursés au cours de l'année 1992. Le taux de consommateurs pour les personnes qui n'ont pas d'autonomie est seulement de 84 % ; le faible effectif de cette classe ne nous permet pas de conclure (Cf. Graphique n° 25).

Graphique n° 25 graph13 (depense4.xls)
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques
selon le degré d'invalidité

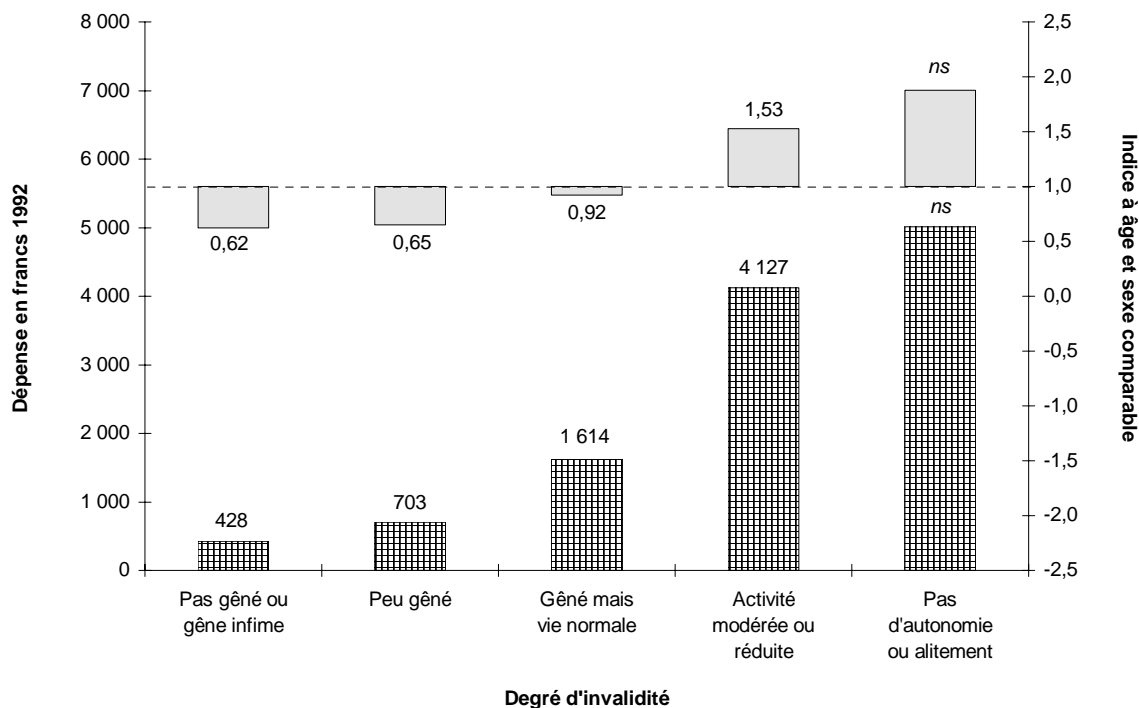


ns = non significatif

Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

A âge et sexe comparables, la dépense effective des personnes ayant une activité modérée est supérieure de 53 % à la moyenne de l'ensemble (Cf. Graphique n° 26).

Graphique n° 26 graph13 (indage.xls)
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon le degré d'invalidité



ns = non significatif

Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

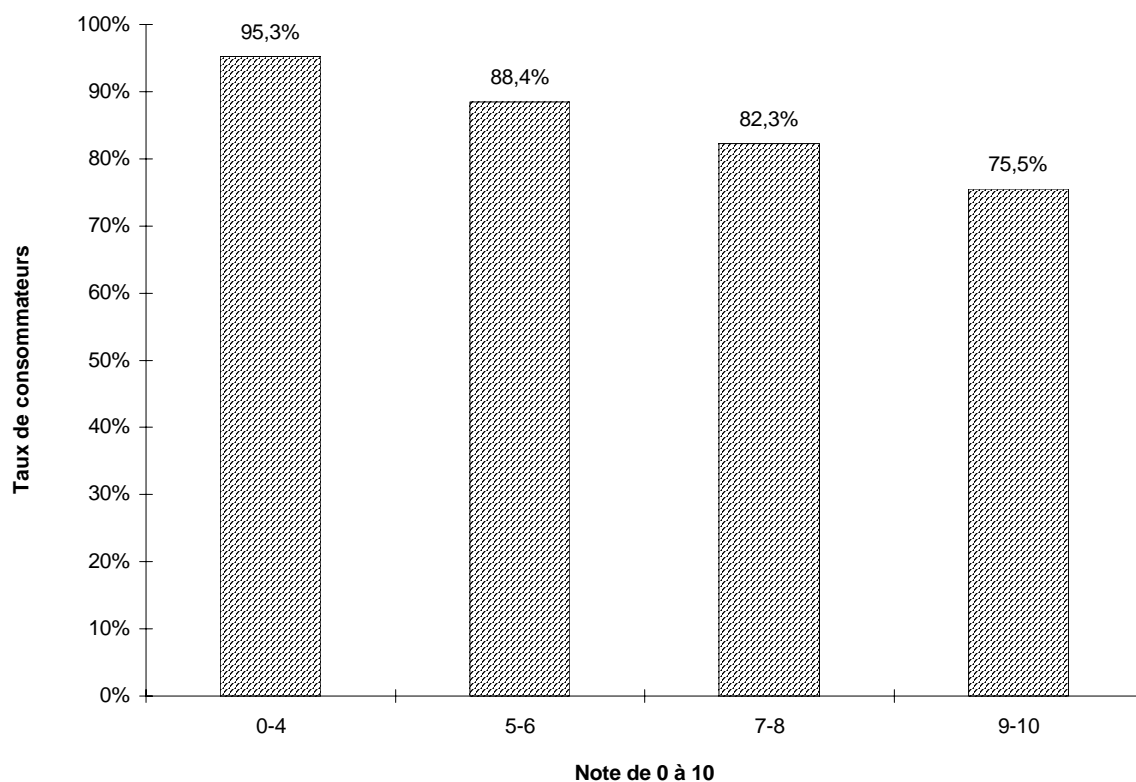
3.5.4 L'état de santé ressenti par la personne (noté entre 0 et 10)

[Cf. Tableau n° 11 en annexe 1]

Au cours de l'enquête, il est demandé à chaque personne d'estimer son état de santé en le notant de 0 à 10 (0 en très mauvaise santé et 10 en excellente santé).

Le taux de consommateurs de produits pharmaceutiques diminue lorsque la note augmente. Il est de 95 % pour les personnes ayant une note entre 0 et 4 et de 75% pour ceux qui ont une note entre 9 et 10 (Cf. Graphique n° 27).

Graphique n° 27 graph14 (depense4.xls)
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon l'état de santé ressenti par la personne (noté entre 0 et 10)

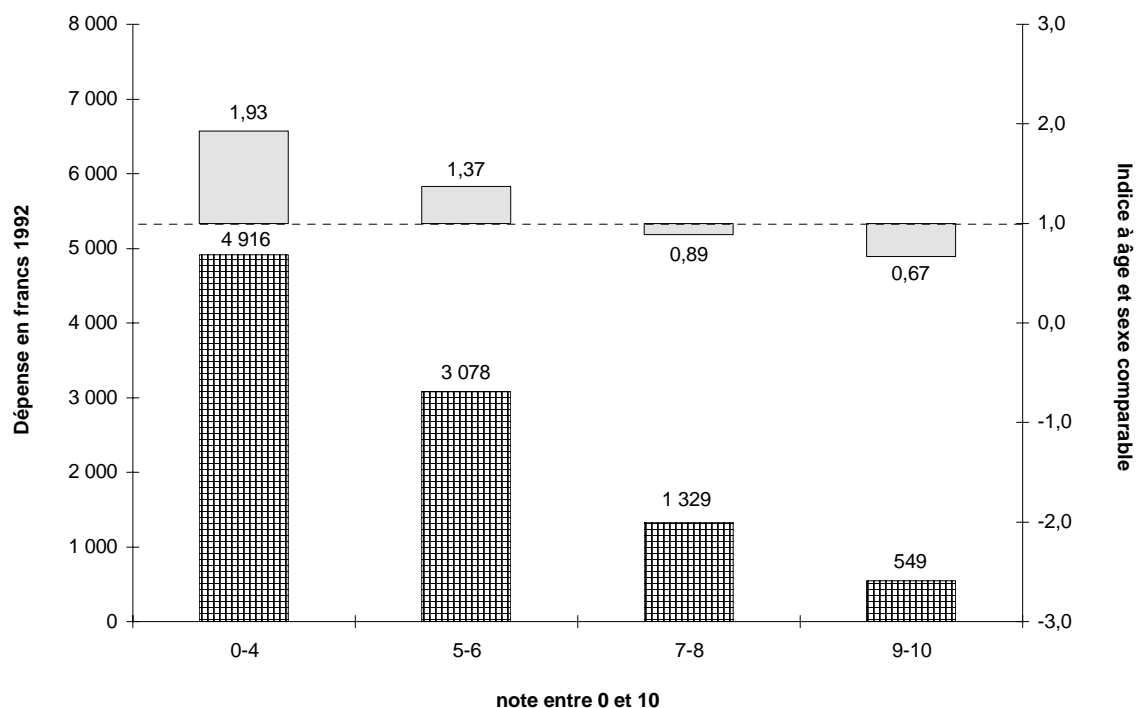


Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

La dépense effective moyenne annuelle par personne protégée augmente lorsque l'état de santé se dégrade. La dépense effective en un an est de 549 francs pour les individus ayant une excellente note et de 4 916 francs pour ceux ayant une note inférieure ou égale à 4.

A âge et sexe comparables, la dépense des individus ayant une note inférieure ou égale à 4 est supérieure de 93 % à celle de l'ensemble. En revanche, ceux qui ont une note entre 7 et 8 ont une dépense effective moyenne inférieure de 11 % à celle de l'ensemble de la population (Cf. Graphique n° 28).

Graphique n° 28 graph14 (indage.xls)
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques
selon l'état de santé ressenti par la personne



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

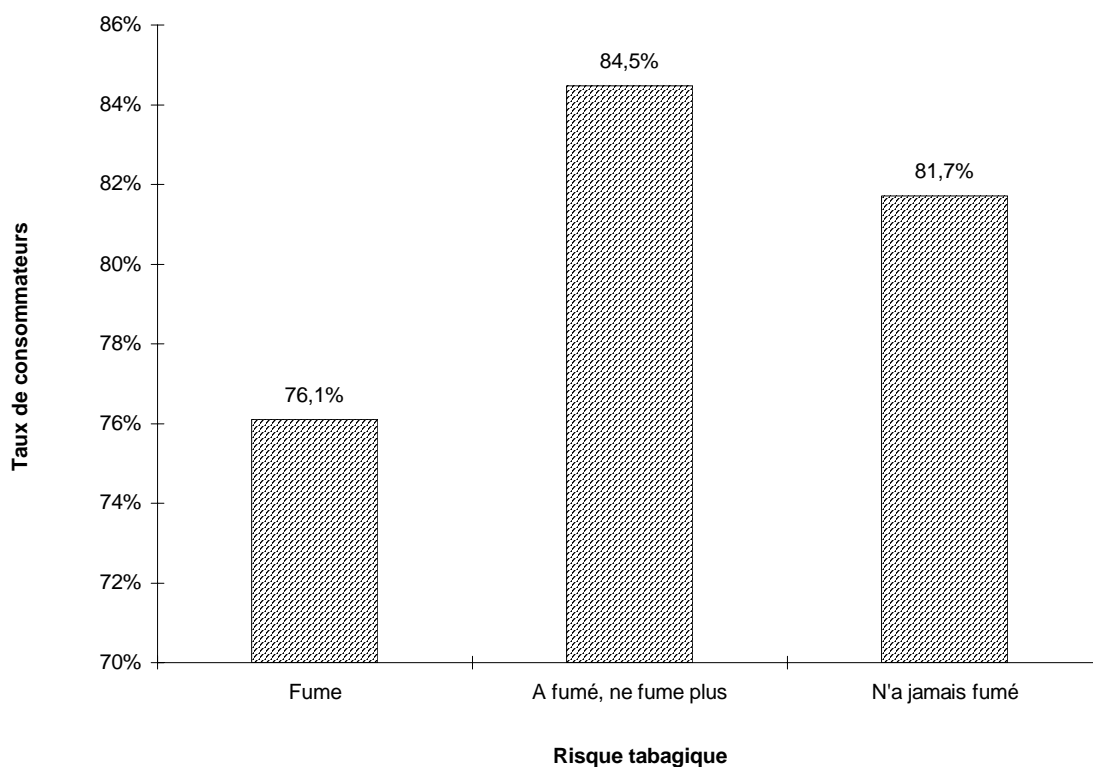
3.5.5 Le risque tabagique

[Cf. Tableau n° 11 en annexe 1]

On obtient le résultat classique selon lequel les fumeurs ont moins de problèmes de santé que les autres, les personnes cessant habituellement de fumer lorsque surviennent les problèmes de santé¹⁶.

Parmi les personnes de 16 ans et plus, le taux de consommateurs des personnes qui ont fumé et qui ne fument plus (85 %) est plus élevé que celui des personnes qui fument au moment de l'enquête ou qui n'ont jamais fumé, respectivement 76 % et 82 % (Cf. Graphique n° 29).

Graphique n° 29 graph15 (depense4.xls)
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon le risque tabagique des 16 ans et plus

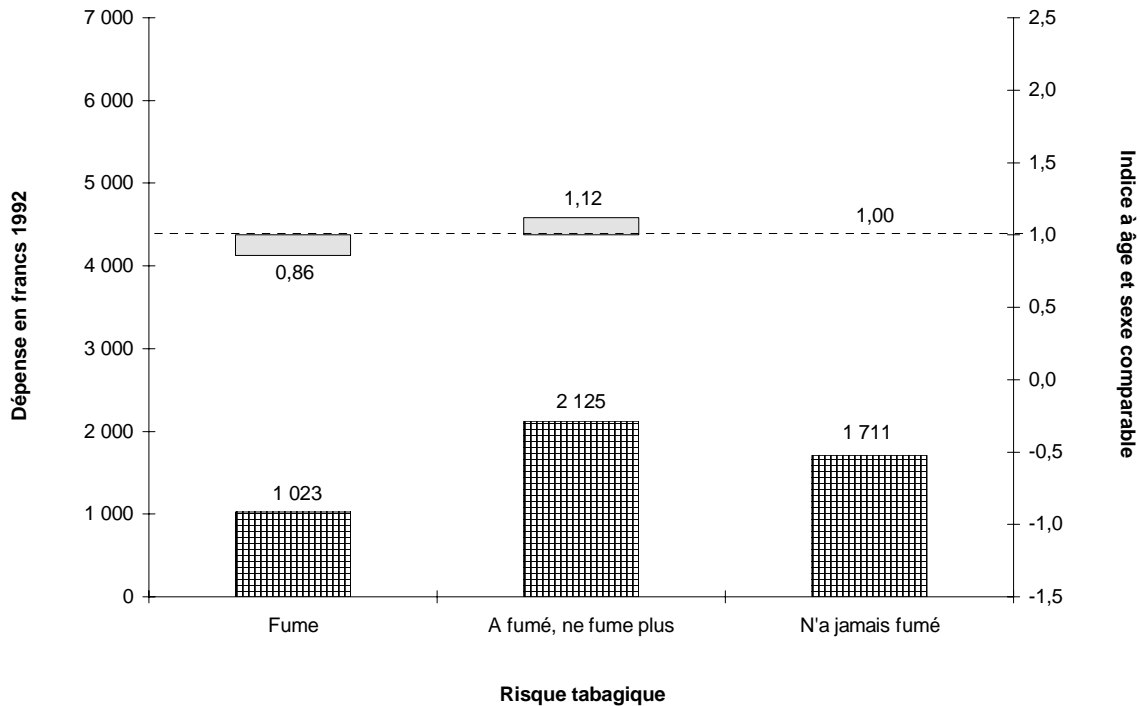


Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

¹⁶ Cf. *Le tabagisme : un défi au danger* CREDES, Biblio n° 939

A âge et sexe comparables, la dépense des personnes qui fument est inférieure de 14 % à celle de l'ensemble de la population. Par contre, les personnes qui déclarent avoir fumé et ne plus fumer ont une dépense supérieure de 12 % (Cf. Graphique n° 30).

Graphique n° 30
graph15 (indage.xls)
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon le risque tabagique des 16 ans et plus



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

3.5.6 Les antécédents d'hospitalisation récente

[Cf. Tableau n° 11 en annexe 1]

Le fait d'avoir subi une hospitalisation récente peut également être considéré comme un indicateur relatif de l'état de santé. Comme on pouvait s'y attendre, la consommation de pharmacie des personnes qui ont eu une hospitalisation au cours des trois mois précédant l'enquête est, en effet, supérieure à celle des personnes non hospitalisées au cours de cette même période .

Les personnes ayant été hospitalisées ont consommé plus souvent de la pharmacie en 1992 (92 % contre 80 % des personnes non hospitalisées) et leur dépense annuelle moyenne s'élève à 2 492 francs contre 1 318 francs pour les personnes non hospitalisées.

A âge et sexe comparables, la dépense des personnes hospitalisées au cours des trois mois précédant l'enquête est supérieure de 49 % à celle de l'ensemble de la population.

4. disparités de consommation d'optique médicale

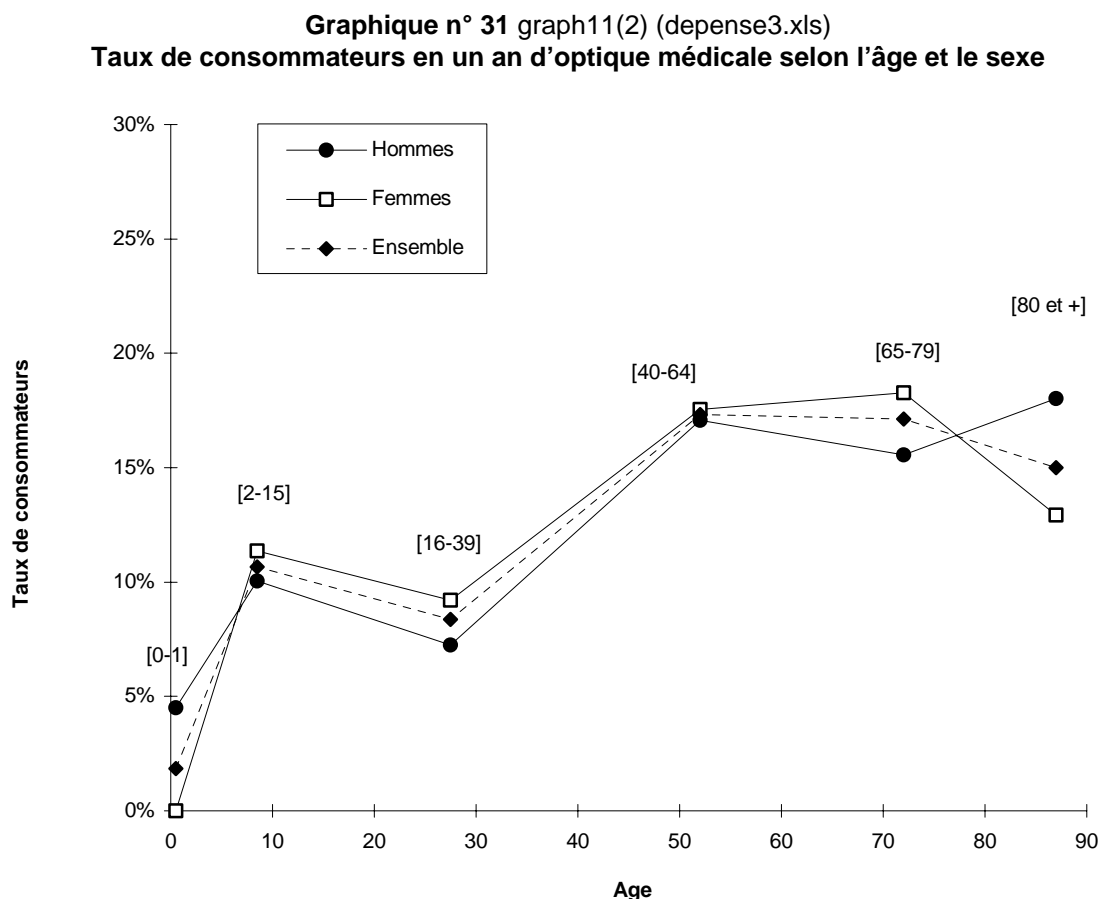
L'optique médicale fait partie des consommations dont la prise en charge par l'Assurance maladie est la plus faible. Il est d'autant plus intéressant d'étudier le taux de consommateurs d'optique médicale ainsi que la dépense en fonction de critères socio-économiques.

4.1 La consommation selon l'âge et le sexe

[Cf. Tableau n° 13 en annexe 2]

4.1.1 Le taux de consommateurs d'optique médicale

Le taux de consommateurs d'optique médicale varie fortement avec l'âge. Bien entendu, les plus jeunes enfants sont rarement consommateurs d'optique. Ce taux s'élève à 11 % chez les enfants entre 2 et 15 ans, puis présente un minimum de 8 % chez les personnes entre 16 et 39 ans. Ensuite, il double et reste stable autour de 17 % chez les personnes âgées entre 40 et 79 ans. Enfin, il baisse à peine au-delà de 80 ans (15 %). Sur une année, les taux de consommateurs des hommes et des femmes présentent globalement la même évolution en fonction de l'âge (Cf. Graphique n° 31).



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

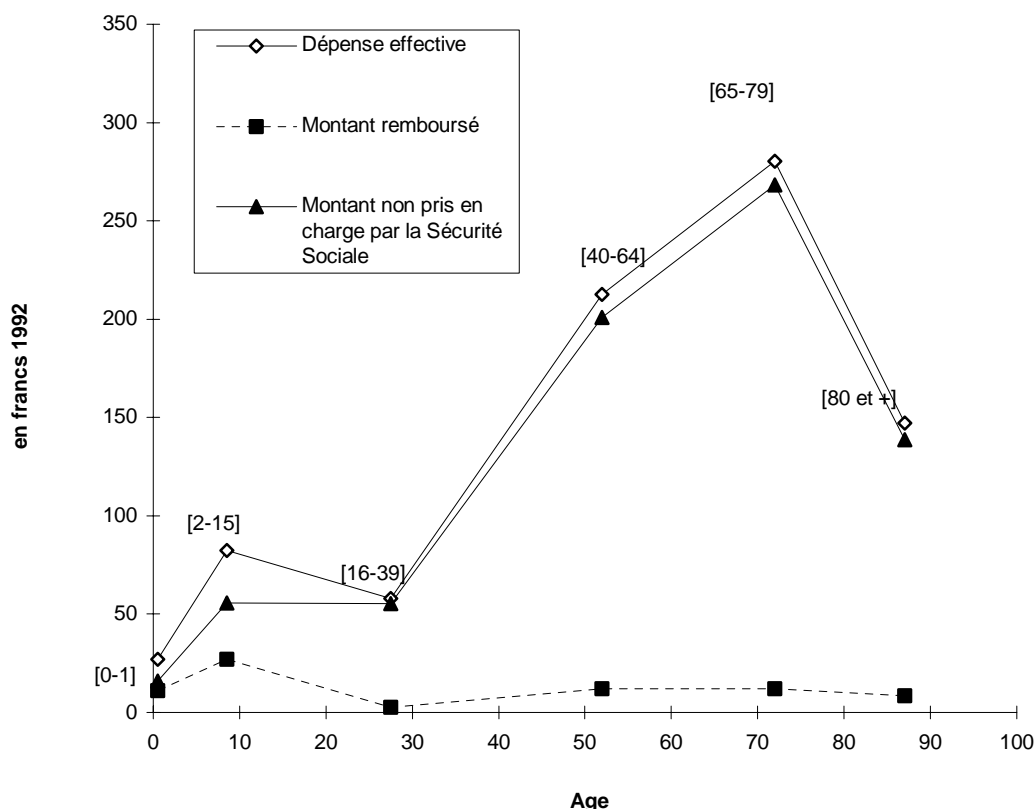
4.1.2 La dépense effective selon l'âge et le sexe

On raisonnera dans la suite de ce rapport, comme pour la pharmacie, en terme de dépense par personne protégée. Cette notion de dépense moyenne par personne protégée revêt une signification limitée compte tenu de la concentration de la dépense sur un faible pourcentage de personnes. Ainsi la dépense effective moyenne par personne protégée de 142 francs résulte d'un taux de consommateurs de 12,5 % et d'une dépense moyenne par consommateur de 1 132 francs. Néanmoins, cette notion de dépense par personne protégée a été maintenue dans la mesure où c'est une nouvelle donnée disponible grâce à l'appariement des données.

La dépense effective moyenne annuelle d'optique médicale par personne protégée varie fortement avec l'âge : elle est faible chez le jeune enfant, puis elle augmente entre 2 et 15 ans. Ensuite, après un creux entre 16 et 39 ans, elle croît jusqu'à 79 ans comme le taux de consommateurs.

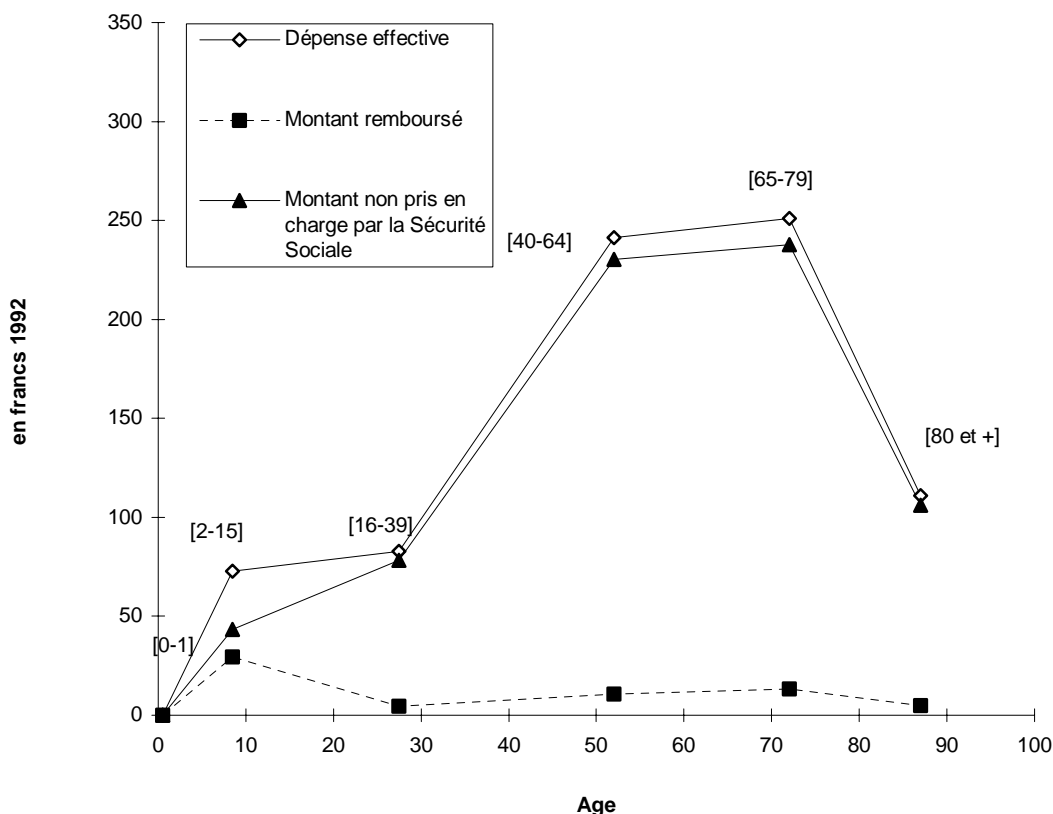
Après une période de correction visuelle des enfants pendant leur scolarité, correspondant aussi à l'apparition des troubles de la réfraction les plus courants, on observe un creux chez les adultes jeunes ; certaines gênes se stabilisent dont les hypermétropies légères. Puis, entre 40 à 79 ans, les presbyties font tripler et quadrupler les dépenses moyennes. Au-delà de 80 ans, les dépenses s'infléchissent fortement tant chez les hommes que chez les femmes.

Graphique n° 32 graph13(2) (depense3.xls)
Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée et par an selon l'âge pour les hommes (F)



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

Graphique n° 33 graph14(2) (depense3.xls)
Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée et par an
selon l'âge pour les femmes (F)



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

Une autre façon d'exprimer les écarts de consommation selon l'âge est de comparer le poids des tranches d'âge en effectif et en dépense. Ainsi les personnes de plus de 40 ans représentent 44 % de la population et leur dépense d'optique médicale représente 72 % de la dépense d'optique médicale totale. Les personnes de moins de 40 ans représentent 56 % de la population totale et leur dépense d'optique médicale représente 28 % de la dépense médicale totale (Cf. Tableau 3).

Tableau n° 3 optique médicale (2) (depense3.xls)
Concentration des dépenses d'optique médicale en fonction de l'âge

	Effectif de population	Effectif cumulé de population	% de population cumulé	Somme de la dépense effective en optique	Somme cumulée de la dépense effective en optique	% cumulée de la dépense en optique
< 2 ans	182	182	2,45%	2 011	2 011	0,19%
2-15 ans	1 468	1 650	22,19%	114 387	116 398	11,01%
16-39 ans	2 489	4 139	55,65%	178 934	295 332	27,93%
40-64 ans	2 351	6 490	87,27%	535 135	830 466	78,54%
65-79 ans	783	7 273	97,79%	206 195	1 036 662	98,04%
>=80 ans	165	7 437	100,00%	20 752	1 057 414	100,00%

Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

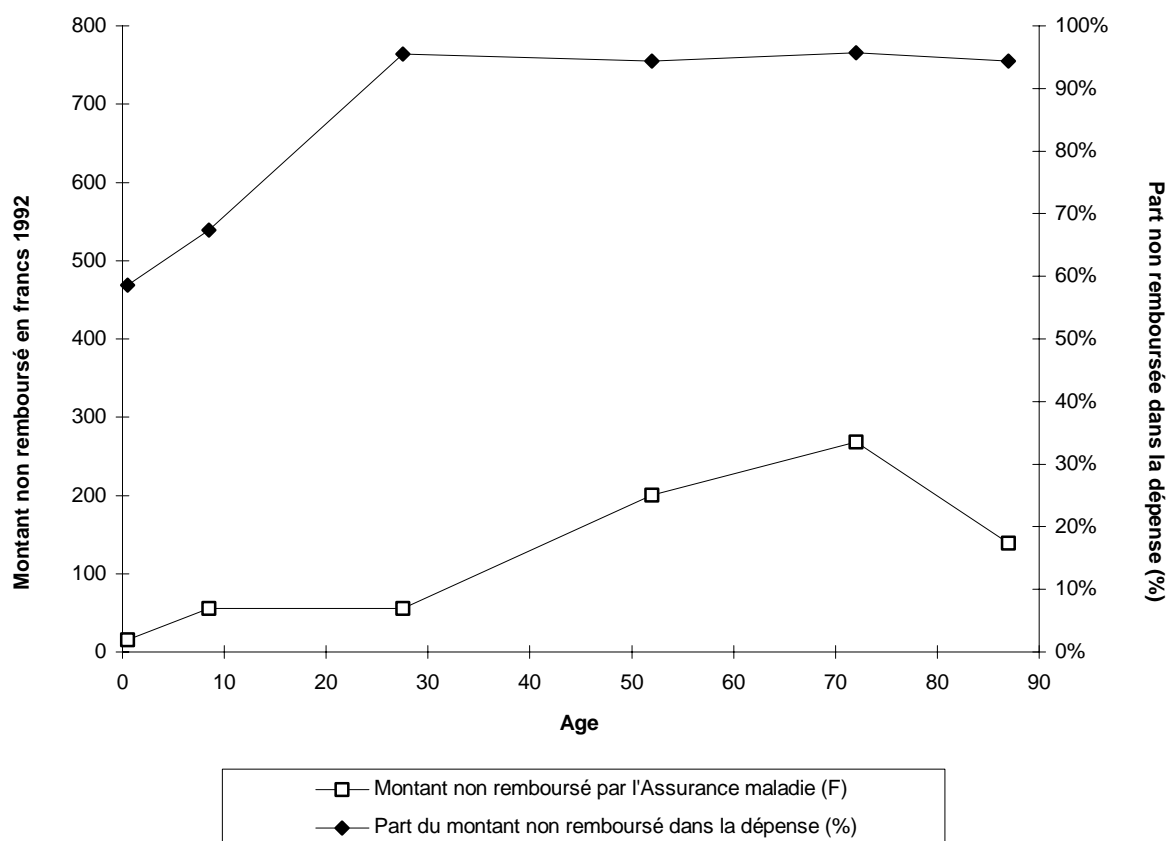
4.1.3 Le taux de prise en charge selon l'âge et le sexe

Sur les 142 francs dépensés en moyenne en 1992, par personne protégée pour l'optique médicale, l'Assurance maladie rembourse 12 francs, soit 8 % de la dépense effective.

Conformément à la réglementation prévoyant une meilleure prise en charge des enfants de moins de 16 ans, le taux moyen de prise en charge est de 36 % chez ceux-ci. Au-delà de 16 ans, le montant remboursé varie peu avec l'âge, mais le montant non pris en charge par l'Assurance maladie augmente parallèlement à la dépense effective : le montant non remboursé par l'Assurance maladie en 1992 est de l'ordre de 50 francs chez les enfants, mais il atteint 251 francs pour une personne âgée entre 65 et 79 ans (Cf. Graphique n° 34). Les montants non remboursés par l'Assurance maladie, sont en moyenne de 130 francs par personne protégée pour l'année 1992, pour les hommes comme pour les femmes (Cf. Graphique n° 32 et Graphique n° 33).

Plus l'âge augmente, plus les corrections apportées à la vision sont importantes et plus les verres sont coûteux. Les enfants sont mieux pris en charge en optique que les adultes (forfait supérieur chez les enfants de moins de 16 ans). En revanche, au-delà de 16 ans, les faibles forfaits de remboursement prévus laissent des montants de plus en plus élevés à la charge des personnes.

Graphique n° 34 graph15(2) (depense3.xls)
Montant moyen annuel par personne protégée non pris en charge par l'Assurance maladie (F)
et part correspondante dans la dépense effective (%)
selon l'âge pour l'optique médicale



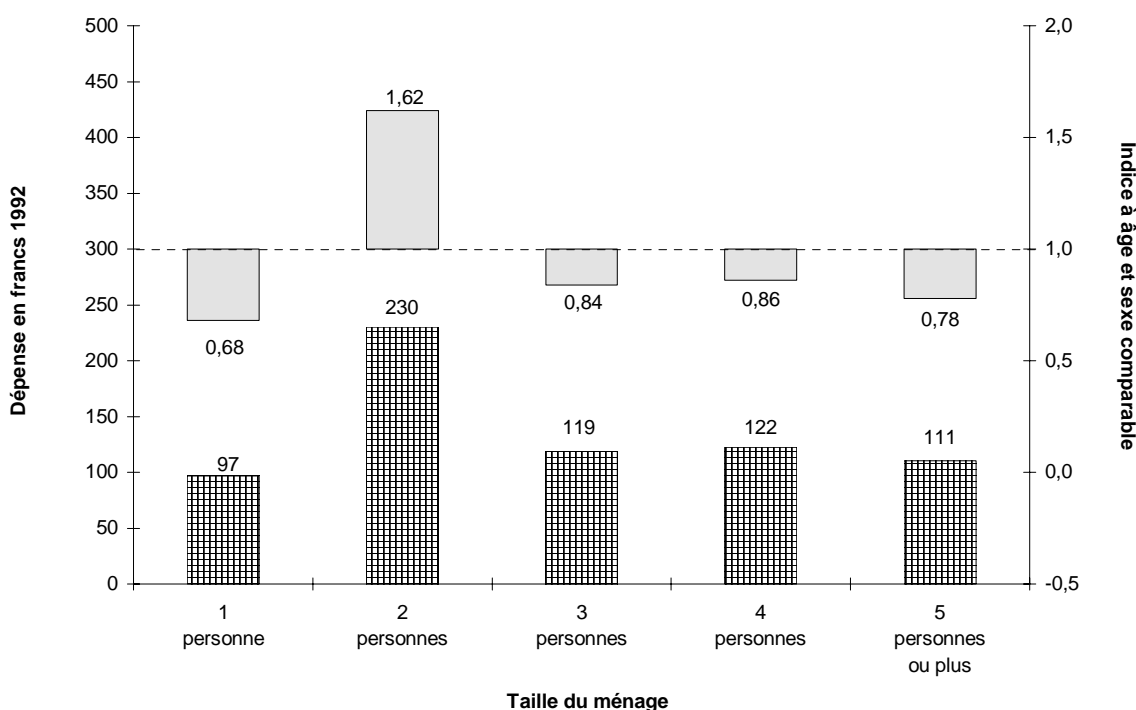
Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

4.1.4 La consommation selon la taille du ménage

[Cf. Tableau n° 14 en annexe 2]

Le taux de consommateurs varie peu en fonction de la taille du ménage, sauf pour les personnes appartenant à un ménage de deux personnes. Dans ce cas, le taux s'élève à 17 %, alors qu'il demeure de l'ordre de 11 % pour les autres. De même, la dépense effective des personnes appartenant à un ménage de deux personnes est supérieure de 62 % à la moyenne de l'ensemble de la population. En revanche, celle des personnes appartenant à un ménage de plus de 5 personnes est inférieure de 22 %.(Cf. Graphique n° 35).

Graphique n° 35 graph17 (indage.xls)
Dépense effective par personne et par an d'optique médicale selon la taille du ménage



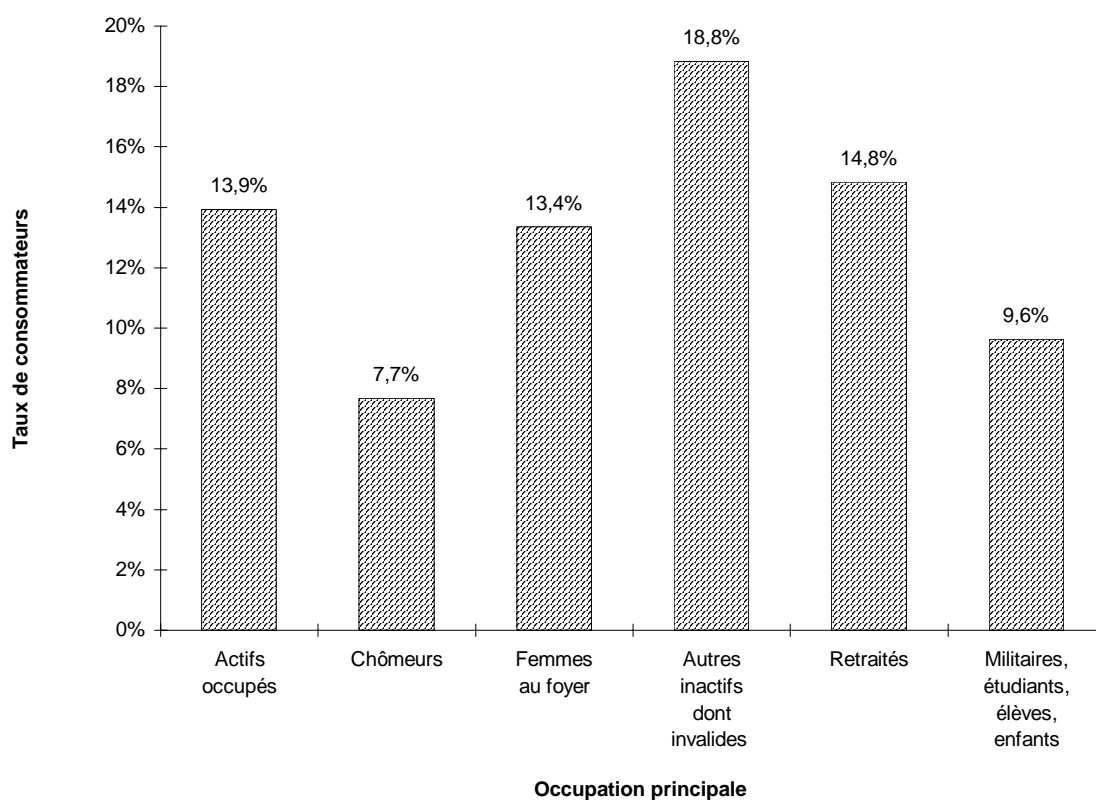
Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

4.2 La consommation selon le milieu social

[Cf. Tableau n° 15 en annexe 2]

S'agissant de l'occupation principale de la personne, deux groupes se distinguent : d'une part, les retraités, les actifs occupés et les femmes au foyer avec des taux de consommateurs d'optique médicale respectifs de 15 %, 14 % et 13 % ; et, comme on pouvait s'y attendre, le groupe des autres inactifs qui comprend les inactifs pour raison de santé. Ce groupe présente le taux de consommateurs le plus élevé (19 %). D'autre part, seuls 8% des chômeurs ont perçu des remboursements d'optique médicale en 1992 (Cf. Graphique n° 36).

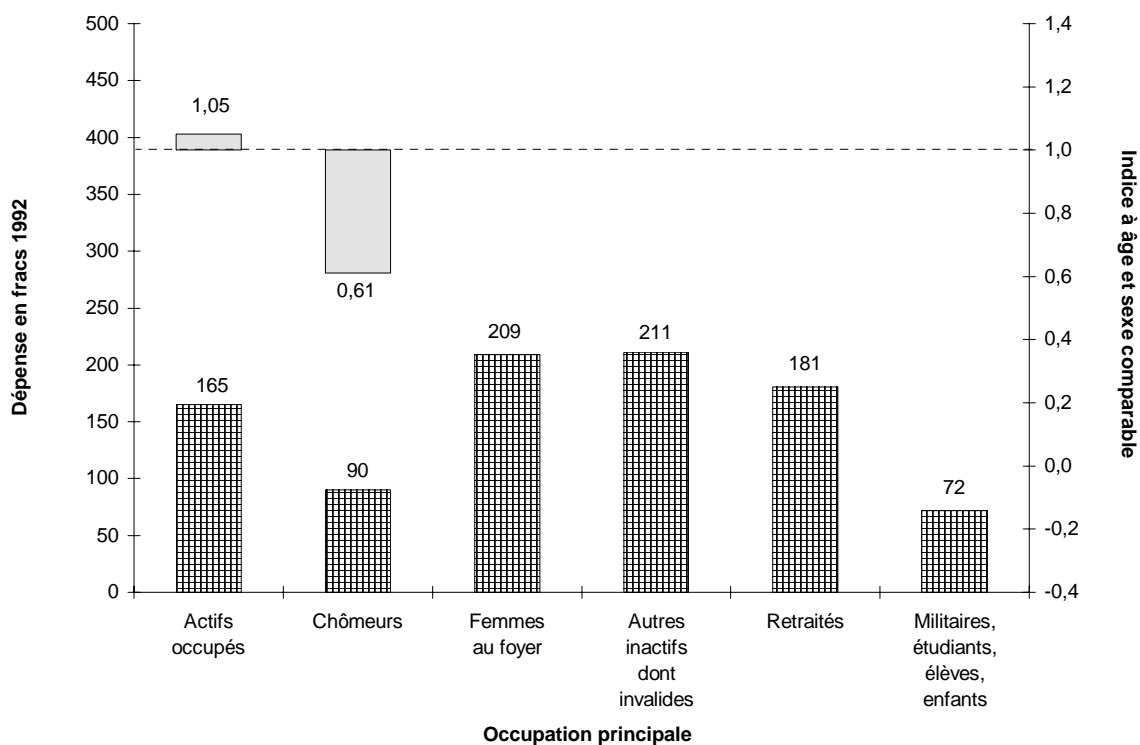
Graphique n° 36 graph19 (depense4.xls)
Taux de consommateurs en un an d'optique médicale
selon l'occupation principale



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

La dépense effective moyenne par personne protégée en 1992 est ainsi de 90 francs pour les chômeurs et de 165 francs pour les actifs occupés. A âge et sexe comparables, les chômeurs ont un indice de 0,61 contre 1,05 pour les actifs exerçant une profession (Cf. Graphique n° 37).

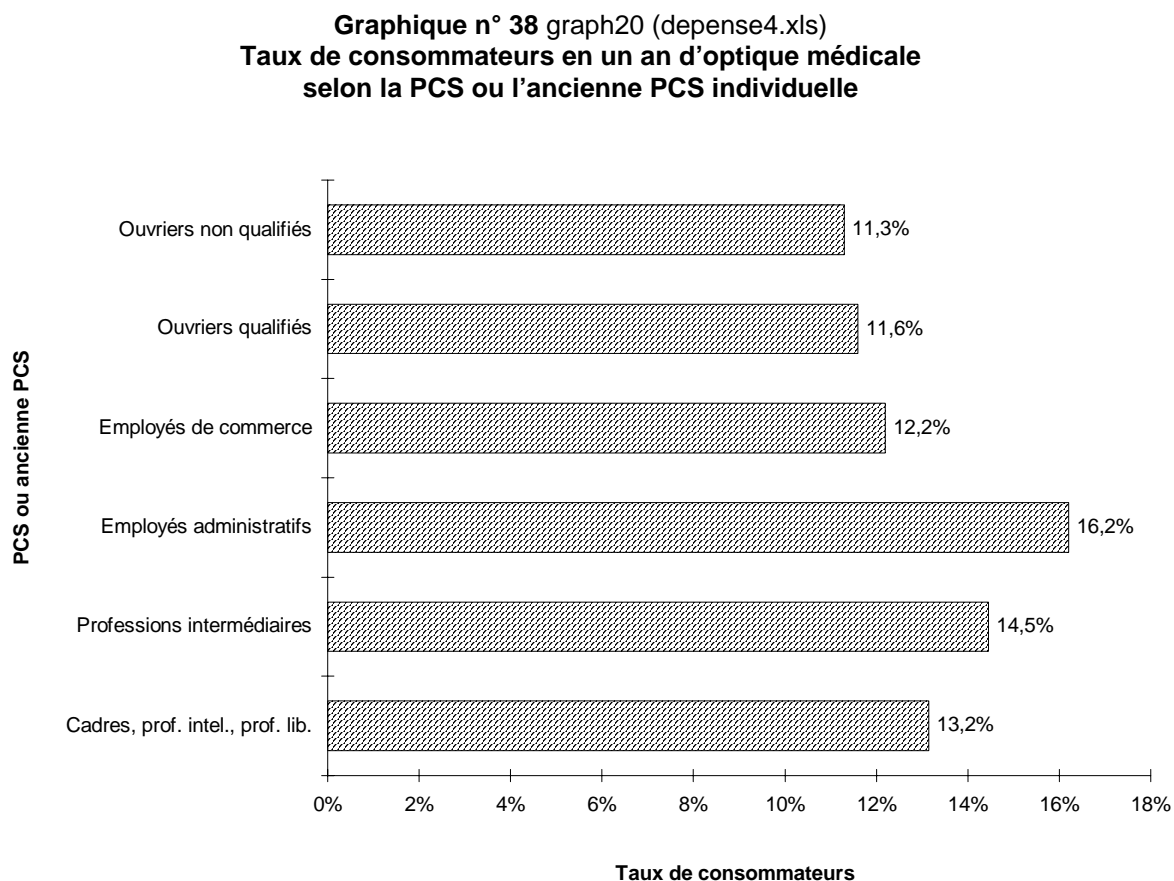
Graphique n° 37 graph19 (indage.xls)
Dépense effective par personne et par an d'optique médicale
selon l'occupation principale



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

Concernant la profession ou dernière profession de la personne, comme pour la pharmacie, il ne sera fait aucune analyse des agriculteurs et des artisans-commerçants dont la prise en charge par le Régime général de la Sécurité sociale demeure relativement exceptionnelle.

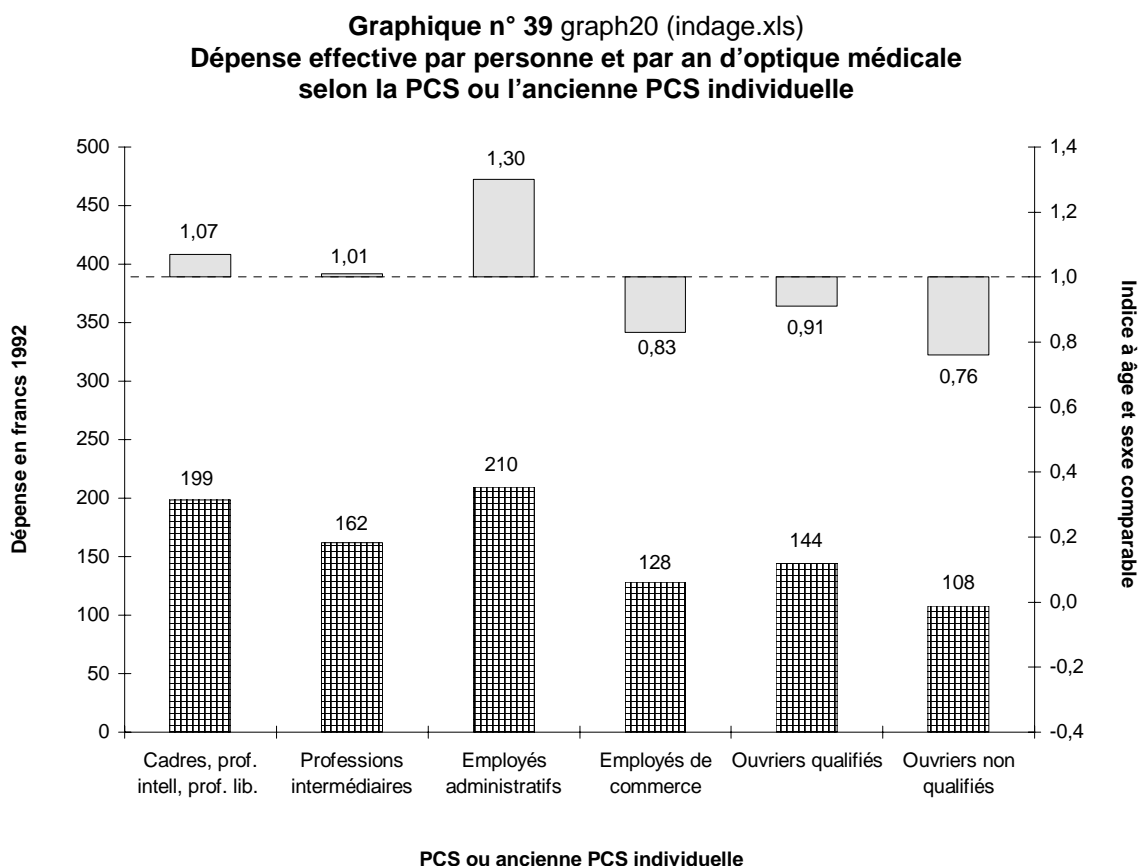
Les ouvriers sont moins souvent consommateurs d'optique médicale (11 %) que les professions intermédiaires et les employés administratifs (16 %) (Cf. Graphique n° 38).



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

Comme le taux de consommateurs, la dépense effective moyenne annuelle par personne protégée est maximale pour les employés administratifs (210 francs) et les cadres (199 francs) et minimale pour les ouvriers non qualifiés (108 francs) et les employés de commerce (128 francs).

A âge et sexe comparables, deux groupes s'opposent : d'une part, les ouvriers non qualifiés, les employés de commerce et les ouvriers qualifiés avec des dépenses respectivement inférieures de 24 %, 17 % et 9 % à la moyenne; d'autre part, les dépenses des employés administratifs et des cadres et professions libérales avec des dépenses supérieures respectivement de 30 % et de 7 % à la moyenne (Cf. Graphique n° 39).



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

Au cours de l'enquête, il est demandé aux individus exerçant une profession s'ils craignent de perdre leur emploi. Les personnes qui craignent de perdre leur emploi ont perçu des remboursements d'optique médicale dans 10% des cas et les personnes qui craignent de perdre leur emploi ont perçu des prestations d'optique médicale en 1992, et 14 % celles qui n'expriment pas de crainte dans 14 % des cas. A âge et sexe comparables, la dépense effective annuelle par personne protégée des personnes qui craignent de perdre leur emploi est inférieure à la moyenne de l'ensemble de 23 %.

4.3 La consommation selon le niveau de couverture sociale

[Cf. Tableau n° 19 en annexe 2]

En 1992, 14 % des personnes exonérées du ticket modérateur et 12 % des personnes non exonérées ont perçu des remboursements relatifs à de l'optique médicale.

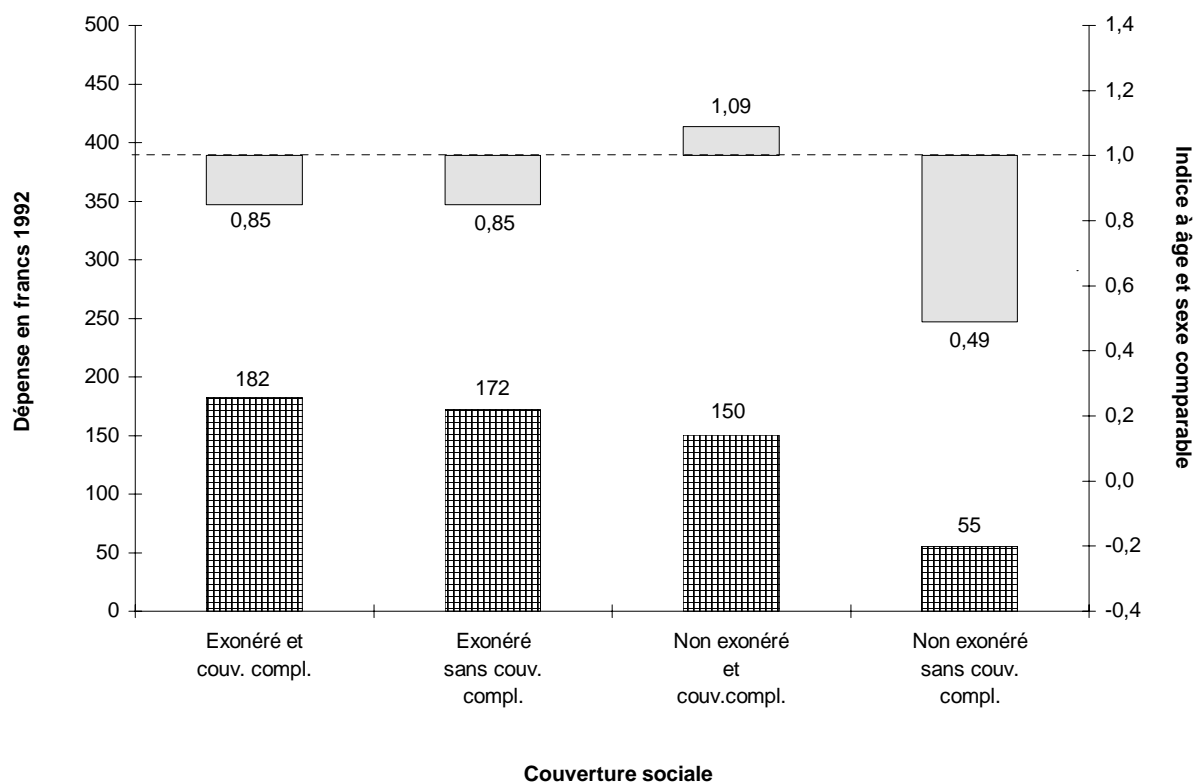
La dépense effective moyenne annuelle par personne protégée exonérée du ticket modérateur est de 179 francs contre 138 francs par personne protégée non exonérée en 1992. En revanche, à âge et sexe comparables, les personnes bénéficiant d'une exonération du ticket modérateur ont une dépense effective inférieure de 15 % à la moyenne de l'ensemble de la population. Rappelons que le motif d'exonération n'est jamais lié au motif de prescription d'optique médicale mais il se rapporte à des problèmes de santé plus graves. Ceux-ci sont traités en priorité : par exemple, une ALD (Affection Longue Durée) justifie une exonération, les problèmes de vue passant au second plan.

Par contre, il est logique que le fait de disposer d'une couverture complémentaire maladie influe plus nettement sur la consommation d'optique médicale puisque la prise en charge moyenne par l'Assurance maladie reste minime (8 % de la dépense effective annuelle moyenne par personne). Ainsi, on observe une consommation plus importante chez les personnes disposant d'une couverture complémentaire. En un an, 13 % des personnes en bénéficiant ont perçu des remboursements relatifs à de l'optique médicale contre 8 % des personnes n'en disposant pas. A âge et sexe comparables, les personnes non bénéficiaires d'une couverture complémentaire ont eu une dépense effective par personne protégée en 1992 inférieure de 41 % à la moyenne de l'ensemble de la population.

Cependant, l'existence d'une couverture complémentaire au sein des personnes exonérées du ticket modérateur n'est pas discriminante : on compte 15 % de consommateurs d'optique médicale chez celles bénéficiant d'une couverture complémentaire contre 13,5 % chez celles n'en bénéficiant pas en 1992. De même, à âge et sexe comparables, la dépense effective moyenne par personne en 1992 des personnes exonérées, qu'elles bénéficient ou non d'une couverture complémentaire, est inférieure de 15 % à la moyenne de l'ensemble de la population.

Par contre, l'existence d'une couverture complémentaire au sein des personnes non exonérées du ticket modérateur est très discriminante. En effet, les personnes bénéficiaires d'une couverture complémentaire ont une dépense moyenne inférieure de 51 % à la moyenne de l'ensemble de la population, contre une dépense supérieure de 9 % pour les personnes couvertes. Ces personnes n'ayant pas à priori de problèmes majeurs de santé qui justifieraient une exonération du ticket modérateur, on peut supposer qu'elles attachent plus d'importance à la correction de leurs troubles de la réfraction et, dans ce cas, cette correction étant très mal prise en charge par l'Assurance maladie de la Sécurité sociale, la couverture complémentaire a une grande influence sur la consommation d'optique médicale (Cf. Graphique n° 40).

Graphique n° 40 graph25 (indage.xls)
Dépense effective par personne et par an d'optique médicale
selon la couverture sociale



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

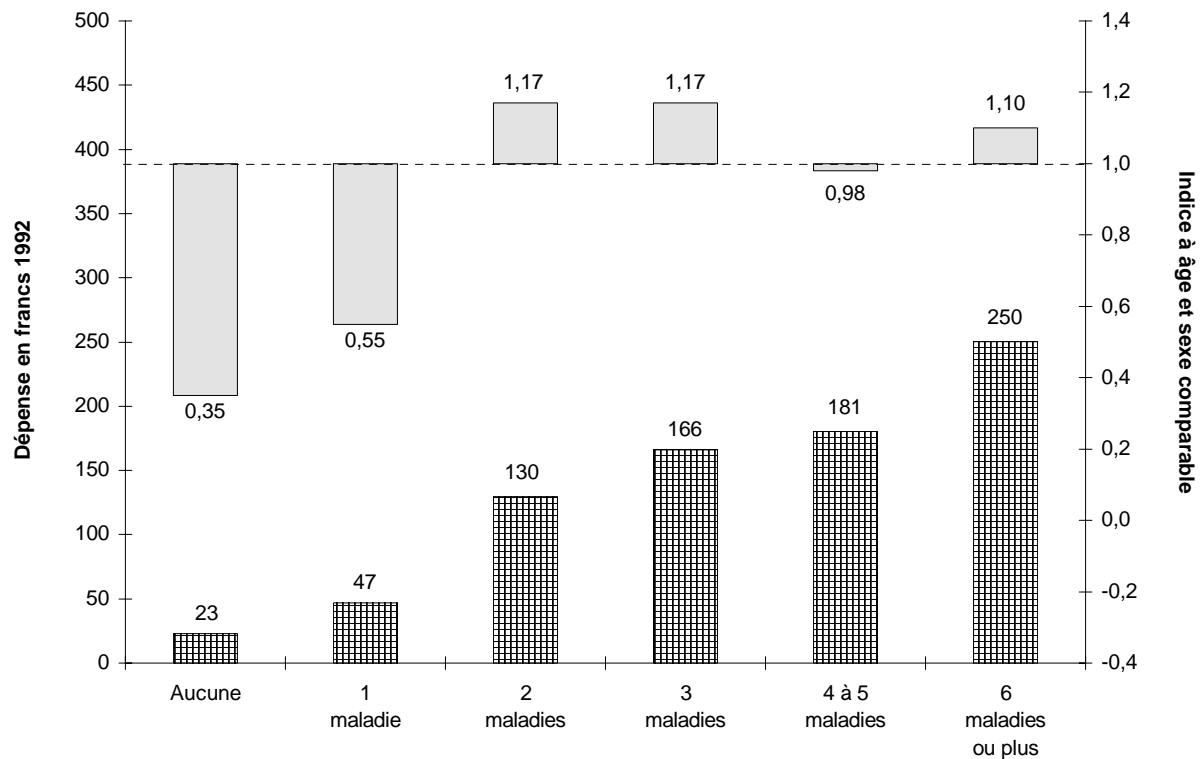
4.4 La consommation selon l'état de santé

[Cf. Tableau n° 15 en annexe 2]

La consommation d'optique médicale étant liée à un trouble spécifique, elle ne varie pas comme la consommation pharmaceutique. Elle n'a aucune raison de varier avec les indicateurs de morbidité étudiés.

A âge et sexe comparables, seules les personnes qui ne déclarent aucune maladie ou 1 seule présentent une consommation nettement moindre que la moyenne [Cf. Graphique n° 41].

Graphique n° 41 graph26 (indage.xls)
Dépense effective par personne et par an d'optique médicale
selon le nombre de maladies déclarées au premier jour de l'enquête

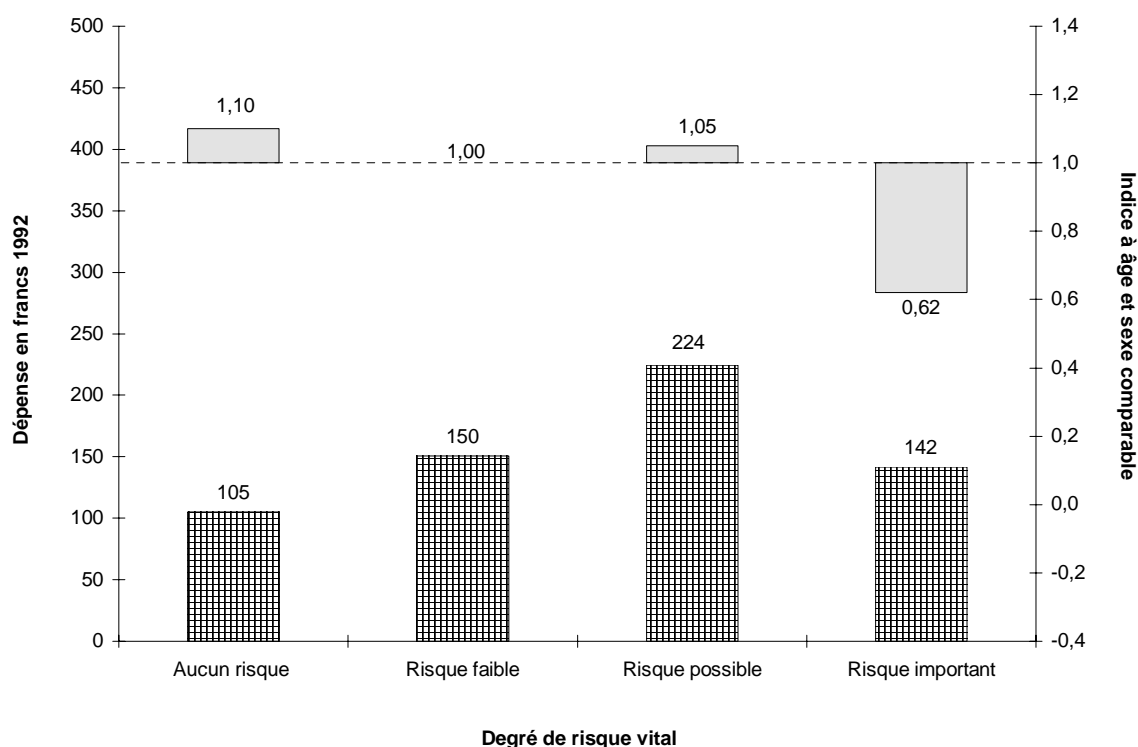


Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

Plus le degré de risque vital est élevé, plus le taux de consommateurs d'optique médicale est élevé : 11 % pour les personnes qui ne présentent aucun risque et 15 % pour celles qui ont un risque possible. Cependant, ceux qui ont un risque important ont un taux de 12 %, comme pour les personnes n'ayant aucun risque, la correction des troubles de la réfraction passant au second plan chez ces personnes.

La dépense effective moyenne annuelle par personne protégée augmente également en fonction du degré de risque vital, passant de 105 francs par personne protégée à 224 francs pour celles qui ont un risque possible. A âge et sexe comparables, les personnes n'ayant aucun risque sur le plan vital ont une dépense annuelle par personne protégée supérieure de 10 % à la moyenne de l'ensemble de la population. En revanche, les personnes ayant un risque important ont une dépense inférieure de 38 % à la moyenne de l'ensemble (Cf. Graphique n° 42).

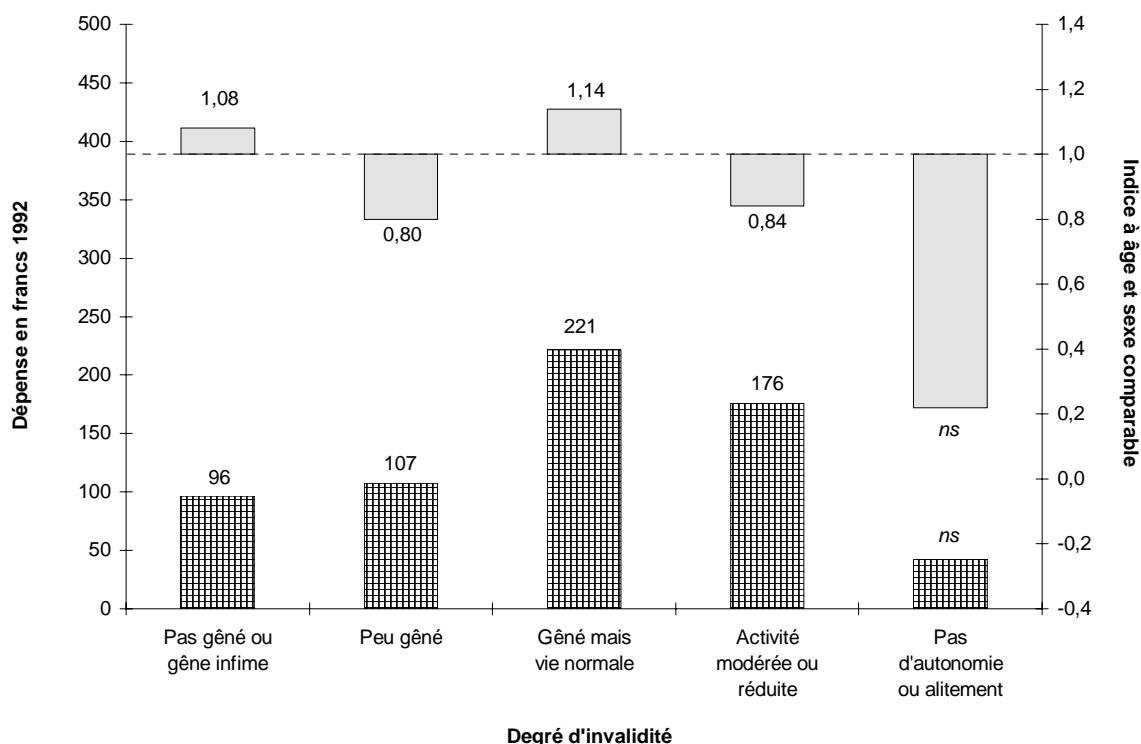
Graphique n° 42 graph27 (indage.xls)
Dépense effective par personne et par an d'optique médicale
selon le degré de risque vital



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

Le taux de consommateurs d'optique médicale varie également avec le degré d'invalidité : 10 % à 11 % des personnes qui présentent pas de gêne ou pas du tout de gêne et 16 % des personnes qui sont gênées mais mènent une vie normale ont perçu des remboursements d'optique médicale. A âge et sexe comparables, la dépense effective des personnes ayant une activité modérée est inférieure de 16 % à la moyenne de l'ensemble de la population, et celle des personnes gênées mais menant une vie normale est supérieure de 14 % à la moyenne de l'ensemble. Là encore, cet indicateur montre que la gêne visuelle due aux troubles de la réfraction passe au second plan lorsqu'il existe des troubles plus invalidants (Cf. Graphique n° 43).

Graphique n° 43 graph28 (indage.xls)
Dépense effective par personne et par an d'optique médicale
selon le degré d'invalidité

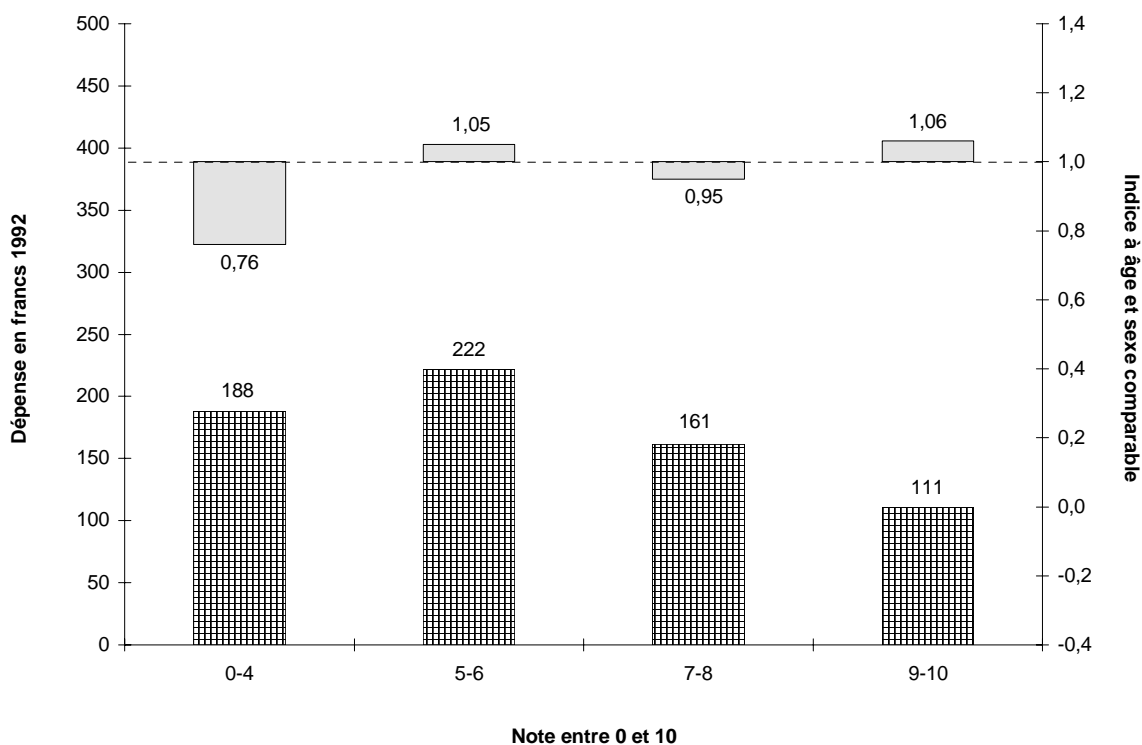


ns = non significatif

Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

Au cours de l'enquête, il est demandé à chaque personne d'apprécier elle-même son état de santé en le notant de 0 à 10 (0 en très mauvaise santé et 10 en excellente santé). Le taux de consommateurs d'optique médicale diminue lorsque la note augmente. Il est de 17 % pour les personnes qui se donnent une note entre 0 et 4 et de 12 % pour ceux qui s'évaluent entre 9 et 10. La dépense effective moyenne annuelle par personne protégée varie dans le même sens que selon le risque vital apprécié par le médecin chiffreur : elle augmente lorsque l'état de santé se dégrade. La dépense effective en un an est de 111 francs pour les individus s'estimant en excellente santé et de 222 francs pour ceux se donnant une note entre 5 et 6. Les personnes ayant une note inférieure ou égale à 4 ont une dépense par personne inférieure de 188 francs. A âge et sexe comparables, la dépense de ces individus est inférieure de 24 % à la moyenne de l'ensemble (Cf. Graphique n° 44).

Graphique n° 44 graph29 (indage.xls)
Dépense effective par personne et par an d'optique médicale selon l'état de santé ressenti de la personne (noté entre 0 et 10)



Source : Appariement ESPS - EPAS, 1992

Conclusion

Depuis 1988, l'enquête santé et protection sociale (ESPS) est réalisée par le CREDES qui enquête chaque année un quart de l'échantillon permanent d'assurés sociaux de la CNAMTS (EPAS)¹⁷. Le rapprochement de ces deux sources de données permet d'enrichir l'information sur les montants de dépenses de soins remboursés annuellement, disponible dans les caisses, par les caractéristiques des individus : couverture complémentaire, morbidité, situation socioprofessionnelle,...

Après les résultats partiels¹⁸ issus des données de 1988 et relatives aux consommations de ville, l'opération de rapprochement des deux sources de données a pu pour la première fois, être menée à bien pour l'année 1992 sur la totalité des postes de dépenses : hospitalisation et soins de ville (médecins, pharmacie et optique, auxiliaires médicaux, biologie médicale).

Du fait de leurs incertitudes respectives mais aussi de leur complémentarité, la fusion des données exhaustives de remboursement avec des données d'enquête permet d'améliorer la connaissance sur la consommation médicale. L'enquête SPS permet, entre autres, d'estimer la population protégée de l'EPAS ainsi que le taux de consommateurs, les dépenses par personne protégée et non seulement les dépenses par consommateur. Malgré une petite sous-estimation de la consommation globale due à une moins bonne représentation des personnes en très mauvaise santé, comme dans toute enquête auprès des ménages, les résultats¹⁹ sont acceptables.

Par la suite, cet appariement devrait être mené régulièrement. De ce point de vue, l'année 1992 fournit un point de référence, de nombreuses évolutions ayant lieu ensuite dans les politiques de régulation (Objectifs Quantifiés Nationaux, plan Veil, plan Juppé, ...).

Les résultats sur les données de 1992 présentent un balayage systématique des dépenses ambulatoires d'actes d'auxiliaires, de biologie médicale, de biens médicaux (pharmacie et optique) et de soins de praticiens (médecins et dentistes).

Le prochain appariement EPAS-ESPS en cours sur les données de 1995 sera utilisé pour éclairer deux problématiques sur lesquelles on manque aujourd'hui d'analyses à partir de données objectives :

- la concentration des consommations médicales et les caractéristiques des forts consommateurs d'une part,
- la structure des recours aux soins et la complémentarité ville/hôpital d'autre part.

¹⁷ Auquel se sont ajoutés des échantillons de bénéficiaires de la CANAM et de la MSA depuis 1994 et 1996 respectivement.

¹⁸ Toutes les régions n'avaient pas participé à l'enquête ; entre autres, la Région parisienne était exclue du champ de l'étude.

¹⁹ Pour la pharmacie, la dépense reconnue par personne protégée s'élève à 1 326 francs alors que le chiffre provenant d'Eco Santé (dépense reconnue en médicaments relevant de l'Assurance Maladie du Régime général divisée par le nombre de personnes protégée) correspond à 1 433 francs par personne.

Annexe méthodologique

L'appariement a pour but de fusionner les informations recueillies dans l'ESPS auprès des ménages enquêtés et celles contenues dans l'EPAS sur les assurés principaux et leurs ayants droit. Une étape préalable à l'appariement lui-même consiste à rendre les fichiers contenant ces informations strictement anonymes selon une procédure de double anonymat indiquée ci-dessous. Ensuite, l'appariement comporte deux étapes successives portant l'une sur les personnes protégées et l'autre rapprochant ces personnes de leurs prestations d'Assurance maladie.

1. La procédure d'anonymat

La réalisation de l'ESPS implique un échange d'information entre la CNAMTS et le CREDES. En effet, seule la CNAMTS dispose de l'EPAS de façon nominative. Le tirage au sort des assurés à enquêter est donc effectué par le département statistique de la CNAMTS qui attribue aux personnes ainsi tirées au sort un identifiant n0 qui vient remplacer le Numéro National d'Identité (N.N.I.). Les coordonnées nominatives des personnes sont directement adressées aux sociétés d'enquête par la CNAMTS, sociétés qui, outre la CNAMTS, sont seules à détenir la liaison entre le n0 et les coordonnées de la personne et ce, uniquement pour la durée de l'enquête. Une fois l'enquête réalisée, les sociétés d'enquête transmettent au CREDES les données recueillies, rendues anonymes par l'intermédiaire de l'identifiant n0.

Un second niveau d'anonymat est obtenu par la conversion de l'identifiant n0 en un nouvel identifiant n1. C'est un organisme tiers, l'INED²⁰, qui est chargé de cette conversion et qui détient seul les règles de passage de n0 à n1. Pour ce faire, le CREDES adresse les données issues de l'ESPS à l'INED, et, parallèlement, la CNAMTS adresse également à l'INED les fichiers de l'EPAS correspondants. Les n0 sont alors transformés en n1 dans tous les fichiers ; le CREDES et la CNAMTS récupèrent alors l'ensemble de ces fichiers (EPAS et ESPS) avec les nouveaux identifiants n1.

Ainsi, ni le CREDES, ni la CNAMTS ne disposent d'informations nominatives concernant les personnes enquêtées ou leurs prestations.

La CNAMTS et le CREDES ont obtenu le consentement de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) pour mener à bien cette opération.

En 1992, 6 517 adresses, correspondant donc à 6 517 assurés au Régime général de l'Assurance maladie tirés au sort, ont été exploitées par les sociétés d'enquête. 50,1 % des ménages ainsi sélectionnés ont participé à l'enquête, soit 3 266 ménages comprenant 9 563 personnes²¹. Ce pourcentage peut paraître faible mais il prend en compte les adresses dites « hors champ », c'est-à-dire les adresses pour lesquelles aucun contact n'a eu lieu (adresses incomplètes, digicode inconnu à l'entrée de l'immeuble, aucune personne au domicile...) et pour une partie desquelles l'enquête aurait vraisemblablement été sans objet (personnes décédées...). Le taux de participation réel à l'enquête, calculé uniquement par rapport aux adresses dites « dans le champ » est de 73,9 %. Ainsi, parmi les ménages que les enquêteurs ont réussi à joindre, environ 3 sur 4 ont donc accepté de participer à l'enquête.

²⁰ I.N.E.D. (Institut National d'Etudes Démographiques).

²¹ Cf. Santé, soins et protection sociale en 1992 - CREDES 1993 - biblio n°982.

2. La méthode d'appariement

La méthode d'appariement comprend deux étapes successives. La première étape porte sur la population des personnes protégées et rapproche les fichiers personnes de l'EPAS et de l'ESPS. Puis la seconde étape relie la population de personnes appariées et retenues en première étape aux prestations figurant dans les fichiers de l'EPAS.

2.1 Appariement des personnes protégées

Cette partie du travail correspond à l'appariement des informations concernant les personnes composant la « grappe-assuré » présente dans l'EPAS avec celles concernant les mêmes personnes de la « grappe-assuré » retrouvées dans les ménages enquêtés.

Les grandes lignes de cette démarche sont résumées ci-dessous.

Tout d'abord, il convient de tenir compte de deux particularités importantes.

A En théorie, les deux fichiers comportent :

- des individus communs : la « grappe-assuré », c'est-à-dire l'assuré principal et ses ayants droit dans la mesure où ceux-ci appartiennent à un ménage ayant accepté de participer à l'enquête,
- et des individus propres à chacun des fichiers : dans l'ESPS, les autres membres des ménages ayant participé à l'enquête mais ne faisant pas partie de la grappe-assuré, dans l'EPAS, les membres de l'ensemble des « grappes-assurés » appartenant à des ménages qui n'ont pas participé à l'enquête pour diverses raisons (refus, déménagement...) [Cf. Schéma n° 3].

Au total, le fichier de l'ESPS comporte 9 563 personnes et celui de l'EPAS 11 645 personnes.

B Dans l'EPAS comme dans l'ESPS, l'identifiant de la « grappe-assuré » ou du ménage est le même : il s'agit du numéro de ménage n1. Par contre, les membres de la grappe-assuré et les membres du ménage ne sont pas identifiés de la même façon dans les fichiers des deux sources :

- dans l'ESPS, les membres d'un ménage sont identifiés par un numéro d'individu ; l'assuré principal possède toujours le numéro d'individu 1 ; les autres membres du ménage sont théoriquement numérotés par l'enquêteur par âge décroissant ; une personne est ainsi repérée par son numéro de ménage suivi de son numéro d'individu dans le ménage ;
- dans l'EPAS, ce sont les ayants droit de l'assuré qui sont numérotés et cette numérotation prend en compte la qualité de l'ayant droit (conjoint, enfant...).

Plusieurs méthodes ont été testées pour réaliser l'appariement ; la méthode retenue consiste à créer dans les deux fichiers un identifiant individuel commun et à apparier les deux fichiers sans prendre en compte le statut des personnes (assurés/ayants droit). Plusieurs identifiants ont également été progressivement testés. Pour une personne, l'identifiant optimal retenu est constitué de :

- n1 : numéro de ménage ;

- *mois et année de naissance* (le jour de naissance n'a pas été pris en compte car très souvent manquant ou forcé à 1 dans l'EPAS) ;
- un *rang* dans le ménage, créé de façon identique dans les deux fichiers et essentiellement destiné à distinguer les jumeaux et les personnes nés le même mois de la même année (30 cas de jumeaux, 1 cas de triplets, 1 cas de quadruplets et 15 cas de ménages où deux personnes sont nées le même mois de la même année, cf. annexe) ;
- le *sexe*, ajouté en dernier lieu pour éviter d'avoir des personnes appariées mais ayant un sexe différent dans les deux fichiers.

467 personnes sont affiliées à une mutuelle décompteuse (fonctionnaires et ouvriers de l'Etat, agents EDF-GDF...). Les caisses primaires d'assurance maladie ne gèrent pas la totalité de ces mutuelles décompteuses ; les prestations concernant les personnes affiliées à ces régimes ne sont donc que partielles dans les fichiers dont nous disposons ; ces 467 personnes sont par conséquent exclues de la population appariée (pour plus de détails, Cf. « méthode d'appariement de l'EPAS et de l'ESPS - mise à jour - biblio n°1157bis - CREDES 1997).

Bilan de l'appariement des personnes :

4 906 individus communs (au sens de l'identifiant retenu)
3 719 individus non trouvés dans l'EPAS, mais présents dans l'ESPS
5 270 individus non trouvés dans l'ESPS, mais présents dans l'EPAS

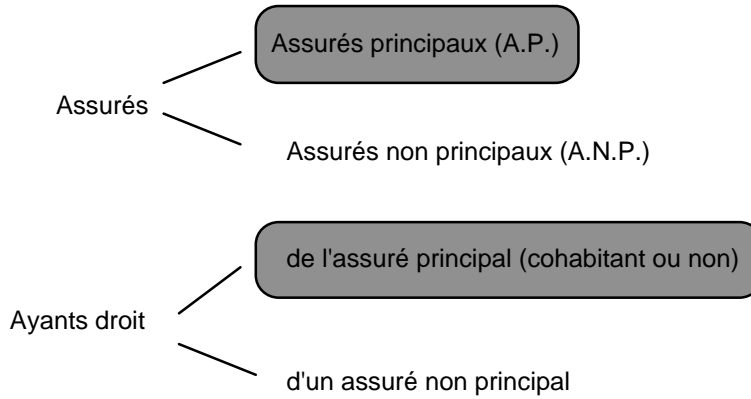
2.2 Appariement des prestations

Pour chacune des personnes protégées de l'EPAS, nous disposons des prestations relatives aux liquidations effectuées en 1992 et en 1993. Les fichiers de prestations utilisés pour l'analyse de la consommation médicale sont organisés en 3 fichiers correspondant chacun à une catégorie différente de prestations en nature :

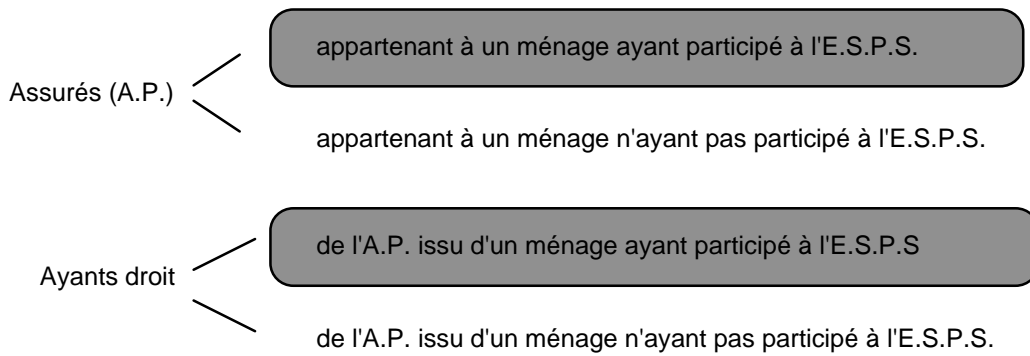
- les **actes professionnels** comportant les séances de médecins, les analyses, les radiographies, les soins de dentistes et d'auxiliaires, les frais de déplacement (indemnités kilométriques...), certains frais relatifs à la maternité ou aux Interruptions Volontaires de Grossesse (il s'agit en principe de montants se rapportant à des hospitalisations privées) ;
- les **prestations sanitaires diverses** regroupant les prestations de pharmacie, d'appareillage ou de prothèse, les frais de transport (ambulance, taxis...) et les frais de cure thermale ;
- les **hospitalisations-séjours** comprenant toutes les hospitalisations, complètes ou non.

Schéma n° 3
Personnes présentes dans l'EPAS et l'ESPS (1992)

E.S.P.S.
9 563 personnes
dont 9 554 ayant un mois et une année de naissance renseignés
dont 9 092 appartenant à un ménage où l'assuré principal déclare être au Régime général



E.P.A.S.
11 645 lignes ayant un mois et une année de naissance renseignés
correspondant à 11 298 personnes ayant un mois et une année de naissance renseignés



● personnes présentes dans l'ESPS et dans l'EPAS

Tous ces fichiers possèdent une partie commune donnant des renseignements administratifs et identifiant le bénéficiaire. Chaque type de prestations doit ensuite être étudié séparément.

L'appariement des prestations s'effectue en deux étapes :

- dans la première, on apparie les fichiers de prestations avec la totalité du fichier des personnes protégées de l'EPAS,
- puis on ne retient que les personnes communes à l'EPAS et l'ESPS.

Appariement des fichiers de prestations pour les 4 906 personnes communes à l'EPAS et à l'ESPS

L'appariement des personnes protégées de l'EPAS et des enquêtés de l'ESPS a mis en évidence des personnes pour lesquelles le statut déclaré au cours de l'enquête était discordant avec le statut enregistré dans l'EPAS. Dans l'ESPS, les enquêtés déclarent leur statut vis-à-vis de l'Assurance maladie selon trois modalités : assuré, ayant droit ou non protégé. Dans l'EPAS, un bénéficiaire a un statut soit d'assuré, soit d'ayant droit conjoint-concubin ou d'ayant droit enfant.

Nous avons posé l'hypothèse que la déclaration faite au cours de l'enquête par les personnes était exacte ; en conséquence, les prestations de certaines de ces personnes n'ont pu être étudiées en raison de leur caractère incomplet sur l'année 1992, ce qui induirait des sous-estimations de consommation par personne. En effet, il s'agit pour l'essentiel de personnes ayants droit de l'assuré principal dans l'EPAS, déclarées dans l'ESPS comme assurées à titre personnel ou ayants droit d'un autre assuré que l'assuré principal.

La population de référence pour l'étude des prestations diminue alors de 545 personnes ; elle comporte 4 361 personnes, effectif sur lequel sont présentés les résultats de ce travail.

Après définition de cette population de référence pour l'étude des prestations, l'appariement avec les prestations se fait selon les mêmes principes que l'appariement des personnes.

Bilan de l'appariement des prestations :

La population de référence pour l'étude des prestations est de $4\,906 - 545 = 4\,361$ personnes.

Le taux de consommateurs, c'est-à-dire la proportion de personnes ayant bénéficié d'au moins une prestation, quel que soit le risque couvert, est de :

⇒ 88,2 % pour les assurés et de

⇒ 89,0 % pour les ayants droit²².

²² Nombre d'ayants droit ayant perçu une prestation en 1992 : 1 441

Nombre d'ayants droit protégés parmi la population de référence précédemment définie : 1 619

2.3 Résultats généraux de l'appariement des personnes et des prestations

Tout d'abord, le Tableau n° 4 donne la ventilation des taux de consommateurs selon l'âge, le sexe et le statut, et précisent les effectifs de consommateurs et de personnes protégées.

Le Tableau n° 5 donne à la fois la répartition des prestataires selon le type de prestations et la structure des populations de prestataires et de personnes protégées.

Parmi les 4 361 personnes protégées appariées avec les personnes enquêtées dans l'ESPS :

- 3 858, soit 88,5 %, ont donc perçu au moins une prestation au cours de l'année 1992 ;
- 3 782, soit 86,7 %, ont perçu au moins une prestation d'actes professionnels au cours de l'année 1992 ;
- 3 661, soit 84,0 %, ont perçu au moins une prestation « sanitaire diverse » au cours de l'année 1992 ;
- 548, soit 12,6 %, ont perçu au moins une prestation « hospitalisation-séjour » au cours de l'année 1992.

Les structures des populations de personnes protégées et de prestataires sont pratiquement semblables (Cf. Tableau n° 5). On peut toutefois noter :

- un pourcentage de personnes exonérées et de personnes possédant une couverture complémentaire légèrement plus important chez les prestataires d'au moins un type de soins que chez l'ensemble des personnes protégées ;
- un pourcentage d'actifs plus important chez les prestataires d'au moins un type de soins que chez l'ensemble des personnes protégées.

Enfin, la structure démographique des prestataires en actes professionnels ainsi que celle des prestataires en prestations sanitaires diverses est semblable à celle des prestataires d'au moins un type de prestations.

La population appariée diffère sensiblement de l'échantillon d'origine (EPAS) puisque cet échantillon n'a pas été apparié dans son intégralité.

La population appariée a donc été redressée sur des variables jugées importantes (âge, sexe et région d'habitation) de manière à caler la structure de la population appariée sur celle de l'échantillon de référence (EPAS au 1^{er} janvier 1992).

Chaque assuré aura donc un poids qui sera affecté à tous les individus de la grappe²³.

²³ Cf. « Méthode d'appariement de l'EPAS et de l'ESPS - Mise à jour - biblio n°1157bis - CREDES 1997.

Tableau n° 4
Taux de consommateurs selon l'âge, le sexe et le statut

Taux de consommateurs (%)	Assurés	Ayants droit conjoints	Ayants droit enfants	Total ²⁴ ayants droit	TOTAL
moins de 2 ans	0,0	0,0	93,6	93,6	93,6
de 2 à 9 ans	0,0	0,0	88,0	88,0	88,0
de 10 à 19 ans	47,6	100,0	86,4	86,2	84,8
de 20 à 29 ans	83,1	95,1	88,9	94,0	84,1
de 30 à 39 ans	87,1	90,7	0,0	90,7	87,6
de 40 à 49 ans	87,5	94,9	0,0	94,9	82,6
de 50 à 59 ans	88,9	90,7	0,0	90,8	89,3
de 60 à 69 ans	93,7	94,3	0,0	94,3	93,7
de 70 à 79 ans	96,7	89,5	0,0	89,5	96,0
80 ans et plus	98,6	100,0	0,0	100	98,6
Total	88,2	92,7	87,8	89,0	88,5
Homme	88,2	80,0	87,1	87,0	87,8
Femme	88,1	93,2	88,4	90,3	89,0

Tableau n° 4 bis
Effectif des personnes prestataires selon l'âge, le sexe et le statut

Effectifs des prestataires	Assurés	Ayants droit conjoints	Ayants droit enfants	Total ayants droit	TOTAL
moins de 2 ans	0	0	102	102	102
de 2 à 9 ans	0	0	453	453	454
de 10 à 19 ans	10	2	497	498	508
de 20 à 29 ans	439	39	8	47	486
de 30 à 39 ans	545	88	0	88	633
de 40 à 49 ans	503	93	0	93	596
de 50 à 59 ans	336	88	0	89	425
de 60 à 69 ans	339	50	0	50	389
de 70 à 79 ans	176	17	0	17	193
80 ans et plus	69	2	0	2	71
Total	2 417	379	1 060	1 441	3 858
Homme	1 201	12	535	547	1 748
Femme	1 216	367	525	894	2 110

Tableau n° 4 ter
Répartition des personnes protégées selon l'âge, le sexe et le statut

Effectifs des personnes protégées	Assurés	Ayants droit conjoints	Ayants droit enfants	Total ayants droit	TOTAL
moins de 2 ans	0	0	109	109	109
de 2 à 9 ans	0	0	515	515	515
de 10 à 19 ans	21	2	575	578	599
de 20 à 29 ans	528	41	9	50	578
de 30 à 39 ans	626	97	0	97	723
de 40 à 49 ans	575	98	0	98	673
de 50 à 59 ans	378	97	0	98	476
de 60 à 69 ans	362	53	0	53	415
de 70 à 79 ans	182	19	0	19	201
80 ans et plus	70	2	0	2	72
Total	2 742	409	1 208	1 619	4 361
Homme	1 361	15	614	629	1 990
Femme	1 381	394	594	990	2 371

²⁴ Le total des ayants droit inclut les ayants droit conjoints, les ayants droit enfants et les ayants droit autres.

Tableau n° 5
Répartition des effectifs de personnes protégées et de prestataires
selon diverses caractéristiques
(en % par rapport à l'effectif renseigné pour une variable donnée)

Critères socio-démographiques (source CREDES)	Personnes protégées	Prestataires d'au moins un type de prestations	Prestataires d'au moins une prestation d'actes professionnels.	Prestataires d'au moins une prestation sanitaire diverse	Prestataires d'au moins une prestation de séjours hospitaliers
Effectifs	4 361	3 858	3 782	3 661	548
Age					
moins de 2 ans	2,5	2,6	2,5	2,8	2,4
2 - 9 ans	11,8	11,7	11,5	11,8	7,5
10-19 ans	13,7	13,2	13,3	12,8	9,5
20-29 ans	13,3	12,6	12,5	12,2	15,9
30-39 ans	16,6	16,4	16,4	16,1	18,4
40-49 ans	15,4	15,4	15,5	15,5	15,3
50-59 ans	10,9	11,0	11,1	11,3	11,5
60-69 ans	9,5	10,1	10,2	10,5	10,4
70-79 ans	4,6	5,0	5,1	5,2	6,2
80 ans et plus	1,7	1,8	1,9	1,9	2,9
Sexe					
homme	45,6	45,3	45,1	44,9	37,6
femme	54,4	54,7	54,9	55,1	62,4
Occupation principale					
actif	41,5	42,8	42,8	42,7	45,3
retraité	13,3	14,3	14,5	14,8	16,4
chômeur	5,3	4,6	4,6	4,5	6,8
autre inactif	10,4	9,7	9,8	9,9	13,1
enfant-militaire	29,5	28,7	28,3	28,2	18,4

Critères socio-démographiques (source CREDES)	Personnes protégées	Prestataires d'au moins un type de prestations	Prestataires d'au moins une prestation d'actes professionnels.	Prestataires d'au moins une prestation sanitaire diverse	Prestataires d'au moins une prestation de séjours hospitaliers
PCS individuelle (actifs)					
artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2,3	2,2	2,2	2,1	2,3
cadres supérieurs	7,8	7,8	7,7	7,6	5,5
professions intermédiaires	23,8	24,5	24,5	24,7	26,4
employés	33,4	33,6	33,8	33,7	37,7
ouvriers qualifiés	23,7	23,4	23,4	23,2	17,3
ouvriers non qualifiés	8,8	8,4	8,4	8,5	5,5
Exonération du ticket modérateur					
oui	9,1	9,8	10,0	10,2	25,4
non	90,5	89,7	89,6	89,4	74,6
ne sait pas	0,4	0,4	0,4	0,4	0,0
Couverture complémentaire					
oui	86,8	88,2	88,6	88,7	82,8
non	13,0	11,6	11,3	11,2	17,2
ne sait pas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Hospitalisation < 3 mois					
oui	3,9	4,2	4,2	4,2	24,1
non	96,1	95,7	95,7	95,8	75,9

Annexe 1

Pharmacie

Tableau n° 6 depense4.XLS (pharma1)
Dépense moyenne de pharmacie par personne protégée en 1992
selon l'âge et le sexe de la personne en dix classes

PHARMACIE	POPULATION					MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE				
	Effectif de population (brut)	Effectif de prestataires (brut)	Effectif de population	Effectif de prestataires	Taux de prestataires en un an	Montant remboursé	Montant non remboursé	Ticket modérateur	Dépense effective	Montant remboursé / dépense
AGE	HOMMES									
< 2 ans	44	42	74	71	95,5%	503	374	268	877	57,4%
2-9 ans	284	228	463	372	80,4%	314	212	190	526	59,6%
10-19 ans	293	213	470	340	72,4%	284	122	111	406	70,0%
20-29 ans	258	162	468	289	61,6%	244	108	96	353	69,3%
30-39 ans	289	220	483	366	75,8%	335	171	150	506	66,1%
40-49 ans	311	244	503	393	78,1%	821	246	224	1 068	76,9%
50-59 ans	205	167	368	300	81,6%	1 434	339	313	1 773	80,9%
60-69 ans	198	179	379	343	90,6%	2 089	496	480	2 585	80,8%
70-79 ans	81	74	202	182	90,5%	3 138	675	613	3 813	82,3%
>=80 ans	27	27	67	67	100,0%	4 106	722	525	4 828	85,1%
Ensemble	1 990	1 556	3 476	2 723	78,3%	930	270	243	1 200	77,5%
	FEMMES									
< 2 ans	65	58	107	95	88,8%	352	296	212	649	54,3%
2-9 ans	231	194	373	314	84,2%	262	169	146	431	60,8%
10-19 ans	306	233	487	367	75,5%	280	172	144	452	62,0%
20-29 ans	320	243	531	405	76,3%	643	307	240	949	67,7%
30-39 ans	434	340	683	532	78,0%	649	363	305	1 011	64,1%
40-49 ans	362	279	564	435	77,2%	815	372	330	1 187	68,7%
50-59 ans	271	230	453	384	84,7%	1 544	692	629	2 237	69,0%
60-69 ans	217	200	403	372	92,3%	2 127	773	730	2 901	73,4%
70-79 ans	120	113	263	247	94,0%	3 042	986	912	4 027	75,5%
>=80 ans	45	43	97	92	95,1%	3 271	930	860	4 201	77,9%
Ensemble	2 371	1 933	3 961	3 244	81,9%	1 058	448	397	1 506	70,3%
	ENSEMBLE									
< 2 ans	109	100	182	166	91,6%	414	328	235	742	55,8%
2-9 ans	515	422	835	686	82,1%	290	193	170	484	60,1%
10-19 ans	599	446	956	708	74,0%	282	147	128	429	65,7%
20-29 ans	578	405	1 000	694	69,4%	456	214	173	670	68,1%
30-39 ans	723	560	1 165	898	77,1%	519	283	241	802	64,7%
40-49 ans	673	523	1 066	828	77,6%	818	313	280	1 131	72,3%
50-59 ans	476	397	821	684	83,3%	1 495	534	488	2 029	73,7%
60-69 ans	415	379	782	715	91,5%	2 109	639	609	2 748	76,8%
70-79 ans	201	187	464	429	92,5%	3 084	851	782	3 934	78,4%
>=80 ans	72	70	165	160	97,1%	3 613	845	723	4 458	81,0%
Ensemble	4 361	3 489	7 437	5 967	80,2%	998	365	325	1 363	73,3%

Source : Appariement ESPS-EPAS 1992

A. Aligon

Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992

Tome 2 : la pharmacie et les autres biens médicaux

Novembre 1997 - CREDES

Tableau n° 7 depense4.XLS (pharma2)
Dépense moyenne de pharmacie par personne protégée en 1992
selon la situation familiale et le lieu de résidence

PHARMACIE	POPULATION					MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE					
	Effectif de population (brut)	Effectif de prestataires (brut)	Effectif de population	Effectif de prestataires	Taux de prestataires en un an	Montant remboursé	Montant non remboursé	Ticket modérateur	Dépense effective		Montant remboursé / dépense
									Montant	Indice à âge et sexe comparable	
Etat matrimonial											
Marié(e), en ménage	2 297	1 888	3 950	3 264	82,7%	1 157	425	381	1 581	0,96	73,1%
Divorcé(e), séparé(e)	126	108	214	183	85,4%	1 812	595	514	2 407	1,46	75,3%
Veuf, veuve	207	191	403	372	92,3%	3 035	781	742	3 816	2,32	79,5%
Célibataire	618	414	1 074	717	66,8%	673	243	209	916	0,56	73,5%
Ensemble des plus de 18 ans	3 248	2 601	5 642	4 536	80,4%	1 223	424	438	1 645	1,00	74,4%
Enfants de moins de 18 ans	1 113	888	1 795	1 431	79,7%	290	184	156	474	-	61,2%
Taille du ménage											
1 personne	393	326	735	613	83,5%	2 149	608	556	2 758	2,03	77,9%
2 personnes	940	813	1 740	1 515	87,1%	1 697	570	517	2 267	1,67	74,9%
3 personnes	970	795	1 615	1 320	81,7%	853	321	280	1 174	0,86	72,7%
4 personnes	1 198	933	1 953	1 517	77,7%	481	240	209	720	0,53	66,7%
5 personnes ou plus	860	622	1 394	1 002	71,9%	412	204	180	617	0,45	66,8%
Lieu de résidence (classé en Zone d'Etude et d'Aménagement du Territoire)											
Région parisienne	771	593	1 610	1 247	77,5%	962	377	306	1 340	0,96	71,8%
Bassin parisien	822	666	1 330	1 083	81,4%	1 006	413	383	1 418	1,09	70,9%
Nord	302	244	504	411	81,6%	1 158	470	440	1 628	1,19	71,1%
Est	444	358	678	548	80,9%	1 031	246	205	1 277	0,96	80,7%
Ouest	608	488	935	753	80,6%	906	354	323	1 260	1,00	71,9%
Sud-Ouest	396	333	639	542	84,7%	1 222	420	385	1 643	1,06	74,4%
Centre-Est	556	441	912	728	79,8%	790	305	271	1 095	0,82	72,2%
Méditerranée	451	358	796	632	79,4%	1 126	335	319	1 462	1,01	77,1%
Non déclarée	11	8	32	23	72,3%	251	186	186	437	-	57,5%
Total	4 361	3 489	7 437	5 967	80,2%	998	365	325	1 363	1,00	73,3%

Source : Appariement ESPS-EPAS 1992

A. Aligon

Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992

Tome 2 : la pharmacie et les autres biens médicaux

Novembre 1997 - CREDES

Tableau n° 8 depense4.XLS (pharma3)
Dépense moyenne de pharmacie par personne protégée en 1992
selon la catégorie sociale

PHARMACIE	POPULATION					MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE					
	Effectif de population (brut)	Effectif de prestataires (brut)	Effectif de population	Effectif de prestataires	Taux de prestataires en un an	Montant remboursé	Montant non remboursé	Ticket modérateur	Dépense effective		Montant remboursé / dépense
									Montant	Indice à âge et sexe comparable	
Occupation principale de la personne											
Actifs occupés	1 808	1 462	2 989	2 412	80,7%	688	320	276	1 008	0,97	68,3%
Chômeurs	230	157	381	258	67,6%	873	367	346	1 240	1,20	70,4%
Femmes au foyer	395	300	692	535	77,3%	1 150	507	456	1 657	-	69,4%
Autres inactifs	60	56	105	97	92,9%	4 536	412	395	4 948	-	91,7%
Retraités	581	534	1 181	1 087	92,0%	2 667	720	669	3 387	-	78,7%
Militaires, étudiants, élèves, enfants	1 285	979	2 084	1 576	75,6%	290	177	150	467	-	62,0%
Non déclaré	2	1	3	2	1	2 571	104	56	2 675	-	96,1%
Profession actuelle ou dernière profession exercée par la personne											
Cadres, prof. intel., prof. lib.	192	146	361	279	77,4%	951	333	293	1 284	0,75	74,1%
Professions intermédiaires	595	504	1 043	885	84,9%	1 162	435	377	1 597	1,00	72,8%
Employés administratifs	578	482	979	822	84,0%	1 259	472	420	1 731	1,01	72,7%
Employés de commerce	399	326	671	549	81,9%	1 195	454	413	1 649	0,96	72,5%
Ouvriers qualifiés	703	566	1 227	990	80,7%	1 337	361	329	1 698	1,05	78,8%
Ouvriers non qualifiés	333	265	566	452	80,0%	1 429	460	448	1 889	1,08	75,7%
Non déclaré, sans profession ni ancienne profession, ensemble des agriculteurs et artisans	1 561	1 200	2 591	1 989	76,8%	535	258	222	793	-	67,5%
Total	4 361	3 489	7 437	5 967	80,2%	998	365	325	1 363	1,00	73,3%

Source : Appariement ESPS-EPAS 1992

Tableau n° 9 depense4.XLS (pharma4)
Dépense moyenne de pharmacie par personne protégée en 1992
selon la catégorie sociale du chef de famille

PHARMACIE	POPULATION					MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE					
	Effectif de population (brut)	Effectif de prestataires (brut)	Effectif de population	Effectif de prestataires	Taux de prestataires en un an	Montant remboursé	Montant non remboursé	Ticket modérateur	Dépense effective		Montant remboursé / dépense
									Montant	Indice à âge et sexe comparable	
Profession actuelle ou dernière profession du chef de famille											
Cadres, prof. intel., prof. lib.	421	321	757	581	76,8%	837	359	305	1 195	0,86	70,0%
Professions intermédiaires	982	818	1 664	1 384	83,2%	893	349	299	1 242	1,00	71,9%
Employés	689	572	1 193	997	83,6%	1 250	438	405	1 688	1,00	74,0%
Ouvriers qualifiés	1 541	1 196	2 590	2 016	77,8%	948	321	289	1 268	1,01	74,7%
Ouvriers non qualifiés	417	339	697	566	81,3%	1 182	376	359	1 557	1,09	75,9%
Non déclaré, sans profession ni ancienne profession, ensemble des agriculteurs et artisans	311	243	536	422	78,9%	1 000	455	389	1 455	-	68,7%
Total	4 361	3 489	7 437	5 967	80,2%	998	365	325	1 363	1,00	73,3%
Crainte de perdre son emploi d'ici un an											
Oui	271	219	452	366	81,0%	567	278	232	845	0,95	67,1%
Non	1 441	1 170	2 379	1 926	80,9%	686	325	282	1 012	1,01	67,8%
Ne sait pas	96	73	159	120	75,7%	1 057	355	311	1 412	-	74,8%
Total	1 808	1 462	2 989	2 412	80,7%	688	320	276	1 008	1,00	68,3%

Source : Appariement ESPS-EPAS 1992

Tableau n° 10 depense4.XLS (pharma5)
Dépense moyenne de pharmacie par personne protégée en 1992
selon trois indicateurs de morbidité de la personne

PHARMACIE	POPULATION					MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE					
	Effectif de population (brut)	Effectif de prestataires (brut)	Effectif de population	Effectif de prestataires	Taux de prestataires en un an	Montant remboursé	Montant non remboursé	Ticket modérateur	Dépense effective		Montant remboursé / dépense
									Montant	Indice à âge et sexe comparable	
Nombre de maladies déclarées											
Aucune	426	321	698	525	75,1%	198	143	117	341	0,62	58,0%
1 maladie	754	561	1 232	911	73,9%	288	162	135	450	0,71	64,1%
2 maladies	699	519	1 142	845	73,9%	364	201	174	564	0,66	64,5%
3 maladies	580	457	967	764	79,0%	565	291	259	856	0,75	66,0%
4 à 5 maladies	749	626	1 281	1 075	83,9%	993	391	355	1 385	0,87	71,7%
6 maladies ou plus	823	748	1 540	1 403	91,1%	2 641	755	682	3 395	1,31	77,8%
Maladies non déclarées ou inexploitable	330	257	574	444	77,4%	1 093	413	377	1 507	-	72,6%
Degré de risque vital											
Aucun risque	1 660	1 279	2 723	2 092	76,8%	325	208	178	533	0,71	61,0%
Risque faible	1 522	1 194	2 545	1 994	78,4%	621	350	311	971	0,76	63,9%
Risque possible	602	531	1 096	974	88,8%	1 934	634	585	2 568	1,14	75,3%
Risque important	229	215	463	437	94,3%	4 627	648	571	5 275	1,72	87,7%
Risque indéterminable	348	270	609	470	77,2%	1 139	423	387	1 562	-	72,9%
Degré d'invalidité											
Pas gêné ou gêne infime	1 613	1 214	2 646	1 983	74,9%	256	172	143	428	0,62	59,7%
Peu gêné	791	592	1 309	976	74,6%	450	252	221	703	0,65	64,1%
Gêné mais vie normale	1 097	942	1 893	1 629	86,1%	1 097	517	467	1 614	0,92	68,0%
Activité modérée ou réduite	489	451	934	870	93,1%	3 412	714	665	4 127	1,53	82,7%
Pas d'autonomie ou alitement	22	19	44	37	84,5%	4 537	479	172	5 016	1,88	90,5%
Degré d'invalidité indéterminable	349	271	610	472	77,3%	1 137	422	387	1 559	-	72,9%
Total	4 361	3 489	7 437	5 967	80,2%	998	365	325	1 363	1,00	73,3%

Source : Appariement ESPS-EPAS 1992

A. Aligon

Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992

Tome 2 : la pharmacie et les autres biens médicaux

Novembre 1997 - CREDES

Tableau n° 11 depense4.XLS (pharma6)
Dépense moyenne de pharmacie par personne protégée en 1992
selon trois autres indicateurs d'état de santé de la personne

PHARMACIE	POPULATION					MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE					
	Effectif de population (brut)	Effectif de prestataires (brut)	Effectif de population	Effectif de prestataires	Taux de prestataires en un an	Montant remboursé	Montant non remboursé	Ticket modérateur	Dépense effective		Montant remboursé / dépense
									Montant	Indice à âge et sexe comparable	
Etat de santé ressenti par la personne (noté entre 0 et 10)											
0-4	97	92	182	173	95,3%	4 314	602	566	4 916	1,93	87,8%
5-6	502	441	922	816	88,4%	2 429	649	588	3 078	1,37	78,9%
7-8	1 296	1 065	2 209	1 818	82,3%	915	414	369	1 329	0,89	68,8%
9-10	1 880	1 422	3 106	2 346	75,5%	345	203	177	549	0,67	62,9%
Non déclarée	586	469	1 016	814	80,1%	1 284	449	403	1 733	-	74,1%
Risque tabagique											
Fume	944	719	1 599	1 217	76,1%	743	281	248	1 023	0,86	72,6%
A fumé, ne fume plus	680	570	1 226	1 035	84,5%	1 669	455	407	2 125	1,12	78,6%
N'a jamais fumé	1 439	1 170	2 474	2 021	81,7%	1 242	469	422	1 711	1,00	72,6%
Ne sait pas	276	215	488	380	77,9%	1 301	484	448	1 785	-	72,9%
Ensemble des 16 ans et plus	3 339	2 674	5 787	4 654	80,4%	1 200	415	373	1 615	1,00	74,3%
Antécédent d'hospitalisation au cours des 3 derniers mois											
Oui	168	154	288	265	91,8%	1 976	517	448	2 492	1,49	79,3%
Non	4 189	3 333	7 141	5 699	79,8%	959	359	320	1 318	0,98	72,8%
Non déclaré	4	2	7	4	52,6%	492	264	249	756	-	65,1%
Total	4 361	3 489	7 437	5 967	80,2%	998	365	325	1 363	1,00	73,3%

Source : Appariement ESPS-EPAS 1992

Tableau n° 12 depense4.XLS (pharma7)
Dépense moyenne de pharmacie par personne protégée en 1992
selon le degré de protection sociale de la personne

PHARMACIE	POPULATION					MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE					
	Effectif de population (brut)	Effectif de prestataires (brut)	Effectif de population	Effectif de prestataires	Taux de prestataires en un an	Montant remboursé	Montant non remboursé	Ticket modérateur	Dépense effective		Montant remboursé / dépense
									Montant	Indice à âge et sexe comparable	
Exonération du ticket modérateur											
Exonérés du ticket modérateur	395	367	752	698	92,8%	4 378	407	345	4 785	1,83	91,5%
Non exonérés du ticket modérateur	3 945	3 108	6 649	5 246	78,9%	619	361	324	979	0,80	63,2%
Non déclaré	21	14	36	24	65,3%	521	208	185	729	-	71,5%
Couverture complémentaire											
Avec couverture complémentaire	3 785	3 099	6 402	5 261	82,2%	979	390	348	1 369	1,01	71,5%
Sans couverture complémentaire	569	386	1 021	699	68,5%	1 120	210	189	1 330	0,93	84,2%
Non déclaré	7	4	13	7	55,2%	700	83	60	782	-	89,4%
Type de couverture complémentaire											
Mutuelle	2 016	1 653	3 375	2 777	82,3%	1 076	419	380	1 496	1,06	72,0%
Caisse de prévoyance	670	546	1 174	965	82,2%	1 072	371	322	1 443	0,97	74,3%
Assurance	885	723	1 480	1 207	81,5%	636	320	275	956	0,86	66,6%
Type de couverture inconnue ou indéterminée	214	177	373	312	83,7%	1 173	460	421	1 634	-	71,8%
Pas de couverture complémentaire	569	386	1 021	699	68,5%	1 120	210	189	1 330	-	84,2%
Non déclaré	7	4	13	7	55,2%	700	83	60	782	-	89,4%
Couverture sociale											
Exonéré et couverture complémentaire	297	279	553	523	94,5%	4 437	445	371	4 882	1,94	90,9%
Exonéré sans couverture complémentaire	97	88	196	175	89,3%	4 276	303	277	4 579	1,58	93,4%
Non exonéré et couverture complémentaire	3 469	2 807	5 817	4 716	81,1%	654	385	346	1 040	0,83	62,9%
Non exonéré sans couverture complémentaire	467	297	817	523	64,0%	373	189	168	561	0,52	66,4%
Non déclaré	31	18	54	31	57,3%	393	172	154	565	-	69,6%
Total	4 361	3 489	7 437	5 967	80,2%	998	365	325	1 363	1,00	73,3%

Source : Appariement ESPS-EPAS 1992

Annexe 2

Optique médicale

**Tableau n° 13 depense4.XLS [optique1(2)]
Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée en 1992
selon l'âge et le sexe de la personne en six classes**

OPTIQUE	POPULATION					MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE					
	Effectif de population (brut)	Effectif de prestataires (brut)	Effectif de population	Effectif de prestataires	Taux de prestataires en un an	Montant remboursé	Montant non remboursé	Ticket modérateur	Dépense effective	Montant remboursé / dépense	Dépense effective par consommateur
AGE	HOMMES										
< 2 ans	44	2	74	3	4,5%	11	16	5	27	41,4%	667
2-15 ans	484	49	783	79	10,0%	27	56	11	82	32,6%	817
16-39 ans	640	47	1 101	80	7,3%	3	55	1	58	4,5%	800
40-64 ans	656	113	1 125	192	17,1%	12	201	4	213	5,6%	1 246
65-79 ans	139	22	326	51	15,6%	12	268	4	280	4,3%	1 793
>=80 ans	27	5	67	12	18,0%	8	139	3	147	5,7%	821
Ensemble	1 990	238	3 476	417	12,0%	12	123	5	136	9,1%	1 130
	FEMMES										
< 2 ans	65	-	107	-	-	-	-	-	-	-	-
2-15 ans	429	49	686	78	11,4%	29	43	11	73	40,5%	640
16-39 ans	862	79	1 388	128	9,2%	5	78	2	83	5,6%	898
40-64 ans	753	131	1 226	215	17,5%	11	230	4	241	4,5%	1 376
65-79 ans	217	40	456	83	18,3%	13	238	5	251	5,3%	1 379
>=80 ans	45	6	97	13	12,9%	5	106	2	111	4,3%	829
Ensemble	2 371	305	3 961	517	13,1%	12	136	5	148	7,9%	1 134
	ENSEMBLE										
< 2 ans	109	2	182	3	1,8%	5	6	2	11	41,4%	670
2-15 ans	913	98	1 468	157	10,7%	28	50	11	78	36,0%	729
16-39 ans	1 502	126	2 489	208	8,4%	4	68	1	72	5,2%	860
40-64 ans	1 409	244	2 351	407	17,3%	11	216	4	228	5,0%	1 315
65-79 ans	356	62	783	134	17,1%	13	251	4	263	4,8%	1 539
>=80 ans	72	11	165	25	15,0%	6	120	2	126	5,0%	830
Ensemble	4 361	543	7 437	934	12,6%	12	130	5	142	8,4%	1 132

Source : Appariement ESPS-EPAS 1992

A. Aligon

Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992

Tome 2 : la pharmacie et les autres biens médicaux

Novembre 1997 - CREDES

Tableau n° 14 depense4.XLS (optique2)
Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée en 1992
selon la situation familiale et le lieu de résidence

OPTIQUE	POPULATION					MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE					
	Effectif de population (brut)	Effectif de prestataires (brut)	Effectif de population	Effectif de prestataires	Taux de prestataires en un an	Montant remboursé	Montant non remboursé	Ticket modérateur	Dépense effective		Montant remboursé / dépense
									Montant	Indice à âge et sexe comparable	
Etat matrimonial											
Marié(e), en ménage	2 297	338	3 950	592	15,0%	10	190	4	199	1,22	4,8%
Divorcé(e), séparé(e)	126	17	214	30	14,1%	8	139	3	146	0,89	5,4%
Veuf, veuve	207	27	403	51	12,6%	7	119	2	125	0,76	5,3%
Célibataire	618	45	1 074	75	7,0%	3	49	1	52	0,32	5,5%
Ensemble des plus de 18 ans	3 248	427	5 642	749	13,3%	8	156	3	164	1,00	4,9%
Enfants de moins de 18 ans	1 113	116	1 795	185	10,3%	24	49	34	74	-	33,0%
Taille du ménage											
1 personne	393	46	735	82	11,1%	6	91	2	97	0,68	5,7%
2 personnes	940	160	1 740	298	17,2%	12	219	4	230	1,62	5,1%
3 personnes	970	107	1 615	180	11,2%	10	109	3	119	0,84	8,7%
4 personnes	1 198	137	1 953	221	11,3%	14	108	5	122	0,86	11,2%
5 personnes ou plus	860	93	1 394	152	10,9%	15	96	6	111	0,78	13,6%
Lieu de résidence (classé en Zone d'Etude et d'Aménagement du Territoire)											
Région parisienne	771	95	1 610	199	12,4%	11	175	5	186	1,28	5,8%
Bassin parisien	822	96	1 330	156	11,8%	12	118	5	130	0,97	9,2%
Nord	302	32	504	55	10,9%	8	137	4	145	1,03	5,8%
Est	444	64	678	100	14,7%	19	106	4	124	0,82	14,9%
Ouest	608	81	935	127	13,6%	14	90	5	104	0,79	13,5%
Sud-Ouest	396	54	639	89	13,9%	11	150	4	160	1,00	6,7%
Centre-Est	556	74	912	123	13,5%	14	167	6	181	1,35	7,9%
Méditerranée	451	45	796	80	10,0%	7	65	3	72	0,48	9,6%
Non déclarée	11	2	32	5	16,6%	7	153	3	161	-	4,5%
Total	4 361	543	7 437	934	12,6%	12	130	5	142	1,00	8,4%

Source : Appariement ESPS-EPAS 1992

A. Aligon

Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992

Tome 2 : la pharmacie et les autres biens médicaux

Novembre 1997 - CREDES

Tableau n° 15 depense4.XLS (optique3)
Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée en 1992
selon la catégorie sociale

OPTIQUE	POPULATION					MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE					
	Effectif de population (brut)	Effectif de prestataires (brut)	Effectif de population	Effectif de prestataires	Taux de prestataires en un an	Montant remboursé	Montant non remboursé	Ticket modérateur	Dépense effective		Montant remboursé / dépense
									Montant	Indice à âge et sexe comparable	
Occupation principale de la personne											
Actifs occupés	1 808	252	2 989	416	13,9%	7	158	3	165	1,05	4,5%
Chômeurs	230	17	381	29	7,7%	3	87	1	90	0,61	3,8%
Femmes au foyer	395	47	692	93	13,4%	10	199	4	209	-	4,6%
Autres inactifs	60	12	105	20	18,8%	13	198	0	211	-	6,2%
Retraités	581	89	1 181	175	14,8%	11	169	4	181	-	6,3%
Militaires, étudiants, élèves, enfants	1 285	126	2 084	201	9,6%	21	50	8	72	-	29,7%
Non déclaré	2	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-
Profession actuelle ou dernière profession exercée par la personne											
Cadres, prof. intel., prof. lib.	192	26	361	47	13,2%	8	191	3	199	1,07	3,9%
Professions intermédiaires	595	86	1 043	151	14,5%	11	151	4	162	1,01	6,6%
Employés administratifs	578	93	979	159	16,2%	9	200	4	210	1,30	4,4%
Employés de commerce	399	48	671	82	12,2%	6	122	2	128	0,83	4,6%
Ouvriers qualifiés	703	81	1 227	142	11,6%	7	137	2	144	0,91	4,7%
Ouvriers non qualifiés	333	39	566	64	11,3%	6	102	2	108	0,76	5,1%
Non déclaré, sans profession ni ancienne profession, ensemble des agriculteurs et artisans	1 561	170	2 591	289	11,2%	20	92	8	111	-	17,6%
Total	4 361	543	7 437	934	12,6%	12	130	5	142	1,00	8,4%

Source : Appariement ESPS-EPAS 1992

Tableau n° 16 depense4.XLS (optique4)
Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée en 1992
selon la catégorie sociale du chef de famille

OPTIQUE	POPULATION					MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE					
	Effectif de population (brut)	Effectif de prestataires (brut)	Effectif de population	Effectif de prestataires	Taux de prestataires en un an	Montant remboursé	Montant non remboursé	Ticket modérateur	Dépense effective		Montant remboursé / dépense
									Montant	Indice à âge et sexe comparable	
Profession actuelle ou dernière profession de la personne de référence											
Cadres, prof. intel., prof. lib.	421	60	757	109	14,4%	12	216	4	227	1,45	5,1%
Professions intermédiaires	982	120	1 664	206	12,4%	14	112	5	126	0,90	10,8%
Employés	689	92	1 193	161	13,5%	11	147	4	158	1,04	7,1%
Ouvriers qualifiés	1 541	181	2 590	306	11,8%	12	114	4	126	0,92	9,3%
Ouvriers non qualifiés	417	50	697	81	11,7%	10	104	4	114	0,90	9,0%
Non déclaré, sans profession ni ancienne profession, ensemble des agriculteurs et artisans	311	40	536	70	13,0%	13	139	5	152	-	8,5%
Total	4 361	543	7 437	934	12,6%	12	130	5	142	1,00	8,4%
Crainte de perdre son emploi d'ici un an											
Oui	271	28	452	46	10,1%	5	105	2	111	0,77	4,8%
Non	1 441	206	2 379	340	14,3%	7	163	3	171	1,04	4,4%
Ne sait pas	96	18	159	31	19,3%	11	222	5	233	-	4,8%
Total	1 808	252	2 989	416	13,9%	7	158	3	165	1,00	4,5%

Source : Appariement ESPS-EPAS 1992

Tableau n° 17 depense4.XLS (optique5)
Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée en 1992
selon trois indicateurs de morbidité de la personne

OPTIQUE	POPULATION					MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE					
	Effectif de population (brut)	Effectif de prestataires (brut)	Effectif de population	Effectif de prestataires	Taux de prestataires en un an	Montant remboursé	Montant non remboursé	Ticket modérateur	Dépense effective		Montant remboursé / dépense
									Montant	Indice à âge et sexe comparable	
Nombre de maladies déclarées											
Aucune	426	5	698	10	1,5%	2	21	1	23	0,35	7,0%
1 maladie	754	46	1 232	74	6,0%	10	37	4	47	0,55	21,0%
2 maladies	699	100	1 142	163	14,3%	18	112	7	130	1,17	14,0%
3 maladies	580	92	967	155	16,0%	14	152	6	166	1,17	8,5%
4 à 5 maladies	749	123	1 281	213	16,6%	14	167	5	181	0,98	7,5%
6 maladies ou plus	823	146	1 540	267	17,3%	13	238	4	250	1,10	5,0%
Maladies non déclarées ou inexploitable	330	31	574	52	9,0%	8	93	3	101	-	7,9%
Degré de risque vital											
Aucun risque	1 660	187	2 723	309	11,3%	17	88	7	105	1,10	16,3%
Risque faible	1 522	203	2 545	342	13,4%	8	143	3	150	1,00	5,1%
Risque possible	602	88	1 096	164	15,0%	12	212	4	224	1,05	5,5%
Risque important	229	28	463	55	11,8%	9	133	2	142	0,62	6,0%
Risque indéterminable	348	37	609	64	10,5%	9	117	4	126	-	7,3%
Degré d'invalidité											
Pas gêné ou gêne infime	1 613	174	2 646	288	10,9%	15	81	6	96	1,08	15,5%
Peu gêné	791	83	1 309	136	10,4%	9	98	4	107	0,80	8,3%
Gêné mais vie normale	1 097	174	1 893	306	16,1%	10	211	4	221	1,14	4,7%
Activité modérée ou réduite	489	73	934	136	14,6%	13	163	3	176	0,84	7,2%
Pas d'autonomie ou alitement	22	2	44	3	7,6%	16	27	6	42	0,22	36,9%
Degré d'invalidité indéterminable	349	37	610	64	10,5%	9	117	4	126	-	7,3%
Total	4 361	543	7 437	934	12,6%	12	130	5	142	1,00	8,4%

Source : Appariement ESPS-EPAS 1992

A. Aligon

Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992

Tome 2 : la pharmacie et les autres biens médicaux

Novembre 1997 - CREDES

Tableau n° 18 depense4.XLS (optique6)
Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée en 1992
selon trois autres indicateurs d'état de santé de la personne

OPTIQUE	POPULATION					MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE					
	Effectif de population (brut)	Effectif de prestataires (brut)	Effectif de population	Effectif de prestataires	Taux de prestataires en un an	Montant remboursé	Montant non remboursé	Ticket modérateur	Dépense effective		Montant remboursé / dépense
									Montant	Indice à âge et sexe comparable	
Etat de santé ressenti par la personne (noté entre 0 et 10)											
0-4	97	16	182	31	17,1%	13	175	4	188	0,76	6,7%
5-6	502	72	922	130	14,1%	13	208	4	222	1,05	6,0%
7-8	1 296	169	2 209	296	13,4%	10	152	4	161	0,95	6,0%
9-10	1 880	225	3 106	374	12,0%	15	97	6	111	1,06	13,1%
Non déclarée	586	61	1 016	103	10,2%	8	107	3	115	-	7,0%
Risque tabagique											
Fume	944	89	1 599	150	9,4%	4	91	2	96	0,70	4,3%
A fumé, ne fume plus	680	110	1 226	198	16,2%	10	191	3	200	1,09	4,8%
N'a jamais fumé	1 439	216	2 474	376	15,2%	10	184	4	194	1,11	5,3%
Ne sait pas	276	28	488	50	10,2%	6	120	2	126	-	5,1%
Ensemble des 16 ans et plus	3 339	443	5 787	774	13,4%	8	154	3	163	1,00	5,0%
Antécédent d'hospitalisation au cours des 3 derniers mois											
Oui	168	27	288	48	16,5%	17	193	5	210	1,33	7,9%
Non	4 189	516	7 141	886	12,4%	12	128	5	140	0,99	8,5%
Non déclaré	4	-	7	-	-	-	-	5	-	-	-
Total	4 361	543	7 437	934	12,6%	12	130	17	142	1,00	8,4%

Source : Appariement ESPS-EPAS 1992

Tableau n° 19 depense4.XLS (optique7)
Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée en 1992
selon le degré de protection sociale de la personne

OPTIQUE	POPULATION					MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE					
	Effectif de population (brut)	Effectif de prestataires (brut)	Effectif de population	Effectif de prestataires	Taux de prestataires en un an	Montant remboursé	Montant non remboursé	Ticket modérateur	Dépense effective		Montant remboursé / dépense
									Montant	Indice à âge et sexe comparable	
Exonération du ticket modérateur											
Exonérés du ticket modérateur	395	59	752	108	14,4%	11	168	3	179	0,85	6,4%
Non exonérés du ticket modérateur	3 945	481	6 649	820	12,3%	12	126	5	138	1,03	8,7%
Non déclaré	21	3	36	5	14,6%	27	83	11	109	-	24,3%
Couverture complémentaire											
Avec couverture complémentaire	3 785	503	6 402	856	13,4%	13	140	5	153	1,06	8,5%
Sans couverture complémentaire	569	40	1 021	77	7,6%	6	71	2	77	0,59	7,7%
Non déclaré	7	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-
Type de couverture complémentaire											
Mutuelle	2 016	250	3 375	428	12,7%	11	135	4	146	0,94	7,5%
Caisse de prévoyance	670	88	1 174	152	13,0%	14	135	6	149	0,93	9,3%
Assurance	885	133	1 480	220	14,9%	17	156	6	174	1,20	10,1%
Type de couverture inconnue ou indéterminée	214	32	373	56	15,1%	11	135	5	147	-	7,6%
Pas de couverture complémentaire	569	40	1 021	77	7,6%	6	71	2	77	-	7,7%
Non déclaré	7	-	13	-	-	-	-	-	-	-	-
Couverture sociale											
Exonéré et couverture complémentaire	297	46	553	82	14,8%	12	171	3	182	0,85	6,4%
Exonéré sans couverture complémentaire	97	13	196	26	13,5%	11	162	2	172	0,85	6,3%
Non exonéré et couverture complémentaire	3 469	454	5 817	769	13,2%	13	137	5	150	1,09	8,7%
Non exonéré sans couverture complémentaire	467	26	817	49	6,0%	5	50	2	55	0,49	8,6%
Non déclaré	31	4	54	7	12,5%	18	55	8	74	-	25,0%
Total	4 361	543	7 437	934	12,6%	12	130	5	142	1,00	8,4%

Source : Appariement ESPS-EPAS 1992

Glossaire

Les dépenses de soins médicaux

- * **Base de remboursement ou tarif de responsabilité** : tarif d'un acte fixé par la nomenclature de la Sécurité sociale relative à cet acte : la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) pour les soins médicaux.
- * **Débours** : somme déboursée par la personne et versée au producteur de soins à l'occasion d'un acte médical ou paramédical ; elle est toujours inférieure ou égale à la dépense effective ; elle est nulle si le producteur de soins pratique le tiers payant et que le taux de remboursement par la Sécurité sociale est de 100 %.
- * **Dépassement** : parfois, la somme facturée à un patient comprend, en sus du *tarif de responsabilité* défini par la nomenclature, un dépassement accordé par convention.
- * **Dépense effective** : dépense réelle occasionnée par l'acte médical ou paramédical ; celle-ci est égale à la somme du *tarif de responsabilité (base de remboursement)* fixé par la nomenclature des actes et d'un éventuel *dépassement* ; elle est rarement inférieure à ce tarif, sauf en cas d'acte gratuit.
- * **Majoration** : pour les actes réalisés les jours fériés, dimanches ou la nuit, des majorations sont prévues par la nomenclature venant majorer le *tarif de responsabilité*.
- * **Montant à charge du ménage** : somme restant à la charge de la personne après remboursement par l'Assurance maladie ; toute ou partie de cette somme peut être supportée par une éventuelle *couverture complémentaire maladie (caisse de prévoyance, mutuelle, assurance privée)*.
- * **Prestation = remboursement** : somme remboursée à la personne par l'Assurance maladie à l'occasion d'une dépense médicale ou paramédicale ; cette somme est le produit du *tarif de responsabilité (base de remboursement)* par le *taux de remboursement* par l'Assurance maladie.
- * **Taux de remboursement** : c'est la part d'une dépense médicale ou paramédicale prise en charge par l'Assurance maladie, exprimée en pourcentage du *tarif de responsabilité (base de remboursement)*, et non en pourcentage de la dépense effective. Le taux de remboursement d'un acte médical ou paramédical est fixé par la législation et dépend du type de l'acte et de la pathologie du patient. Il peut varier dans le temps : en 1992, il est de 40 % pour la pharmacie à vignette bleue et il est 70% pour la pharmacie à vignette blanche, mais un malade souffrant d'une Affection de Longue Durée (ALD) bénéficie taux de 100 % pour les soins en rapport avec cette ALD.
- * **Taux de prise en charge** : le taux de prise en charge d'un acte médical ou paramédical est défini comme le calcul du rapport entre le montant remboursé et la dépense effective. Il décrit donc la part que représentent les prestations de la Sécurité sociale dans la *dépense effective*. Le taux moyen de prise en charge par personne de la consommation médicale globale d'une personne dépend donc des taux de remboursement qui varient selon le type d'actes et/ou la pathologie du patient. De plus, en cas de dépassement, la dépense effective peut être différente de la somme des *tarifs de responsabilité*.
- * **Ticket modérateur** : part du *tarif de responsabilité (base de remboursement)* restant à la charge de la personne après intervention de l'Assurance maladie de la Sécurité sociale (montant non remboursé) ; il correspond donc à 30 % du tarif de responsabilité pour la pharmacie à vignette blanche en 1992.
- * **Tiers payant** : la pratique du tiers payant permet à une *personne protégée* de ne pas faire l'avance des frais correspondant au *remboursement* d'un soin médical par l'Assurance maladie : celle-ci adresse directement au producteur de soins le montant du remboursement prévu. La personne ne règle alors qu'un montant correspondant au *solde à la charge du ménage*. Cette pratique peut s'étendre à la couverture complémentaire maladie.

Le mode de protection sociale

- * **Assurance maladie de la Sécurité sociale** : la Sécurité sociale comprend trois branches qui sont l'Assurance maladie, l'Assurance vieillesse et les Allocations Familiales. L'Assurance maladie couvre les personnes, qui y sont affiliées, contre les risques liés à la maladie, aux accidents du travail et la maternité. Cette assurance est obligatoire et, dans le cas des travailleurs salariés, les cotisations sont prélevées directement sur le salaire. En contrepartie, les frais médicaux occasionnés par la maladie, l'accident du travail ou la maternité *sont pris en charge* par l'Assurance maladie qui *rembourse* toute ou partie de la dépense (*prestations*).
- * **Assuré principal** : assuré tiré au sort dans l'EPAS pour participer à l'enquête SPS.
- * **Assuré non principal** : assuré autre que principal, c'est-à-dire non tiré au sort, et faisant partie du ménage d'un assuré principal.
- * **Assurance privée** : société commerciale à but lucratif recevant des primes de sa clientèle et versant en contrepartie des sommes en vue du remboursement de frais correspondant aux risques couverts ; en l'occurrence, dans le domaine de la santé, et plus précisément en cas de consommation médicale, ces remboursements viennent en complément ou non des remboursements effectués par les régimes obligatoires d'Assurance maladie de la Sécurité sociale ou par d'autres couvertures complémentaires maladie (prévoyance ou mutuelle).
- * **Assuré social** : personne affiliée à la Sécurité sociale et cotisant aux assurances obligatoires ; de fait, elle est *protégée* ou couverte par l'Assurance maladie obligatoire de la Sécurité sociale, ce qui lui ouvre les droits aux *prestations* délivrées par cette assurance.
- * **Ayant droit** : personne *protégée* par l'Assurance maladie de la Sécurité sociale par l'intermédiaire d'un assuré social, et donc bénéficiaire également des prestations. Par exemple, un enfant est ayant droit de ses parents ; une femme inactive est ayant droit de son conjoint.
- * **Bénéficiaire** : une personne est bénéficiaire de l'Assurance maladie si elle est reconnue en tant qu'assuré social ou ayant droit d'un assuré social, ce qui lui ouvre des droits au bénéfice des prestations. Elle devient *prestataire* lorsqu'elle consomme des soins médicaux donnant droit à des prestations et en demande le *remboursement* à l'Assurance maladie.
- * **Caisse de prévoyance** : organisme régi par le code de la Sécurité sociale, à but non lucratif, géré paritairement par les entreprises et les salariés adhérents auxquels elle est réservée. La loi oblige les entreprises à couvrir l'ensemble de leurs membres salariés auprès d'une caisse de prévoyance pour certains gros risques (notamment pour le risque de décès et le risque d'invalidité) ; pour une autre part qui recouvre les frais de soins de santé, l'adhésion des salariés varie selon les entreprises, est peut être collective, individuelle, obligatoire ou non obligatoire. En cas de consommation médicale, si ce risque est couvert, les caisses de prévoyance interviennent alors en complément des remboursements effectués par l'Assurance maladie obligatoire des organismes de Sécurité sociale.
- * **Couverture complémentaire** : organisme qui rembourse tout ou partie des soins médicaux non pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Cette couverture complémentaire peut être une caisse de prévoyance, une mutuelle ou une assurance privée.

- * **EPAS** (Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux de la CNAMTS) : élaboré en 1976 par le Département Statistique de la CNAMTS avec l'aide de la Division d'Economie Médicale du CREDOC aujourd'hui devenue CREDES, c'est un instrument de suivi des dépenses de l'Assurance maladie du *Régime général*. Cet échantillon contient des renseignements administratifs individuels et toutes les données de *prestations* relatives aux *personnes protégées, assurés et ayants droit*.
- * **ESPS** (Enquête Santé et Protection Sociale du CREDES) : depuis 1988, l'ESPS est réalisée chaque année par le CREDES qui enquête ainsi un quart de l'EPAS. L'un des objectifs est, au moyen de l'appariement des deux sources de données, d'enrichir l'EPAS par des renseignements individuels socio-démographiques provenant de l'ESPS, portant notamment sur la protection sociale, mais également sur la morbidité des personnes protégées.
- * **Exonération du ticket modérateur** : une personne exonérée du ticket modérateur est une personne qui ne paie pas le ticket modérateur, autrement dit, le montant total de ses soins est pris en charge par l'Assurance maladie, dans la limite du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. L'exonération du ticket modérateur peut intervenir dans plusieurs cas : lorsque le motif de consommation de soins médicaux relève d'une maladie particulière appartenant aux Affections reconnues de Longue Durée (ALD), lorsqu'il relève d'un risque spécifique tels le Risque Accident du Travail (AT) ou le Risque Maternité, ou encore lorsqu'il s'agit de circonstances particulières définies tels un acte chirurgical valant K 50 ou plus ou la prolongation d'une hospitalisation au-delà de 30 jours.
- * **Grappe-assuré** : regroupe l'assuré principal et ses ayants droit.
- * **Mutuelle** : groupement à but non lucratif qui mène dans l'intérêt de ses membres et de leurs familles des actions de prévoyance collective, de solidarité et d'entraide. Une mutuelle est régie par le code de la mutualité. Les membres (salariés d'une entreprise ou non) adhèrent sans obligation, en acquittant des cotisations qui leur ouvrent droit à des prestations ainsi que l'accès à différents services. Dans le domaine de la santé, les mutuelles interviennent principalement pour assurer une couverture complémentaire à l'Assurance maladie obligatoire des organismes de Sécurité sociale, notamment en cas de consommation médicale.
- * **Mutuelle décompteuse** : une mutuelle décompteuse gère à la fois la partie des remboursements due par l'Assurance maladie de la Sécurité sociale en cas de consommation médicale et la part complémentaire à la charge de la mutuelle elle-même. Les personnes affiliées à ces mutuelles décompteuses (fonctionnaires et ouvriers de l'état, agents EDF-GDF...) sont exclues de population étudiée ici.
- * **Personnes protégées** par l'Assurance maladie : ensemble des assurés sociaux et de leurs ayants droit.
- * **Prestataire** ou **consommateur** : personne protégée par l'Assurance maladie de la Sécurité sociale recevant des *remboursements (prestations)* relatifs à des soins médicaux. Dans cette étude, et par souci de simplicité, nous utilisons également le vocable « *consommateur* » dans ce même sens.
- * **Régime de Sécurité sociale** : il existe plusieurs régimes de Sécurité sociale en France. Le **Régime général** des Travailleurs Salariés rassemble la majorité des personnes protégées. On distingue en plus de ce Régime général élargi, deux autres grands régimes : le **Régime** des exploitants **Agricoles** et le **Régime des** travailleurs **non** salariés et **non** agricoles (dit Régime des Travailleurs Indépendants). L'étude présente ne porte que sur les personnes protégées par l'Assurance maladie du Régime général en 1992 (hors *mutuelles décompteuses*).

Indicateurs de morbidité

* **Risque vital** : un degré de risque vital est octroyé aux personnes par un médecin-chiffreur au vu de l'ensemble des informations recueillies au moment de l'enquête SPS (nombre et nature des maladies, facteurs de risque (dont le tabagisme...), antécédents médicaux et chirurgicaux, consommations médicales, exonération du ticket modérateur...). Le risque vital a une valeur pronostique.

Le degré de risque vital est placé sur une échelle à 8 positions :

- 0 : aucun indice de risque vital,
- 1 : pronostic péjoratif très très faible,
- 2 : pronostic péjoratif faible,
- 3 : risque possible sur le plan vital,
- 4 : pronostic probablement mauvais (plus de 50 % de décès dans les 10 ans),
- 5 : pronostic sûrement mauvais (plus de 80 % de décès dans les 5 ans),
- 8 : impossible à déterminer par manque d'information,
- 9 : personne décédée en cours d'enquête.

Nous avons regroupé ces degrés de la façon suivante, en 5 positions :

- 0 : aucun risque sur le plan vital,
- 1, 2 : risque faible sur le plan vital,
- 3 : risque possible sur le plan vital,
- 4, 5 : risque important sur le plan vital,
- 8, 9 : risque indéterminé.

* **Invalidité** : de même, un degré d'invalidité est octroyé aux personnes par un médecin-chiffreur au vu de l'ensemble des informations recueillies au moment de l'enquête (nombre et nature des maladies, facteurs de risque, antécédents médicaux et chirurgicaux, consommations médicales, exonération du ticket modérateur, niveau de handicap, port de prothèse...). Il a également une valeur pronostique car il est basé sur la notion d'invalidité *permanente*. Ainsi, une fracture simple de jambe chez un enfant pendant l'enquête ne doit pas être retenue puisque le handicap occasionné est temporaire ; toutefois, une fracture du col du fémur chez une personne âgée risque parfois d'entraîner une gêne permanente et, dans ce cas, le degré octroyé en tiendra compte.

Le degré d'invalidité est placé sur une échelle à 9 positions :

- 0 : pas de gêne,
- 1 : gêné de façon infime,
- 2 : peu gêné,
- 3 : gêné, mais mène une vie normale,
- 4 : doit modifier ou restreindre un peu ses activités professionnelles ou domestiques,
- 5 : activité réduite et/ou ralentie,
- 6 : n'a pas d'autonomie domestique,
- 7 : alitement permanent,
- 8 : impossible à déterminer par manque d'information,
- 9 : personne décédée en cours d'enquête.

Nous avons regroupé ces degrés de la façon suivante, en 7 positions :

- 0,1 : pas de gêne ou gêne infime,
- 2 : peu gêné,
- 3 : gêné, mais mène une vie normale,
- 4,5 : activité modifiée, réduite ou ralentie,
- 6,7 : sans autonomie ou alitement permanent,
- 8 : impossible à déterminer par manque d'information,
- 9 : personne décédée en cours d'enquête.

Bibliographie

Pour en savoir plus

sur la consommation pharmaceutiques

- [1] Logiciel ECO-Santé France, logiciel pour l'analyse du système de santé français, Paris, CREDES, 1996.

sur les données ESPS - EPAS

- [2] « Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 », Paris, CREDES, 1997,
N. Grandfils, tome 1 : les soins de médecins, biblio n° 1198, 151 pages,
L. Com-Ruelle, S. Dumesnil, tome 3 : les auxiliaires médicaux, biblio n° 1200, 127 pages,
L. Com-Ruelle, S. Dumesnil, tome 4 : la biologie médicale, biblio n° 1201, 94 pages.
- [3] N. Grandfils, P. Le Fur, An. Mizrahi, Ar. Mizrahi, « Santé, soins et protection sociale en 1995 », Paris, CREDES, 1996, biblio n°1162.
- [4] A. Aligon, N. Grandfils, S. Lebreton, « Méthode d'appariement de l'EPAS et de l'ESPS, Mise à jour », Paris, CREDES, 1997, biblio n°1157 bis.
- [5] A. Aligon, N. Grandfils, « Analyse socio-économique des dépenses d'hospitalisation en 1992 », Paris, CREDES, 1997, biblio n°1157.
- [6] N. Grandfils, « Prestation, santé et protection sociale : une approche socio-économique ; Première exploitation de 2 enquêtes jumelées EPAS-ESPS 1988 », Paris, CREDES, 1994, biblio n°1018.
- [7] A. Bocognano, N. Grandfils, P. Le Fur, An. Mizrahi, Ar. Mizrahi, « Santé, soins et protection sociale en 1992 », Paris, CREDES, 1993, biblio n°982.
- [8] Th. Lecomte, « le tabagisme : un défi au danger », CREDES, 1992, biblio n° 939.
- [9] A. Bocognano, « Méthode et déroulement de l'enquête sur la santé et la protection sociale, mise à jour », Paris, CREDES, 1992, biblio n°935.
- [10] BLOC-NOTES STATISTIQUES « Qui consomme quoi ? Les remboursements de soins de santé du régime général en 1992 selon les caractéristiques du bénéficiaires », Paris, CNAMTS, 1995, n°74.

*Liste des tableaux
et des graphiques*

Listes des tableaux

Tableau n° 1	
Dépense dans les différents postes de prestations sanitaires diverses et part correspondante dans la dépense totale.....	18
Tableau n° 2	
Dépenses pharmaceutiques en fonction de l'âge	25
Tableau n° 3	
Concentration des dépenses d'optique médicale en fonction de l'âge	55
Tableau n° 4	
Taux de consommateurs selon l'âge, le sexe et le statut.....	81
Tableau n° 4 bis	
Effectif des personnes prestataires selon l'âge, le sexe et le statut.....	81
Tableau 4 ter	
Répartition des personnes protégées selon l'âge, le sexe et le statut.....	81
Tableau n° 5	
Répartition des effectifs de personnes protégées et de prestataires selon diverses caractéristiques (en % par rapport à l'effectif renseigné pour une variable donnée).....	82
Tableau n° 6	
Dépense moyenne de pharmacie par personne protégée en 1992 selon l'âge et le sexe de la personne en dix classes	85
Tableau n° 7	
Dépense moyenne de pharmacie par personne protégée en 1992 selon la situation familiale et le lieu de résidence	86
Tableau n° 8	
Dépense moyenne de pharmacie par personne protégée en 1992 selon la catégorie sociale.....	87
Tableau n° 9	
Dépense moyenne de pharmacie par personne protégée en 1992 selon la catégorie sociale du chef de famille.....	88
Tableau n° 10	
Dépense moyenne de pharmacie par personne protégée en 1992 selon trois indicateurs de morbidité de la personne	89
Tableau n° 11	
Dépense moyenne de pharmacie par personne protégée en 1992 selon trois autres indicateurs d'état de santé de la personne	90
Tableau n° 12	
Dépense moyenne de pharmacie par personne protégée en 1992 selon le degré de protection sociale de la personne.....	91
Tableau n° 13	
Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée en 1992 selon l'âge et le sexe de la personne en six classes	95
Tableau n° 14	
Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée en 1992 selon la situation familiale et le lieu de résidence	96

Tableau n° 15

Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée en 1992 selon la catégorie sociale..... 97

Tableau n° 16

Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée en 1992 selon la catégorie sociale du chef de famille 98

Tableau n° 17

Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée en 1992 selon trois indicateurs de morbidité de la personne 99

Tableau n° 18

Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée en 1992 selon trois autres indicateurs d'état de santé de la personne..... 100

Tableau n° 19

Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée en 1992 selon le degré de protection sociale de la personne..... 101

Listes des graphiques

Graphique n° 1	
Répartition des dépenses de pharmacie et autres biens médicaux en 1992 selon l'âge	19
Graphique n° 2	
Répartition des dépenses de biens médicaux en 1992 par grande catégorie de prestations selon le sexe	20
Graphique n° 3	
Taux de consommateurs en un an en pharmacie selon l'âge et le sexe	24
Graphique n° 4	
Dépense moyenne en pharmacie par personne protégée et par an pour les hommes selon l'âge (F)	24
Graphique n° 5	
Dépense moyenne en pharmacie par personne protégée et par an pour les femmes selon l'âge (F)	25
Graphique n° 6	
Montant moyen annuel par personne protégée non pris en charge par l'Assurance maladie (F) et part correspondante dans la dépense effective (%) selon l'âge pour la pharmacie	26
Graphique n° 7	
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon la taille du ménage	27
Graphique n° 8	
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon la taille du ménage	28
Graphique n° 9	
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon l'occupation principale....	29
Graphique n° 10	
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon l'occupation principale.....	30
Graphique n° 11	
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon la PCS ou l'ancienne PCS individuelle	31
Graphique n° 12	
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon la PCS ou l'ancienne PCS individuelle	32
Graphique n° 13	
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon la crainte ou non de perdre son emploi	33
Graphique n° 14	
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon la crainte de perte d'emploi	34
Graphique n° 15	
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon l'exonération du ticket modérateur	35

Graphique n° 16	
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon l'exonération du ticket modérateur	36
Graphique n° 17	
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon la couverture complémentaire	37
Graphique n° 18	
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon la couverture complémentaire	38
Graphique n° 19	
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon le niveau de couverture sociale	39
Graphique n° 20	
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon le niveau de couverture sociale	40
Graphique n° 21	
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon le nombre de maladies déclarées au premier jour de l'enquête	41
Graphique n° 22	
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon le nombre de maladies déclarées au premier jour de l'enquête	42
Graphique n° 23	
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon le degré de risque vital ...	43
Graphique n° 24	
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon le degré de risque vital	44
Graphique n° 25	
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon le degré d'invalidité	45
Graphique n° 26	
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon le degré d'invalidité	46
Graphique n° 27	
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon l'état de santé ressenti par la personne (noté entre 0 et 10)	47
Graphique n° 28	
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon l'état de santé ressenti par la personne	48
Graphique n° 29	
Taux de consommateurs en un an de produits pharmaceutiques selon le risque tabagique des 16 ans et plus	49
Graphique n° 30	
Dépense effective par personne et par an en produits pharmaceutiques selon le risque tabagique des 16 ans et plus	50
Graphique n° 31	
Taux de consommateurs en un an d'optique médicale selon l'âge et le sexe	53

Graphique n° 32	
Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée et par an selon l'âge pour les hommes (F).....	54
Graphique n° 33	
Dépense moyenne d'optique médicale par personne protégée et par an selon l'âge pour les femmes (F).....	55
Graphique n° 34	
Montant moyen annuel par personne protégée non pris en charge par l'Assurance maladie (F) et part correspondante dans la dépense effective (%) selon l'âge pour l'optique médicale	56
Graphique n° 35	
Dépense effective par personne et par an d'optique médicale selon la taille du ménage.....	57
Graphique n° 36	
Taux de consommateurs en un an d'optique médicale selon l'occupation principale	58
Graphique n° 37	
Dépense effective par personne et par an d'optique médicale selon l'occupation principale.....	59
Graphique n° 38	
Taux de consommateurs en un an d'optique médicale selon la PCS ou l'ancienne PCS individuelle.....	60
Graphique n° 39	
Dépense effective par personne et par an d'optique médicale selon la PCS ou l'ancienne PCS individuelle.....	61
Graphique n° 40	
Dépense effective par personne et par an d'optique médicale selon la couverture sociale	63
Graphique n° 41	
Dépense effective par personne et par an d'optique médicale selon le nombre de maladies déclarées au premier jour de l'enquête	64
Graphique n° 42	
Dépense effective par personne et par an d'optique médicale selon le degré de risque vital.....	65
Graphique n° 43	
Dépense effective par personne et par an d'optique médicale selon le degré d'invalidité	66
Graphique n° 44	
Dépense effective par personne et par an d'optique médicale selon l'état de santé ressenti de la personne (noté entre 0 et 10)	67

Achévé d'imprimer le 16 janvier
ELECTROGELOZ, 58, rue de Rochechouart
75009 PARIS

Dépôt légal : Janvier