

Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992

Tome 3 : les auxiliaires médicaux

Laure Com-Ruelle

Biblio n° 1200

Novembre 1997

I.S.B.N. : 2-87812-219-4

- 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 [14] et la seconde fait l'analyse socio-économique des dépenses d'hospitalisation [15]), mais attention, en raison de champs différents, les appariements de 1988 et 1992 ne sont pas strictement comparables.

Le présent rapport sur la consommation des auxiliaires médicaux 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.*

Nous remercions particulièrement Anne Aligon, Nathalie Grandfils et Sophie Lebreton qui ont réalisé le travail technique d'appariement des deux sources de données.

Nous tenons également à remercier :

- les chercheurs du CREDES pour leurs remarques et commentaires,*
- Nadine Raffy-Pihan et Marie-Jo Sourty-Le Guellec en particulier pour leur relecture attentive,*
- et Céline Arnoux pour la mise en page de ce rapport.*

Nous signalons que les termes techniques repérés par un astérisque sont explicités dans le glossaire et que les références bibliographiques sont indiquées entre crochets [] et renvoient au chapitre bibliographie, le glossaire et la bibliographie étant situés en fin d'ouvrage.*

*Laure Com-Ruelle
Sylvie Dumesnil*

Sommaire

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1	
Cadre de l'étude	6
1.1 Présentation des données	8
1.1.1 <i>L'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (EPAS)</i>	8
1.1.2 <i>L'Enquête Santé et Protection Sociale du CREDES (ESPS)</i>	10
1.2 Caractéristiques de la population retenue pour l'étude des consommations médicales.....	12
1.3 Définitions	13
CHAPITRE 2	
Présentation générale	16
2.1 Les différents types d'actes d'auxiliaires médicaux.....	18
2.2 La consommation de l'ensemble des actes d'auxiliaires médicaux	19
2.2.1 <i>Une dépense très concentrée</i>	19
2.2.2 <i>Un taux de consommateurs en hausse</i>	20
2.2.3 <i>Une dépense très variable selon le type d'acte</i>	21
2.2.4 <i>Une structure des dépenses qui change avec l'âge</i>	23
CHAPITRE 3	
La consommation d'actes infirmiers de ville	26
3.1 La consommation selon l'âge et le sexe.....	29
3.2 La consommation selon la situation familiale	31
3.2.1 <i>L'état matrimonial</i>	31
3.2.2 <i>La taille du ménage</i>	32
3.3 La consommation selon le niveau social	33
3.3.1 <i>Le niveau d'études des adultes</i>	33
3.3.2 <i>L'occupation principale</i>	34
3.3.3 <i>La profession</i>	35
3.4 La consommation selon la protection sociale	36
3.4.1 <i>L'exonération du ticket modérateur</i>	36
3.4.2 <i>La couverture complémentaire</i>	36
3.4.3 <i>La couverture sociale</i>	37
3.5 La consommation selon l'état de santé	39
3.6 La consommation selon le type de prescripteur	43

CHAPITRE 4	
La consommation d'actes de kinésithérapeutes de ville	46
4.1 La consommation selon l'âge et le sexe	49
4.2 La consommation selon la situation familiale	50
4.2.1 <i>L'état matrimonial</i>	50
4.2.2 <i>La taille du ménage</i>	51
4.3 La consommation selon le niveau social	52
4.3.1 <i>Le niveau d'études des adultes</i>	52
4.3.2 <i>L'occupation principale</i>	53
4.3.3 <i>La profession</i>	54
4.4 La consommation selon la protection sociale	55
4.4.1 <i>L'exonération du ticket modérateur</i>	55
4.4.2 <i>La couverture complémentaire</i>	55
4.4.3 <i>La couverture sociale</i>	56
4.5 La consommation selon l'état de santé	57
4.6 La consommation selon le type de prescripteur	60
CONCLUSION	62
ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE	66
1. La procédure d'anonymat	68
2. La méthode d'appariement	69
3. Comparaison des appariements de 1988 et 1992	76
4. La nature des différents actes d'auxiliaires médicaux.....	76
ANNEXE 1	
Dépenses d'actes d'infirmiers de ville : tableaux détaillés	79
ANNEXE 2	
Dépense d'actes de kinésithérapeutes de ville : tableaux détaillés	89
ANNEXE 3	
Dépenses d'auxiliaires médicaux de ville : tableaux détaillés	99
GLOSSAIRE	107
Les dépenses d'auxiliaires médicaux	111
Le mode de protection sociale.....	112
Indicateurs de morbidité	114
BIBLIOGRAPHIE	117
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	121

Introduction

En 1992, la part de la consommation de soins d'auxiliaires médicaux en ambulatoire dans la Consommation Médicale Totale (CMT) atteint un maximum de 4,4 %, comprenant essentiellement des actes d'infirmiers (2,1 %) et de masseurs-kinésithérapeutes (1,9 %), aux côtés d'actes d'orthophonie, d'orthoptie et de pédicurie-podologie (0,3 %).

A l'exception de l'année 1987 (plan Séguin), cette part a augmenté assez régulièrement entre 1982 et 1992, surtout du fait des actes d'infirmiers. Malgré la création des Soins Infirmiers A Domicile pour personnes âgées (SIAD) en 1981, financés par des forfaits journaliers et non à l'acte, les actes d'infirmiers ont rattrapé les actes de masseurs-kinésithérapeutes en 1986-1988, pour les dépasser à partir de 1989 (2,0 % contre 1,9 %). Depuis 1992, la courbe de croissance des dépenses d'auxiliaires médicaux de ville s'est largement infléchi et leur part dans la CMT s'est stabilisée à 4,3 %.

L'évolution actuelle à la baisse se situe dans un contexte où, d'une part, les possibilités techniques s'accordent avec la politique de maintien à domicile dans laquelle les auxiliaires médicaux sont grandement impliqués et, d'autre part, le souci économique de maîtrise des dépenses de santé a donné lieu à des mesures de régulation. En particulier, en ce qui concerne les infirmiers libéraux, les modifications de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (création de la lettre-clé AIS et revalorisations) et l'objectif négocié avec les Pouvoirs Publics (comprenant le plafonnement de leurs honoraires) sont intervenus en 1992 pour réguler ce type de soins.

L'impact sur les pratiques médicales de ces différentes mesures administratives, conjugué à l'intérêt du progrès médical et technique, est difficile à analyser sur un court terme. Sur la pratique médicale et ses conséquences sur les dépenses, le CREDES est en mesure d'apporter des éléments nouveaux d'information à partir des données de prestations de Sécurité sociale issues de l'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS), enrichies des données socio-économiques et de morbidité recueillies lors de son 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, 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.

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.

Ce rapport présente l'analyse des dépenses d'auxiliaires médicaux en ambulatoire en 1992. Elles concernent les personnes protégées par l'Assurance maladie du Régime Général, mutuelles décompteuses exclues.

L'analyse comporte trois parties :

- une présentation générale dresse les caractéristiques principales de la consommation de l'ensemble des actes d'auxiliaires médicaux de l'EPAS ;
- la deuxième et la troisième parties étudient successivement les disparités de consommation des actes d'infirmiers et ceux des masseurs-kinésithérapeutes selon sept groupes de variables :

- * l'âge,
- * le sexe,
- * la situation familiale,
- * le niveau social,

- * le mode de protection sociale,
- * l'état de santé,
- * le type de prescripteur.

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 correspondants à ces deux sources sont appariés selon une méthode décrite en annexe méthodologique afin d'enrichir les données de consommation provenant des Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) par les données socio-démographiques recueillies dans l'ESPS.

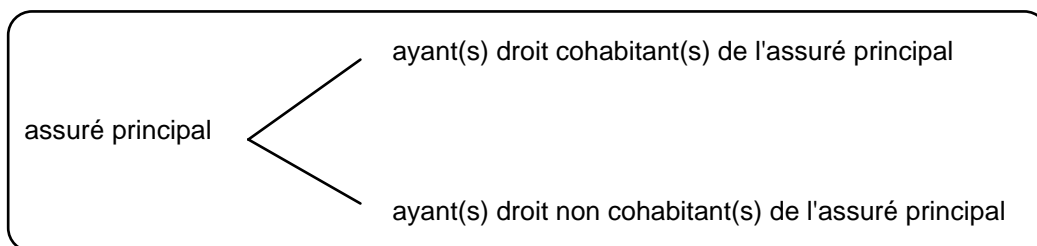
1.1.1 L'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (EPAS)

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 droit [19], 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 renseignement 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.

- 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 possédaient auparavant un numéro provisoire d'immatriculation à l'Assurance maladie, mais nous disposons dans l'EPAS que des seules prestations rattachées 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 encore 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 prestation 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 et du nombre de consommations dont on doit tenir compte. 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 les jeunes hommes.

1.1.2 L'Enquête Santé et Protection Sociale du CREDES (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.

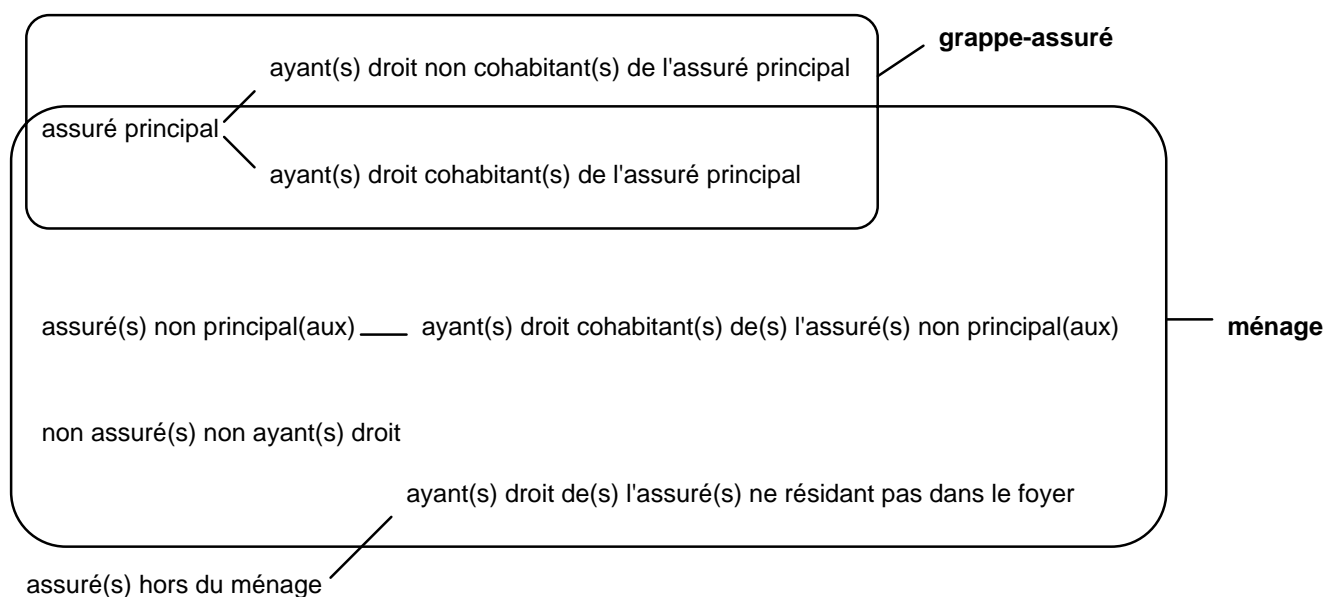
L'enquête se déroule au cours de deux vagues, une vague de printemps et une vague d'automne, pour tenir compte des variations saisonnières de la consommation de soins et de la morbidité.

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'ESPS 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 principaux¹) 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



¹ 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'études, 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 recueillies de façon prospective et consignées par les enquêtés sur un carnet de soins auto-administré.

Comme toute information statistique, les données de l'enquête 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 invoque 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 consommateur) 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'ESPS 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 1992² ;
- 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 accident du travail).

² 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 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 figurant page 13 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*.
- La **base de remboursement ou tarif de responsabilité** (ou encore dépense reconnue) (e) correspond au tarif auquel est appliqué le *taux de remboursement* pour calculer le montant à rembourser par l'Assurance maladie. Elle est calculée en affectant à la lettre-clé (b) sa valeur en 1992 (c) et en multipliant cette valeur par le nombre de coefficients (d).
- Le **dépassement connu** (f) est le dépassement d'honoraires ou de tarif pratiqué par le professionnel de santé et inscrit sur la feuille de soins. En effet, la somme facturée à un patient peut comprendre, en sus du tarif de responsabilité défini par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), un dépassement accordé par convention à certains praticiens.

- La **dépense effective** (g) est la dépense réelle occasionnée par l'acte médical ou paramédical ; elle est calculée en ajoutant à la base de remboursement (tarif de responsabilité) l'éventuel dépassement.
- Le **taux de remboursement** (h) est la part d'une dépense médicale ou paramédicale prise en charge par l'Assurance maladie, exprimée en pourcentage de la base de remboursement (tarif de responsabilité). Le taux de remboursement d'un acte médical ou paramédical 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 75 % pour les consultations de généralistes, mais un malade souffrant d'une Affection de Longue Durée (ALD) bénéficie d'un taux de 100 %.
- Le **montant remboursé** (i) correspond à la somme remboursée par l'Assurance maladie au titre du soin délivré. Dans le cas du Régime d'Alsace Lorraine, il inclut un montant complémentaire lorsque le taux de remboursement propre à ce régime est supérieur à celui de taux fixé pour le Régime Général.
- Le **ticket modérateur** (j) est la part de la base de remboursement (ou tarif de responsabilité) restant à la charge de l'assuré après intervention de l'Assurance maladie. Il est calculé comme la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé.
- Le **montant à charge des ménages** ou de leur protection complémentaire (k) est la somme restant à charge après remboursement par 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.

Exemple :

une personne débourse 180 F à l'occasion d'une consultation de généraliste.

	Généraliste	
Débours	180 F	a
Lettre clé de la consultation	C	b
Coefficient	1	d
Valeur du C	100 F	c
Base de remboursement ou tarif de responsabilité	100 F	$e=c*d$
Dépassement connu	80 F	f
Dépense effective	180 F	$g=e+f$
Taux de remboursement	75%	h
Montant remboursé	75 F	$i=e*h$
Ticket modérateur	25 F	$j=e-i$
Montant à charge	105 F	$k=g-i$ et $k=f+j$
Taux de prise en charge	41,7%	$l=i/g$

- Le **taux de prise en charge** (1) des actes médicaux ou paramédicaux 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, compte tenu des taux de remboursement se rapportant aux actes médicaux et à la personne protégée. Ce taux de prise en charge diffère donc 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.
- Le **montant moyen par personne protégée** est égal à la somme totale de la valeur considérée rapportée au nombre de personnes protégées. Par exemple, la dépense effective moyenne par personne de pharmacie de ville en 1992 est égale à la somme de toutes les dépenses effectives de pharmacie recensées et divisée par le nombre de personnes protégées.

2. Présentation générale

2.1 Les différents types d'actes d'auxiliaires médicaux

[Cf. annexe Méthodologique]

En 1992, environ 44 000 séances ou actes d'auxiliaires médicaux ont été observés à partir de notre échantillon (effectif redressé). Ces séances ou actes comprennent 57 % d'actes infirmiers et 38 % d'actes de kinésithérapeutes.

Les actes des autres auxiliaires médicaux sont plus rares, représentant moins de 5 % de l'ensemble des actes. Il s'agit des actes d'orthophonistes, d'orthoptistes et de pédicures podologues, auxquels nous adjoignons les actes de sages-femmes pour deux raisons : d'abord, bien qu'étant des praticiennes et non des auxiliaires médicales, leurs interventions en ville sont peu fréquentes par rapport à celles des médecins et des dentistes, et même par rapport à celles des infirmiers et des kinésithérapeutes ; ensuite, elles font également des soins de compétence infirmière.

Cependant, du fait également de la moindre fréquence d'intervention des orthophonistes, des orthoptistes et des pédicures-podologues, nous ne donnerons que les résultats généraux concernant la consommation de leurs actes, tout comme pour les sages-femmes. Par contre, en ce qui concerne les actes infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes, leur fréquence autorise une étude plus fine des disparités de consommation.

Ces actes sont identifiés au moyen de diverses lettres-clés prévues par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). Les actes infirmiers sont cotés avec la lettre-clé « AMI » pour les actes infirmiers proprement dits et la lettre-clé « AIS » pour les séances de soins et les gardes à domicile depuis 1992. Les actes de masseurs-kinésithérapeutes sont cotés avec les lettres-clés « AMM », « AMC » et « AMK » selon le lieu d'exécution des actes. Les actes d'orthophonistes sont cotés en AMO, ceux des orthoptistes en AMY et ceux des pédicures-podologues en AMP. Enfin, les actes des sages-femmes sont cotés en « C » de sage-femme pour les consultations, en « SF » pour les autres actes de leur compétence ou en « SFI » pour les actes de compétence infirmière qu'elles pratiquent.

**Tableau n° 1 [auxiliai.xls-clé]
Répartition des séances ou actes d'auxiliaires médicaux selon leur catégorie**

	Effectif		%	Nb. moyen de coefficient par séance	Dépense moyenne par séance
	brut	redressé			
Infirmiers (AMI, AIS)	13 731	25 322	57,1	1,5	38 F
Masseurs, kinésithérapeutes (AMM, AMC, AMK)	9 335	16 926	38,1	4,2	80 F
Orthophonistes (AMO)	916	1 586	3,6	11,0	148 F
Orthoptistes (AMY)	241	388	0,9	5,0	69 F
Sages-femmes (SF, SFI, C)	95	152	0,3	3,7	99 F
Pédicures (AMP)	7	10	0,0	-	22 F
Ensemble	24 325	44 384	100,0	3,9	58 F

Source : EPAS-ESPS 1992

Parmi les actes d'auxiliaires médicaux, environ 47 % nécessitent un déplacement, et 8 % entraînent une majoration de nuit ou de jour férié.

2.2 La consommation de l'ensemble des actes d'auxiliaires médicaux

2.2.1 Une dépense très concentrée

La dépense de l'ensemble des actes d'auxiliaires médicaux est fortement concentrée. Il y a d'une part, un nombre important de personnes non consommatrices et, d'autre part, parmi les consommateurs, un petit nombre de gros consommateurs. En effet, seulement 37 % de la population consomme au moins un acte d'auxiliaire médical. Environ 5 % de la population, les plus gros consommateurs, engendrent 70 % des dépenses. Ces personnes dépensent plus de 1 617 F d'actes d'auxiliaires médicaux par an.

**Tableau n° 2 [concaux.xls-auxtt]
Les quantiles et la concentration des dépenses d'actes d'auxiliaires médicaux en 1992**

	Borne supérieure	Effectif brut	population redressé	Somme cumulée population dépense		% cumulé population dépense		% cumulé inversé population dépense	
Non consommateur	- F	2 772	4 648	4 648	0	63%	0%	100%	100%
65%	22 F	110	184	4 833	3 978	65%	0%	35%	100%
70%	22 F	216	372	5 205	12 281	70%	0%	30%	100%
75%	45 F	207	372	5 576	25 470	75%	1%	25%	99%
80%	114 F	210	373	5 949	51 929	80%	2%	20%	98%
85%	377 F	212	372	6 321	138 112	85%	5%	15%	95%
90%	807 F	213	371	6 692	348 066	90%	14%	10%	86%
95%	1 617 F	215	373	7 065	784 680	95%	30%	5%	70%
100%	74 339 F	206	372	7 437	2 577 036	100%	100%	0%	0%

Source : EPAS-ESPS 1992

Pour les seuls actes infirmiers (Cf. Chapitre 2), l'importance du nombre de non consommateurs implique aussi une très forte concentration des dépenses. Pour les autres auxiliaires médicaux, le taux de consommateurs est très faible et engendre à lui seul la forte concentration des dépenses.

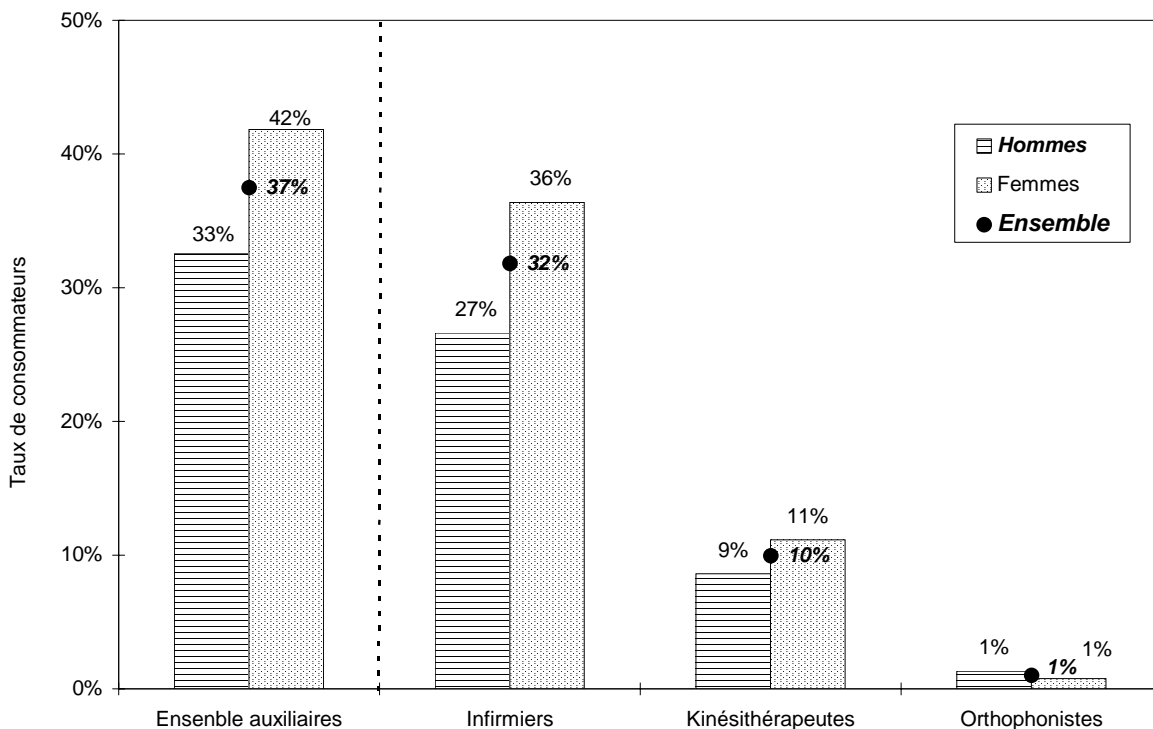
2.2.2 Un taux de consommateurs en hausse

[Cf. Tableaux en annexe 3]

En 1992, 37 % des personnes perçoivent au moins une prestation d'auxiliaires médicaux, bien que le champ de l'ESPS 1988 ne soit pas strictement comparable à celui de l'ESPS 1992, on peut affirmer que ce taux a fortement augmenté entre ces deux dates (il était de 28 % en 1988) [16].

Ces prestations sont surtout des actes infirmiers : 1 personne sur 3 consomme au moins un acte infirmier. Seulement 1 personne sur 10 consomme au moins un acte de masseur-kinésithérapeute et 1 sur 100 un acte d'orthophoniste. La consommation d'actes d'orthoptistes ou de sages-femmes est encore plus rare ; elle concerne respectivement 7 personnes sur 1 000 et 3 personnes sur 1 000. Globalement, et en particulier pour les infirmiers et les kinésithérapeutes, le taux de consommateurs est plus élevé chez les femmes.

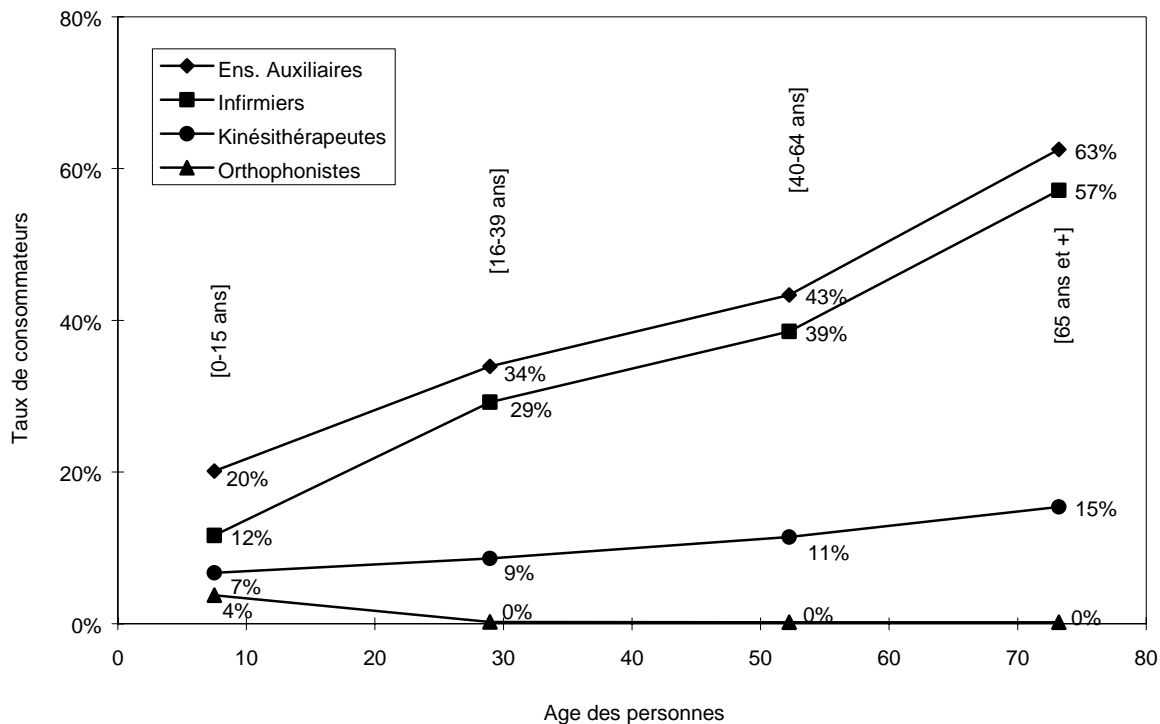
Graphique n° 1 [auxittGR.xls Grsxtx]
Taux de consommateurs d'actes d'auxiliaires médicaux en un an en fonction du type d'auxiliaire et selon le sexe du patient



Source : EPAS-ESPS 1992

Le taux de consommateurs d'actes d'auxiliaires médicaux augmente avec l'âge du patient. Il est d'environ 20 % chez les enfants, passe d'environ 30 % à plus de 40 % chez les adultes pour atteindre 63 % chez les personnes âgées. Etant donné le poids des actes infirmiers, le rythme de cette croissance est très dépendant de la consommation d'actes infirmiers. Mais la croissance avec l'âge, quoique moindre, est régulière également pour les actes de kinésithérapeutes. Les actes d'orthophonistes, quant à eux, concernent essentiellement les enfants.

Graphique n° 2 [auxittGR.xls Gragetx]
Taux de consommateurs d'actes d'auxiliaires médicaux en un an
en fonction du type d'auxiliaire et selon l'âge du patient



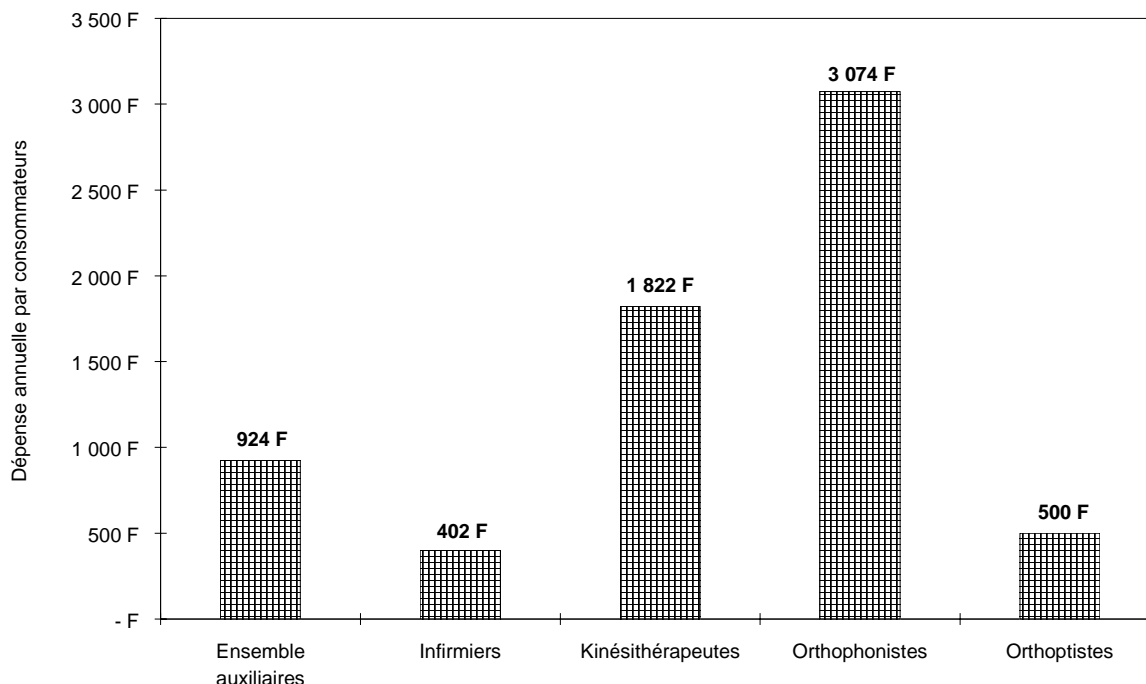
Source : EPAS-ESPS 1992

2.2.3 Une dépense très variable selon le type d'acte

[Cf. Tableaux en annexe 3]

Pour l'année 1992, la dépense annuelle d'actes d'auxiliaires médicaux atteint presque 350 F en moyenne par personne protégée. Près de 18 % de cette somme reste à la charge du consommateur ou de sa couverture complémentaire, environ 290 F étant remboursée par l'Assurance maladie. Le montant moyen du dépassement est très faible (3 F).

Graphique n° 3 [auxilttGR.xls Graph11]
Dépense annuelle par consommateur d'actes d'auxiliaires médicaux
en fonction du type d'auxiliaire



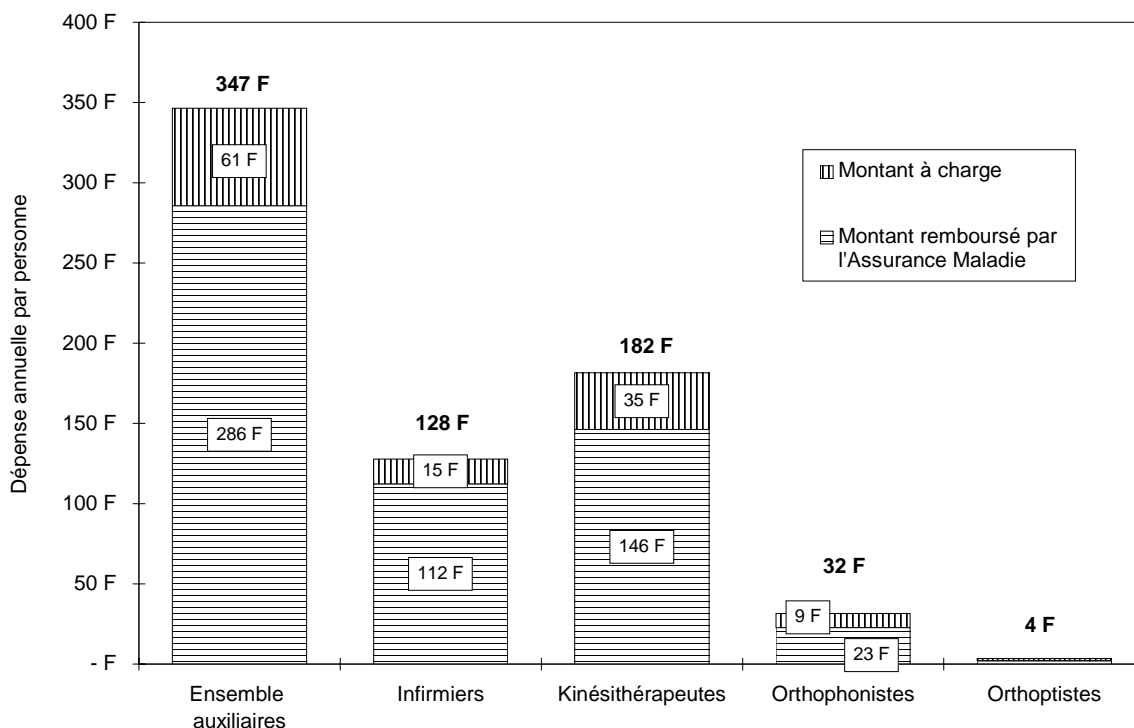
Source : EPAS-ESPS 1992

Les actes de kinésithérapeutes représentent une dépense de 1 800 F par consommateur et par an. En effet, ils sont souvent prescrits pour une longue période. Cependant, ces consommateurs sont peu nombreux (taux de 10 % parmi l'ensemble des personnes protégées). Ainsi, répartie sur l'ensemble de la population protégée, la dépense annuelle moyenne d'actes de kinésithérapeutes descend à 180 F par personne mais correspond à plus de la moitié de la dépense annuelle par personne de l'ensemble des actes d'auxiliaires médicaux.

Les actes infirmiers, quant à eux, représentent une dépense nettement plus faible par consommateur et par an (400 F). Beaucoup moins concentrée que la consommation d'actes de kinésithérapeutes (taux de 32 % parmi l'ensemble des personnes protégées) et d'un prix unitaire en général moins élevé, la consommation d'actes infirmiers génère une dépense annuelle moyenne qui reste inférieure à la dépense de kinésithérapie, soit environ 130 F par personne protégée.

Par contre, le taux de prise en charge est de 81 % dans le cas des actes de kinésithérapeutes et de 88 % dans le cas des actes infirmiers, indiquant la plus grande proportion d'actes infirmiers pris en charge à 100 %. Ceci aboutit à une dépense moyenne pour l'Assurance maladie de 146 F (remboursement) par personne protégée pour la kinésithérapie, et de 112 F pour les actes infirmiers, les montants restant à la charge du patient ou de sa couverture complémentaire étant respectivement de 35 F et 15 F (Cf. Graphique n° 4).

Graphique n° 4 [auxilttGR.xls Graph10]
Dépense annuelle d'actes d'auxiliaires médicaux par personne protégée
en fonction du type d'auxiliaire :
montant remboursé par l'Assurance maladie et montant à la charge du patient



Source : EPAS-ESPS 1992

La dépense annuelle d'actes d'orthophonistes par personne protégée représente 9 % de la dépense d'actes d'auxiliaires médicaux, avec 32 F par an. Cette dépense est faible en raison du très faible taux de consommateurs et malgré une dépense annuelle par consommateur très élevée, plus de 3 000 F.

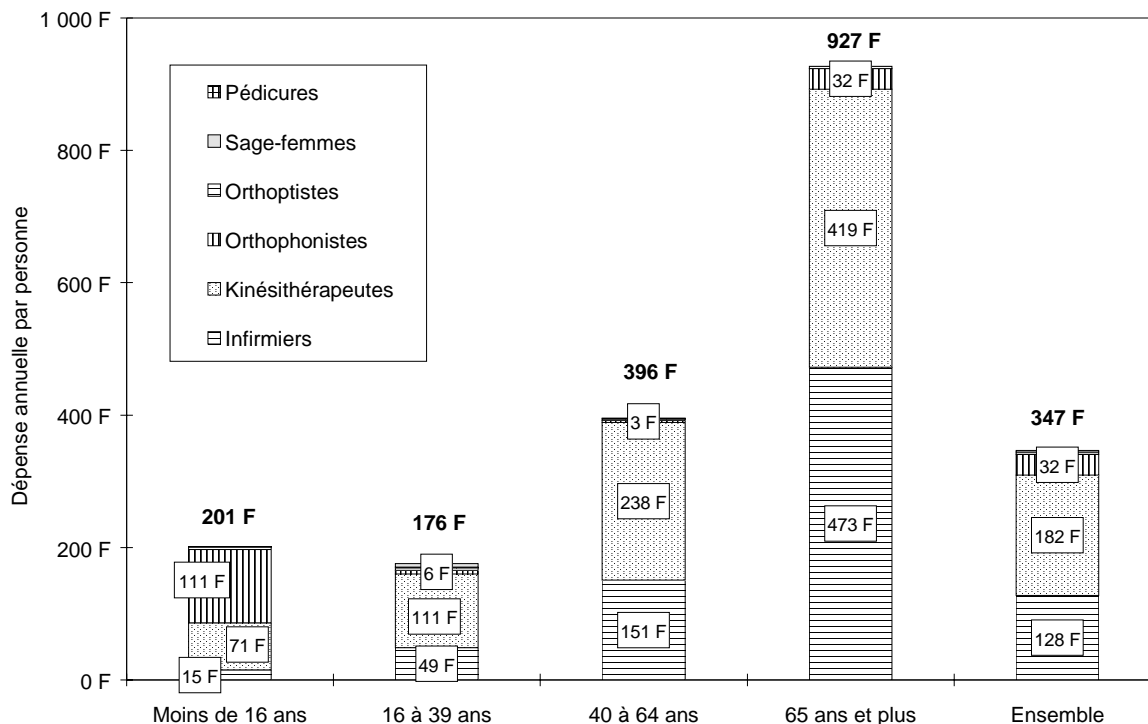
La dépense annuelle d'actes d'orthoptistes et de sages-femmes est inférieure à 4 F par personne et par an.

2.2.4 Une structure des dépenses qui change avec l'âge

Lorsque l'âge augmente, la dépense annuelle d'auxiliaires médicaux par personne augmente également. Elle est d'environ 200 F par an pour les personnes de moins de 40 ans. Elle double une première fois entre 40 et 64 ans, fait plus que doubler une seconde fois après 65 ans pour dépasser 900 F par personne protégée et par an (Cf. Graphique n° 5).

La structure de cette dépense est très différente selon l'âge. Chez les enfants de moins de 16 ans, 55 % de la dépense est constituée d'actes d'orthophonistes alors que pour les personnes de 16 à 39 ans, elle est essentiellement composée d'actes de kinésithérapeutes (63 %). Entre 40 et 64 ans, les actes de kinésithérapeutes prennent toujours la plus grande part avec 60 %, alors qu'à partir de 65 ans, ce sont les actes infirmiers qui viennent en tête avec 51 % des dépenses, les actes de kinésithérapeutes en regroupant 45 %.

Graphique n° 5 [auxittGR.xls Gragedep]
Dépense annuelle d'actes d'auxiliaires médicaux par personne protégée
en fonction du type d'auxiliaire et selon l'âge du patient



Source : EPAS-ESPS 1992

La structure des dépenses des enfants est la plus atypique, du fait de la particularité des actes d'orthophonistes qui les concernent presque exclusivement (4 consommateurs d'orthophonie sur 5 ont moins de 16 ans).

Les actes exécutés par les différents auxiliaires médicaux sont de nature très différente et, par conséquent, ne s'adressent pas toujours aux mêmes personnes. Nous allons donc analyser séparément la consommation de ces différents actes d'auxiliaires médicaux et notamment celles des actes infirmiers et des actes de kinésithérapeutes qui représentent les consommations les plus importantes.

3. La consommation d'actes infirmiers de ville

En 1992, près de 14 000 séances ou actes infirmiers sont recensés dans notre échantillon, soit un effectif redressé de plus de 25 000 séances ou actes³. Parmi ceux-ci, 73 % nécessitent un déplacement et près de 14 % entraînent une majoration de nuit ou de jour férié.

Rappel méthodologique

- Les actes infirmiers comprennent tous les actes cotés en « AMI » et en « AIS ». Les actes cotés en « AIS » sont des actes infirmiers de soins et des gardes de malades à domicile. Les actes cotés en « AMI » sont des actes infirmiers proprement dits, autres que les soins et gardes à domicile. Outre les actes de pratique courante et les actes spécialisés, ils comprennent également les actes de prélèvements biologiques qui ne sont donc pas étudiés avec les analyses de laboratoires, car ils ne sont pas distinguables des autres actes infirmiers dans l'EPAS. La répartition des actes infirmiers entre les deux lettres-clés « AMI » et « AIS » n'est pas représentative de l'activité annuelle moyenne puisque la lettre-clé « AIS » a été introduite le 1^{er} Mars 1992.
- La valeur de l'« AMI » passe de 14,30 F à 15 F en Mars 92, puis à 15,30 F en Octobre 1992. Dans cette étude, nous utilisons un tarif moyen annuel de 14,89 F [5].
- La valeur de l'« AIS » vaut 14,30 F en 1992.

La dépense moyenne par séance est de 38 F (Cf. Tableau n° 1), soit l'équivalent d'un acte infirmier ou d'un soin infirmier dont le coefficient serait d'environ 1,5 (1,5 AMI ou 1,5 AIS).

L'importance du nombre de non consommateurs implique une forte concentration des dépenses : seulement 32 % des personnes consomment au moins un acte infirmier en un an. Mais en réalité, la concentration des dépenses est beaucoup plus forte : uniquement 5 % des personnes engendrent à elles seules 82 % de l'ensemble des dépenses.

Tableau n° 3[concaux.xls inf]
Les quantiles et la concentration des dépenses d'actes infirmiers en ambulatoire en 1992

	Borne supérieure	Effectif population		Somme cumulée		% cumulé		% cumulé inversé	
		brut	redressé	population	dépense	population	dépense	population	dépense
Non consommateur	- F	3 015	5 071	5 071	0	68%	0%	32%	100%
70%	22 F	76	135	5 205	2 825	70%	0%	30%	100%
75%	22 F	223	372	5 577	11 127	75%	1%	25%	99%
80%	37 F	208	372	5 949	20 809	80%	2%	20%	98%
85%	61 F	205	371	6 319	37 837	85%	4%	15%	96%
90%	150 F	216	373	6 693	72 977	90%	8%	10%	92%
95%	435 F	209	370	7 063	174 949	95%	18%	5%	82%
100%	74 339 F	209	374	7 437	950 367	100%	100%	0%	0%

Source : EPAS-ESPS 1992

En moyenne, la dépense annuelle d'actes infirmiers est de 402 F par consommateur et, répartie sur l'ensemble de la population, elle est de 128 F par personne protégée.

³ Cf. Tableau n° 6 en annexe méthodologique.

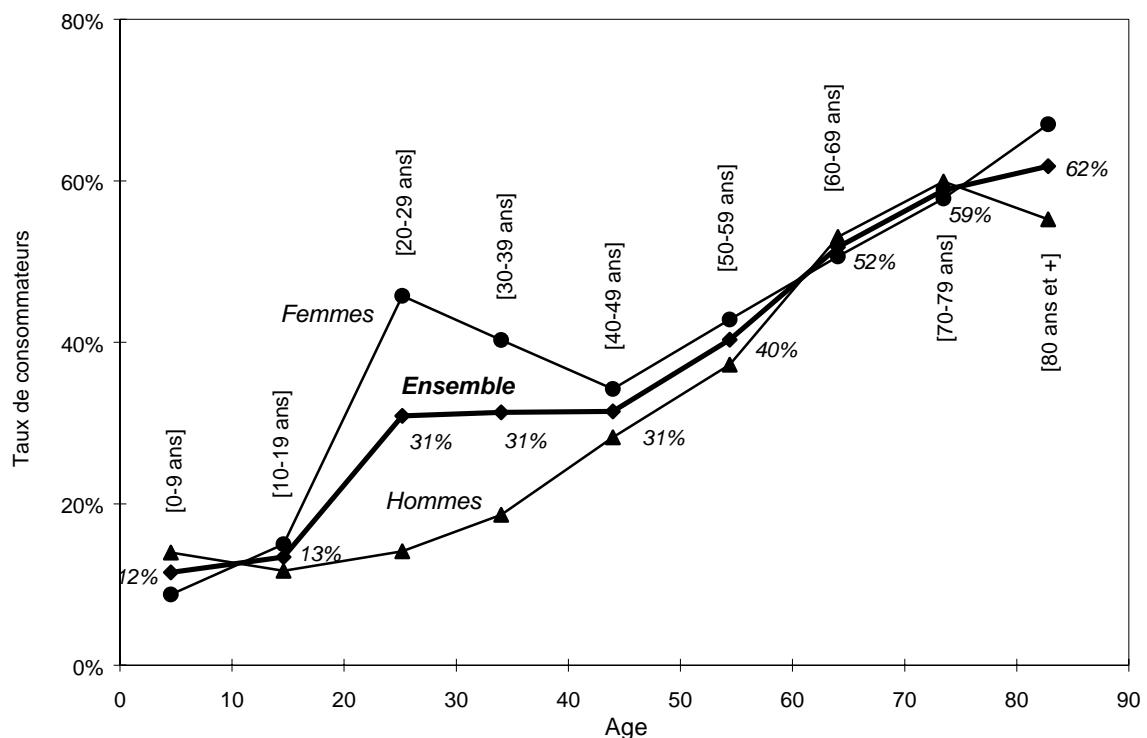
Pour la suite de l'étude des seuls actes infirmiers, nous avons exclu de l'analyse des dépenses un individu aberrant ayant une consommation extrêmement élevée par rapport aux autres individus : elle dépassait 68 000 F en 1992, soit 2,3 fois plus que le second plus grand consommateur et 170 fois plus que la moyenne de l'ensemble. Une fois exclu, les moyennes de dépenses obtenues pour les catégories auxquelles il appartient retrouvent une place logique s'inscrivant dans l'évolution des dépenses des autres catégories pour chaque variable étudiée.

3.1 La consommation selon l'âge et le sexe

[Cf. Tableau n° 8 et Tableau n° 9 en annexe 1]

Globalement de 32 % en 1992, le taux de consommateurs d'actes infirmiers augmente en fait avec l'âge. Autour de 10 % chez les personnes de moins de 20 ans, il atteint un palier à 31 % chez les adultes de 20 à 49 ans, puis augmente progressivement d'environ 10 points par décade pour atteindre environ 60 % après 70 ans.

Graphique n° 6 [infirmie.xls Graph1]
Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an
selon l'âge et le sexe

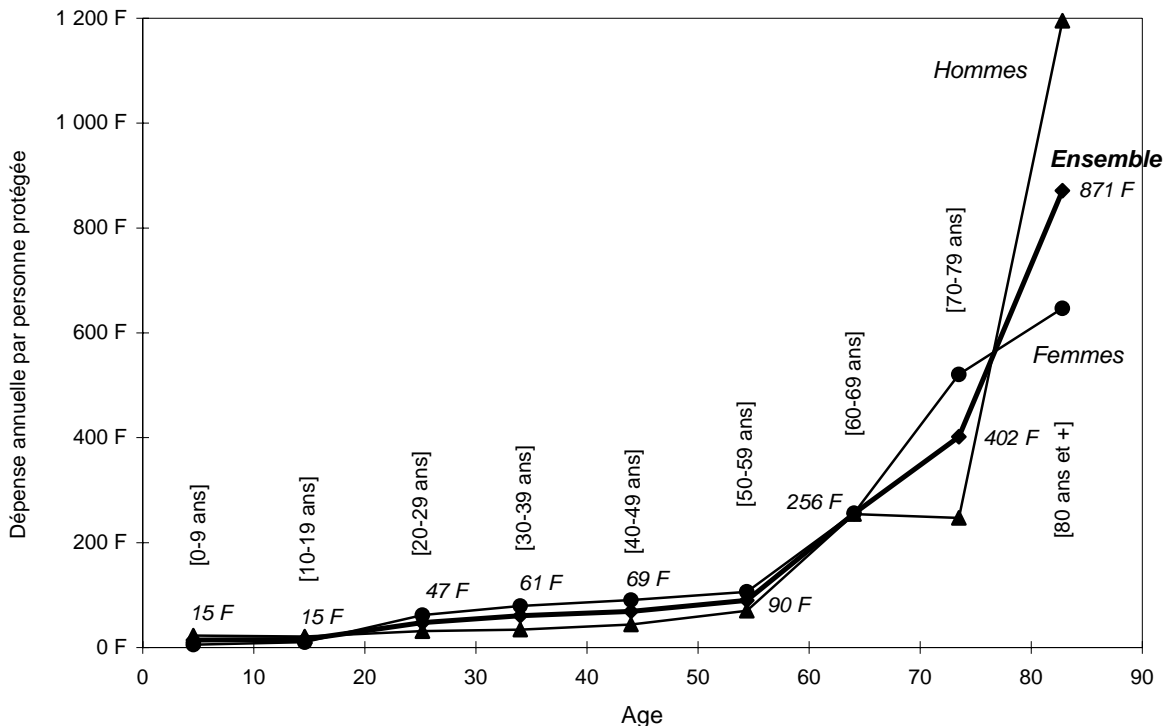


Source : EPAS-ESPS 1992

Les femmes consomment davantage que les hommes : 36 % des femmes consomment au moins un acte infirmier en un an contre 27 % des hommes. Cette différence est due à la forte consommation des femmes pendant leur période d'activité génitale : 46 % de consommatrices entre 20 et 29 ans et 40 % entre 30 et 39 ans. Cette forte consommation suit celle des analyses biologiques nécessitées par le suivi des femmes à cet âge et correspond principalement aux prélèvements effectués par les infirmiers pour ces analyses [12]. Après 40 ans, les taux de consommateurs sont similaires pour les deux sexes.

Globalement, la dépense annuelle par personne protégée est plus élevée chez les femmes que chez les hommes : 125 F contre près de 100 F.

Graphique n° 7 [infirmie.xls Graph2]
Dépense annuelle d'actes infirmiers par personne protégée
selon l'âge et le sexe



Source : EPAS-ESPS 1992

Elle augmente avec l'âge mais selon un rythme différent que celui concernant le taux de consommateurs. En effet, le pic noté en termes de taux de consommateurs correspondant à la période d'activité génitale des femmes disparaît lorsque l'on raisonne en termes de dépense annuelle moyenne : en effet, bien qu'elles consomment régulièrement à cet âge, il s'agit surtout d'actes de prélèvements restant rares et peu chers et pesant peu dans la dépense.

Avant 20 ans, la dépense annuelle par personne est de 15 F en moyenne, un peu plus élevée chez les garçons que chez les filles. Ensuite, elle augmente régulièrement jusqu'à 59 ans, passant de 47 F par personne protégée et par an entre 20 et 29 ans à 61 F entre 30 et 39 ans, puis à 69 F entre 40 et 49 ans et à 90 F entre 50 et 59 ans ; les femmes consommant plus que les hommes.

Au-delà de 60 ans, la dépense annuelle par personne croît très rapidement. Hommes et femmes confondus, elle est multipliée par 2,8 pour atteindre 256 F entre 60 et 69 ans, puis monte à 400 F entre 70 et 79 ans et à 870 F après 80 ans.

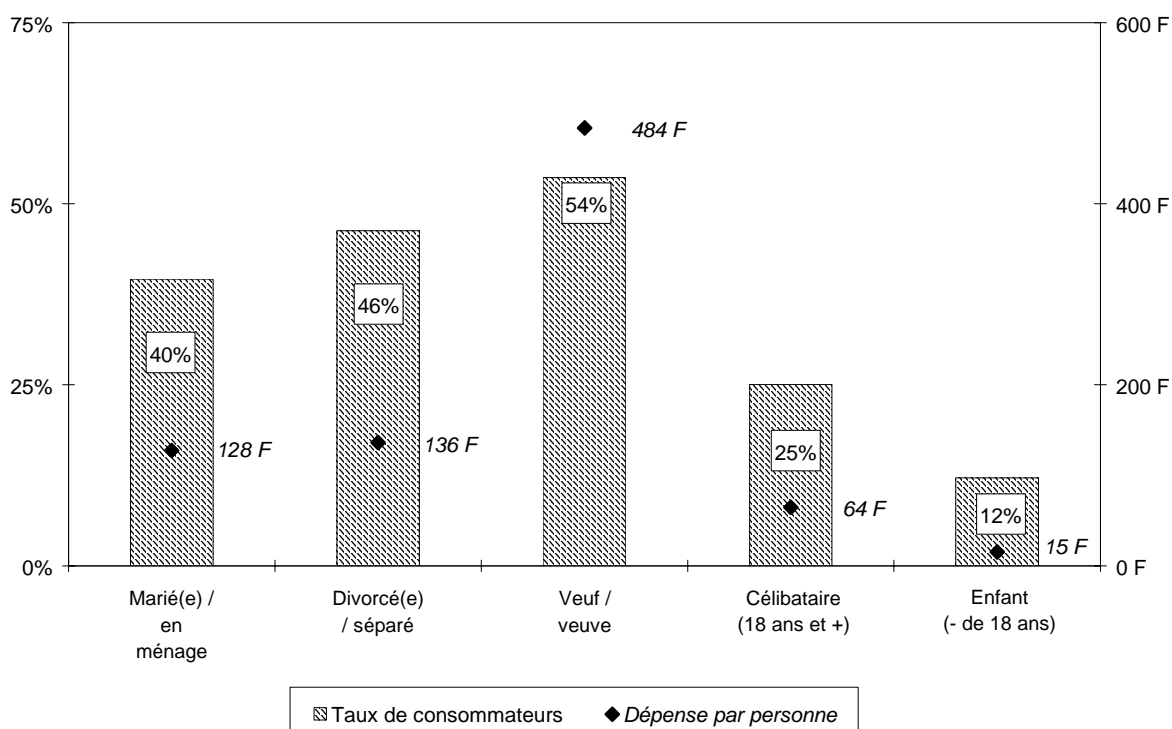
3.2 La consommation selon la situation familiale

[Cf. Tableau n° 10 en annexe 1]

3.2.1 L'état matrimonial

Les plus forts taux de consommateurs d'actes d'auxiliaires médicaux se rapportent aux personnes veuves, puis aux personnes divorcées ou séparées. Viennent ensuite les personnes mariées ou vivant en ménage. Les célibataires de plus de 18 ans et surtout les enfants ont une consommation plus modeste.

Graphique n° 8 [infkine.xls Graph5i]
Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an et
dépense annuelle par personne protégée selon l'état matrimonial



Source : EPAS-ESPS 1992

L'effet de l'âge est évident en ce qui concerne les plus forts et les plus faibles consommateurs, tant en termes de taux de consommateurs que de dépense annuelle. Plus de la moitié des veufs ou veuves consomment au moins un acte infirmier en 1992, leur dépense annuelle par personne protégée avoisinant 500 F. A l'opposé, seuls 12 % des enfants ont été consommateurs en 1992, leur dépense annuelle moyenne ne dépassant pas 15 F.

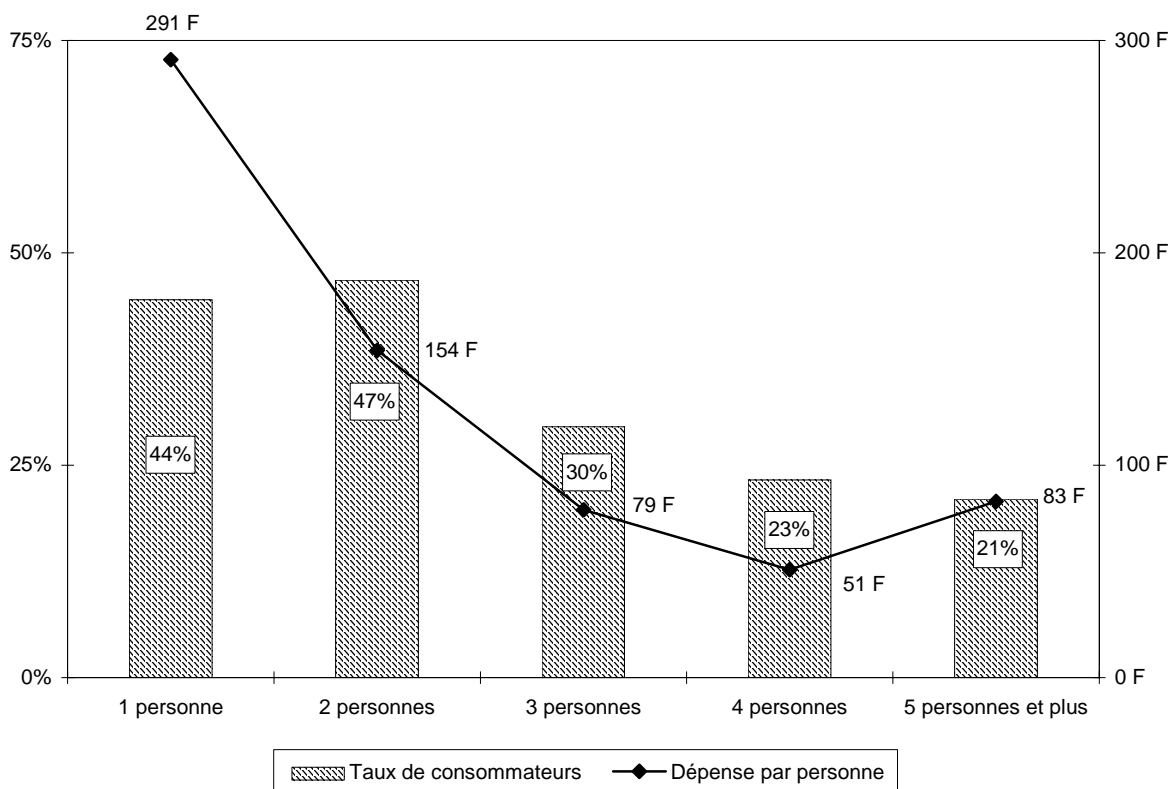
Les personnes divorcées ou séparées sont un peu moins nombreuses à consommer (46 %), mais leur dépense par personne protégée tombe à 136 F par an, soit à peine plus élevée que celles des adultes mariés ou vivant en ménage. Ces derniers consomment davantage que les célibataires de 18 ans et plus, 40 % de consommateurs contre 25 % et leur dépense annuelle est double, 128 F contre 64 F. Cependant, à âge et sexe comparable⁴, il n'y a pas de différence de consommation en termes de dépense annuelle entre les personnes mariées ou vivant en ménage, les personnes divorcées ou séparées et les célibataires de 18 ans et plus.

⁴ Pour le calcul des indices à âge et sexe comparable, on rapporte la dépense d'une certaine catégorie de personnes, par exemple les personnes mariées, à la dépense qu'aurait l'ensemble de la population si elle avait la même structure démographique que celle des personnes mariées.

3.2.2 La taille du ménage

Plus la taille du ménage est grande, plus le taux de consommateurs est faible. Pour les actes infirmiers, les personnes appartenant à des ménages d'une à deux personnes sont les plus forts consommateurs avec près d'un consommateur pour deux personnes protégées. L'apparition des enfants dans le ménage, faibles consommateurs d'actes infirmiers, explique la chute des taux.

**Graphique n° 9[infkine.xls Graph6i]
Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an et
dépense annuelle par personne protégée selon la taille du ménage**



Source : EPAS-ESPS 1992

La dépense annuelle par personne suit à peu près la même évolution que le taux de consommateurs. On remarque toutefois une forte dépense pour les ménages d'une seule personne, double de celle des ménages à deux personnes. Les indices à âge et sexe comparable confirment la surconsommation des personnes appartenant aux ménages à une personne et la sous-consommation de celles appartenant aux ménages à deux personnes (indices respectifs de 1,2 et 0,7). Une hypothèse pouvant expliquer en partie cette différence est qu'une deuxième personne dans un ménage supplée parfois aux besoins en soins infirmiers non spécifiques, alors qu'une personne seule est plus souvent contrainte au recours à un professionnel. On note aussi, sans qu'il apparaisse d'explication évidente, une surconsommation dans les ménages à 5 personnes et plus (indice 1,8).

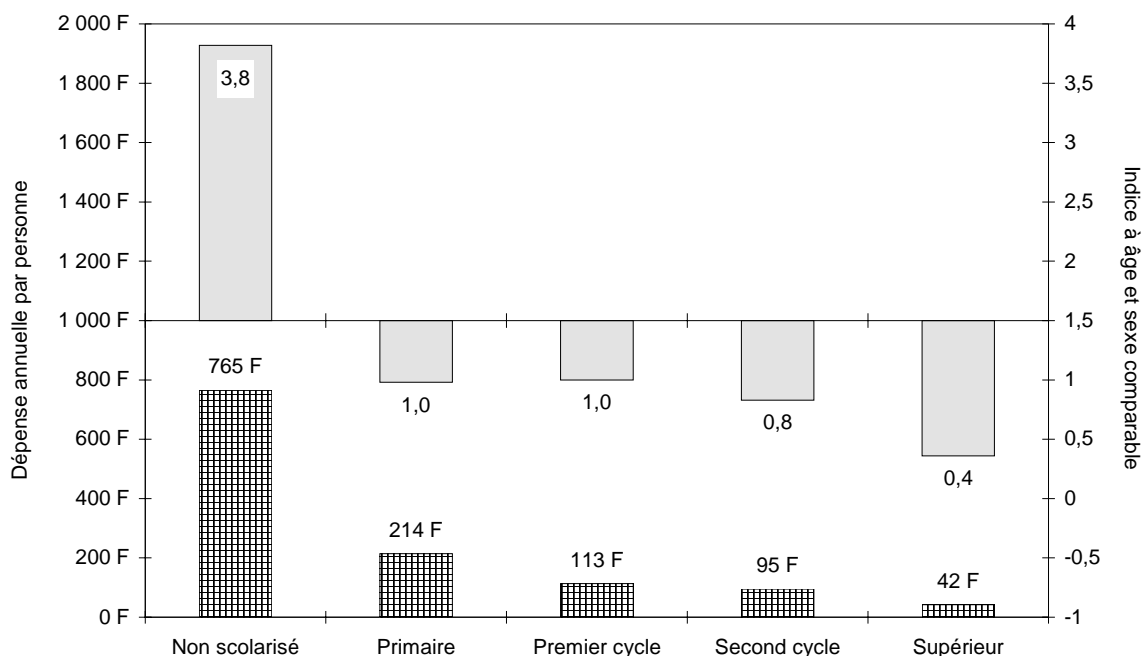
3.3 La consommation selon le niveau social

[Cf. Tableau n° 11 et Tableau n° 12 en annexe 1]

3.3.1 Le niveau d'études des adultes

La consommation de soins infirmiers est très sensible au niveau atteint par les personnes ayant fini leurs études : plus le niveau atteint est élevé, plus le taux de consommateurs et la dépense annuelle par personne en soins infirmiers est faible. Ainsi, cette dépense passe de 765 F pour le niveau des études supérieures à environ 100 F pour le niveau secondaire, plus de 200 F pour le niveau primaire. Il culmine à 765 F pour les personnes n'ayant pas été scolarisées. Les indices à âge et sexe comparable confirment ce constat.

**Graphique n° 10[indicaux.xls - Graph-indice-inf-scol]
Dépense annuelle d'actes infirmiers par personne protégée
selon le niveau d'études des adultes**

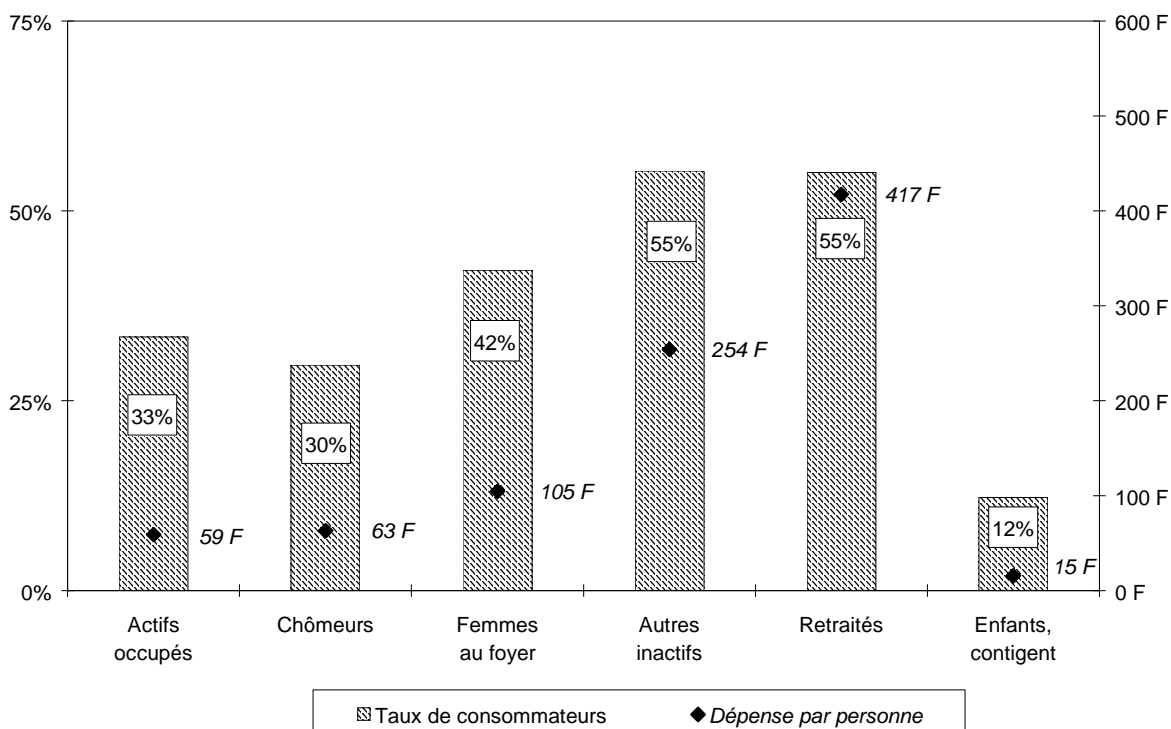


Source : EPAS-ESPS 1992

3.3.2 L'occupation principale

Les retraités et les « autres inactifs » sont les plus forts consommateurs d'actes infirmiers avec un taux de consommateurs de 55 %. L'âge des retraités explique leur position en tête des consommateurs. Dans le cas des « autres inactifs », il s'agit de leur mauvaise santé puisque la majorité d'entre eux sont inactifs pour raison de santé. Leurs dépenses annuelles par personne protégée sont aussi très élevées, mais elles sont très différentes. Elle est d'environ 400 F pour les retraités et de 250 F pour les autres inactifs. L'indice à âge et sexe égal confirme la consommation importante de soins infirmiers des « autres inactifs » : indice de dépense très élevé (3,8), conforté par un taux moyen de remboursement supérieur de 96 % qui signe la gravité de l'état de santé. Ce taux de prise en charge atteint également 93 % chez les retraités.

**Graphique n° 11[infkine.xls Graph9i]
Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an
et dépense annuelle par personne protégée selon l'occupation principale**



Source : EPAS-ESPS 1992

Ensuite, à la troisième place, nous trouvons les femmes au foyer avec un taux de consommateurs de 42 % mais leur dépense annuelle par personne protégée descend à 105 F. Ce taux élevé s'explique en partie par les nombreux prélèvements liés aux analyses biologiques de surveillance effectuées pendant la période d'activité génitale de ces femmes. Cependant, la dépense annuelle par personne protégée de ces femmes au foyer pour actes infirmiers, à âge et sexe égal, n'est pas plus élevée que celle engendrée par les chômeurs et à peine plus élevée que celle engendrée par les actifs occupés. Le taux moyen de remboursement des femmes au foyer est aussi identique à celui des actifs occupés, 77 %.

En quatrième position, les actifs occupés et les chômeurs ont une consommation proche. Un tiers des actifs consomme des actes infirmiers et c'est le cas pour 30 % des chômeurs. Ils dépensent autour de 60 F par personne et par an, les indices à âge et sexe égal semblant indiquer une très

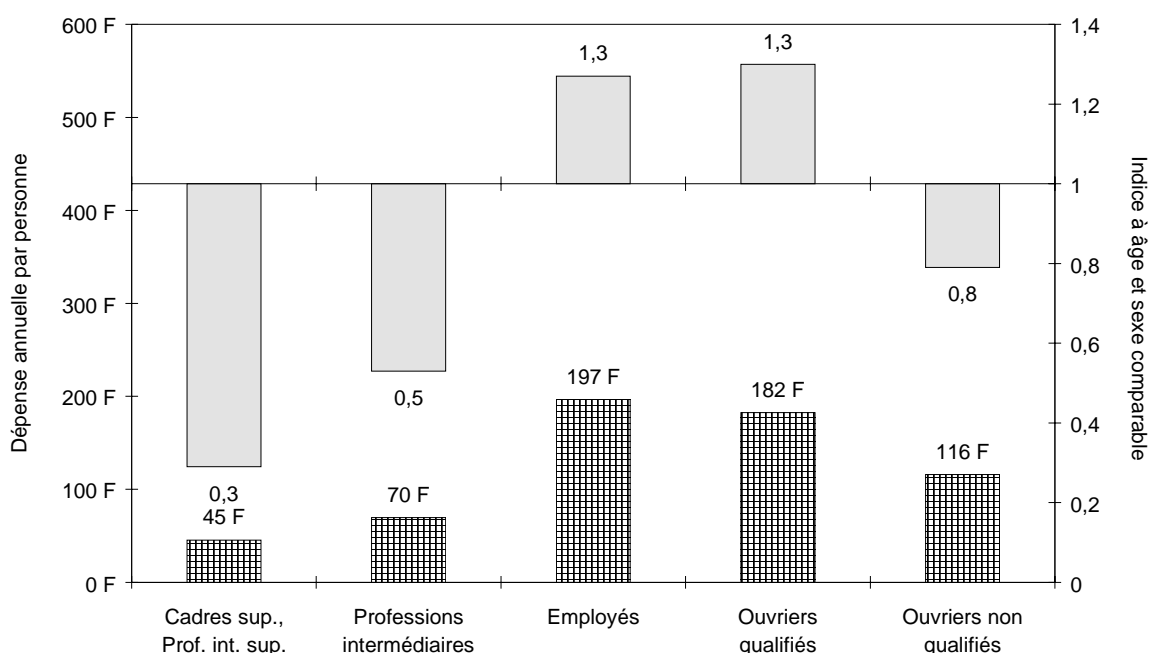
légère sous-consommation des actifs occupés. En revanche, le taux de prise en charge des actifs occupés est supérieur à celui des chômeurs, 77 % contre 69 %.

Les plus faibles consommateurs sont les enfants et les militaires du contingent avec seulement 12 % de consommateurs et une dépense annuelle par personne protégée de 15 F.

3.3.3 La profession

En 1992, environ 40 % des employés, des professions intermédiaires et des ouvriers non qualifiés consomment au moins un acte infirmier. Les plus faibles consommateurs adultes sont les cadres supérieurs et les ouvriers qualifiés avec chacun 34 % de consommateurs.

**Graphique n° 12[indicaux.xls - Graph-indice-inf-PCS]
Dépense annuelle d'actes infirmiers par personne protégée
selon la profession ou l'ancienne profession***



* Il s'agit de la dernière profession exercée par les chômeurs, les retraités et les autres inactifs.

Source : EPAS-ESPS 1992

En termes de dépense par personne protégée et par an, le classement est différent. Avec près de 200 F, les ouvriers qualifiés et les employés ont la plus grande dépense annuelle. Viennent ensuite les ouvriers non qualifiés avec 116 F, les cadres supérieurs et professions intermédiaires consommant beaucoup moins. Les taux de prise en charge suivent à peu près le même ordre, plaçant cependant les ouvriers qualifiés en tête avec 92 %, devant les employés (86 %) et ouvriers non qualifiés (83%) et enfin les professions intermédiaires et cadres supérieurs (78 %).

L'analyse combinée de ces différents indicateurs montre que si les cadres et professions intermédiaires présentent des taux de consommateurs proches de ceux des ouvriers et employés, la nature de leur consommation est très différente ; les soins infirmiers délivrés aux seconds pèsent beaucoup plus lourd dans la dépense, une part importante des maladies ou accidents exonérant du ticket modérateur. A âge et sexe comparable, l'opposition est très nette entre les cadres et les professions intermédiaires par rapport aux employés et ouvriers qualifiés. Les ouvriers non qualifiés, quant à eux, présentent également une sous-consommation mais plus modérée.

3.4 La consommation selon la protection sociale

[Cf. Tableau n° 13 en annexe 1]

3.4.1 L'exonération du ticket modérateur

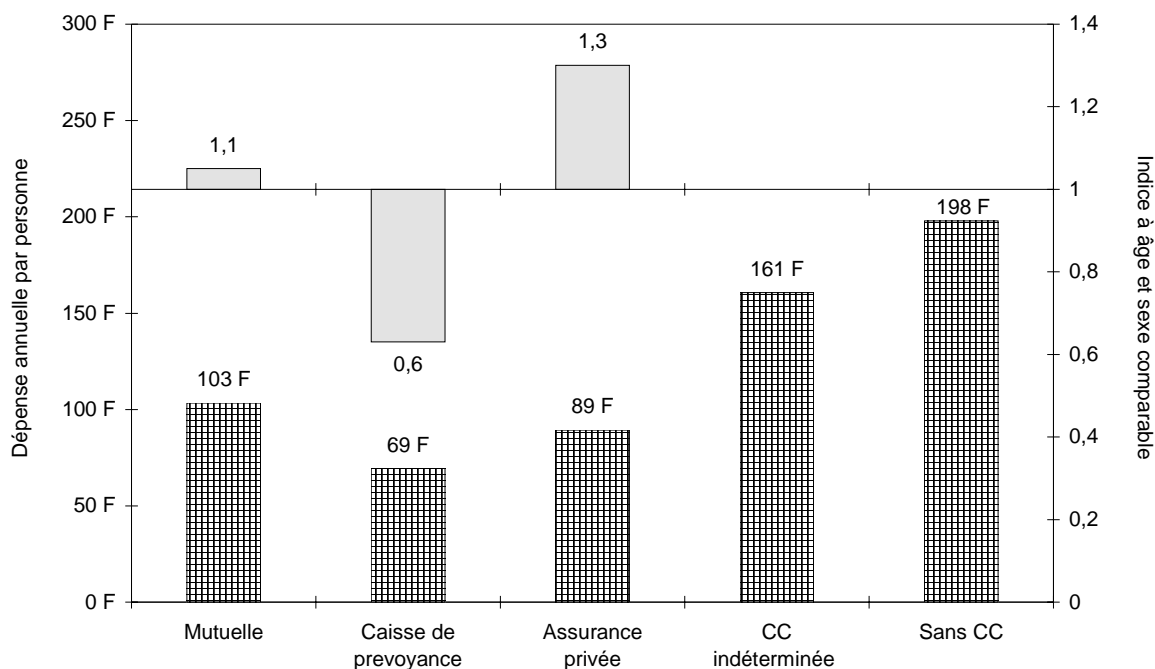
Les personnes sont exonérées du ticket modérateur en raison de leur mauvaise santé dans le cas des affections de longue durée ou des maladies professionnelles. On constate en effet qu'ils consomment plus d'actes d'auxiliaires médicaux que les autres.

Pour les seuls actes infirmiers, parmi les personnes exonérées du ticket modérateur, 6 sur 10 consomment au moins un acte d'infirmier, contre 3 sur 10 parmi les personnes non exonérées. Leur dépense annuelle par personne est également près de 8 fois plus élevée, 515 F contre 66 F. Les taux de prise en charge sont aussi très différents : 96 % contre 78 %, démontrant que la quasi-totalité de ces actes sont prescrits pour une maladie exonérante.

3.4.2 La couverture complémentaire

Le taux de consommateurs d'actes infirmiers des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire est 1,3 fois plus élevé que celui des personnes sans couverture complémentaire : un tiers de consommateurs contre un quart. En revanche, les personnes sans couverture complémentaire engendrent une dépense moyenne par personne protégée et par an deux fois plus élevée que l'ensemble des personnes avec couverture complémentaire, environ 200 F contre 100 F. Elles bénéficient cependant d'un taux moyen de remboursement plus élevé, 96 % (versus 84 %) de leur dépense sont pris en charge par l'Assurance maladie, du fait d'une grande proportion de personnes exonérées du ticket modérateur.

**Graphique n° 13[indicaux.xls - Graph-indice-inf-CC]
Dépense annuelle d'actes infirmiers par personne protégée
selon le type de couverture complémentaire**



Source : EPAS-ESPS 1992

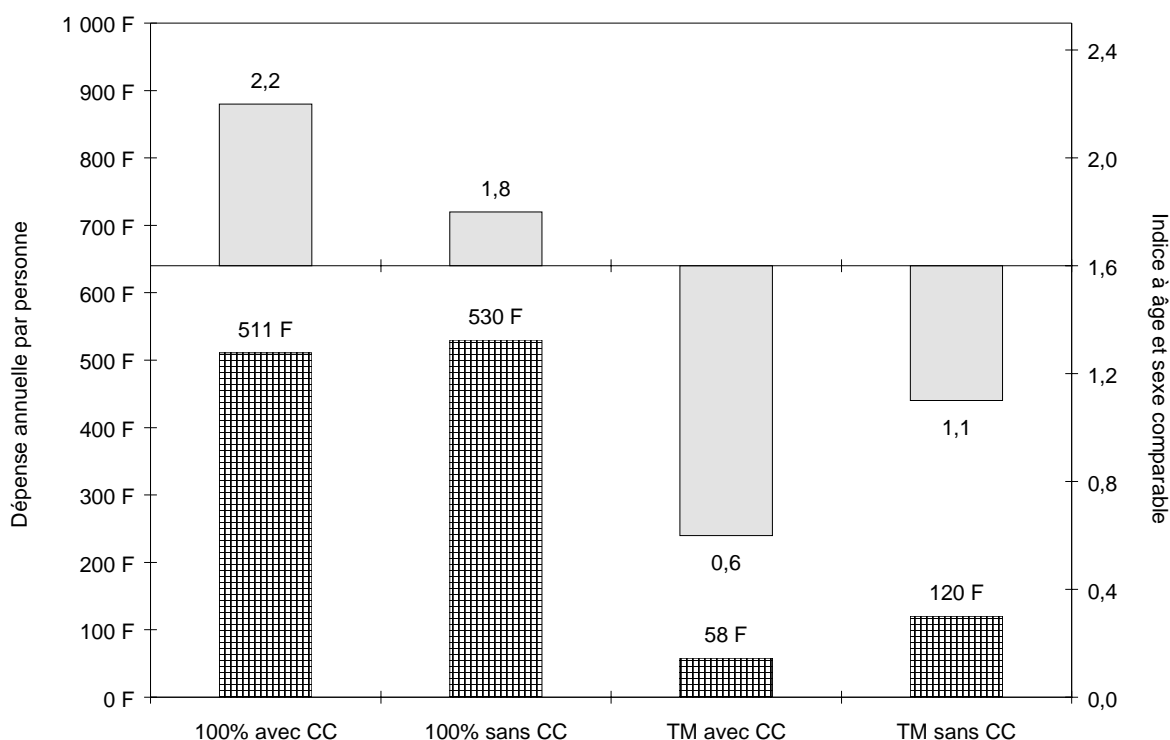
Si l'on affine l'analyse par type de couverture complémentaire, ce sont les personnes qui n'ont pas précisé leur type de couverture complémentaire lors de l'enquête qui consomment le plus en termes de dépense annuelle, 161 F, soit de 1,6 à 2,3 fois plus que lorsque le type de couverture est déclaré. Cependant, ces personnes bénéficient également d'un taux moyen de remboursement par l'Assurance maladie plus élevé que les autres, de 92 %.

Enfin, parmi les personnes dont le type de couverture complémentaire est connu, celles couvertes par une assurance privée présentent des taux de consommateurs plus faibles que les autres, 29 % contre 34 %, alors qu'en termes de dépense annuelle, ce sont les personnes affiliées à une caisse de prévoyance qui dépensent le moins, 69 F contre 89 F en cas d'assurance privée et 103 F en cas de mutuelle. Les indices à âge et sexe égaux corrigent ces résultats, replaçant les personnes bénéficiant d'une assurance privée en tête (indice à 1,3), devant les mutualistes (1,1), les personnes affiliées à une caisse de prévoyance étant nettement plus bas (0,6). De plus, les assurés du secteur privé sont mieux remboursés par l'Assurance maladie que les mutualistes ou les personnes affiliées à une caisse de prévoyance : en moyenne 87 % versus 81 % et 82 %.

3.4.3 La couverture sociale

Le niveau de couverture sociale globale varie dans le même sens que le taux de consommateurs de l'ensemble des actes d'auxiliaires médicaux : plus ce niveau augmente, plus le taux de consommateurs est fort.

**Graphique n° 14[infkine.xls Graph14i(2)]
Dépense annuelle d'actes infirmiers par personne protégée
selon la couverture sociale**



Source : EPAS-ESPS 1992

Cette tendance est vérifiée pour les actes infirmiers pris séparément. Les personnes les plus couvertes sont les personnes exonérées du ticket modérateur et bénéficiant d'une couverture complémentaire ; 63 % de ces personnes consomment au moins un acte infirmier en 1992. Ensuite, le taux de consommateurs des personnes exonérées mais sans couverture complémentaire est légèrement inférieur, 58 %. Enfin, le taux de consommateurs diminue au moins de moitié chez les personnes non exonérées du ticket modérateur, mais il reste 1,5 fois supérieur chez celles possédant une couverture complémentaire que celles n'en possédant pas : respectivement 30 % et 19 %. Donc, en termes de taux de consommateurs, l'existence d'une couverture complémentaire correspond à un accès aux soins infirmiers plus important, tant pour les personnes exonérées du ticket modérateur que pour celles qui ne le sont pas.

En termes de dépense annuelle, la tendance est différente, les personnes possédant une couverture complémentaire semblant engendrer des dépenses plus faibles que celle n'en possédant pas.

Parmi les personnes exonérées du ticket modérateur, la différence entre celles qui possèdent une couverture complémentaire et celles qui n'en possèdent pas est minime, environ 510 F contre 530 F, leurs taux de prise en charge par l'Assurance maladie étant respectivement de 95 % et 98 %. Si les dépenses des personnes possédant une couverture complémentaire sont inférieures à celles sans couverture complémentaire, c'est en raison de l'âge plus faible des personnes qui ont une couverture complémentaire. A âge et sexe comparable, les personnes exonérées et possédant une couverture complémentaire consomment plus que les personnes sans couverture complémentaire.

Par contre, la différence est très nette parmi les personnes non exonérées du ticket modérateur, entre celles ne disposant pas de couverture complémentaire et celles qui en disposent, les premières dépensant deux fois plus que les secondes, environ 120 F contre 60 F. Leurs taux de prise en charge sont également très différents, 92 % contre 74 %. Le niveau de la dépense concorde avec le niveau de prise en charge par l'Assurance maladie et donc la gravité de l'état de santé. Cette forte différence n'est pas due à un effet de l'âge et du sexe.

Cependant, en tenant compte des montants restant à la charge des ménages après remboursement par l'Assurance maladie, on voit que les personnes exonérées du ticket modérateur conservent à leur pleine charge 15 F par an et par personne protégée lorsqu'elles n'ont pas de couverture complémentaire, soit une somme probablement plus élevée que les personnes exonérées et possédant une couverture complémentaire, dont tout ou partie des 23 F non remboursés par l'Assurance maladie sera supportée par cette couverture. En ce qui concerne les personnes non exonérées, il est vraisemblable aussi, qu'après intervention de la couverture complémentaire, la dépense restant à la charge des personnes soit inférieure lorsqu'elles bénéficient d'une couverture complémentaire.

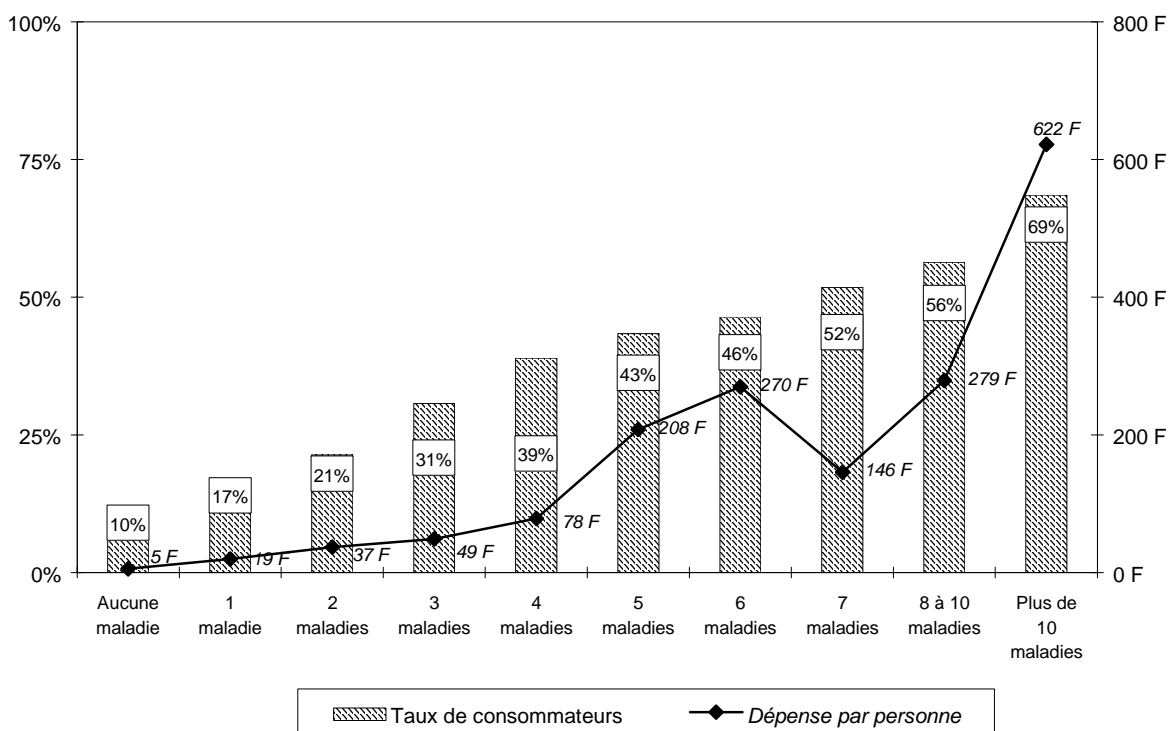
3.5 La consommation selon l'état de santé

[Cf. Tableau n° 14 et Tableau n° 15 en annexe 1]

La consommation d'actes infirmiers augmente lorsque l'état de santé se dégrade, tant en termes de pourcentage de consommateurs dans l'année, qu'en termes de dépense annuelle moyenne par personne protégée.

Par exemple, le taux de consommateurs passe de 10 % en moyenne chez les personnes déclarant souffrir d'aucune maladie, à près de 70 % chez celles déclarant plus de 10 maladies, la dépense évoluant parallèlement de 5 F à plus de 600 F par personne protégée et par an.

Graphique n° 15 [infkine.xls Graph15i]
Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an
et dépense annuelle par personne protégée selon le nombre de maladies déclarées



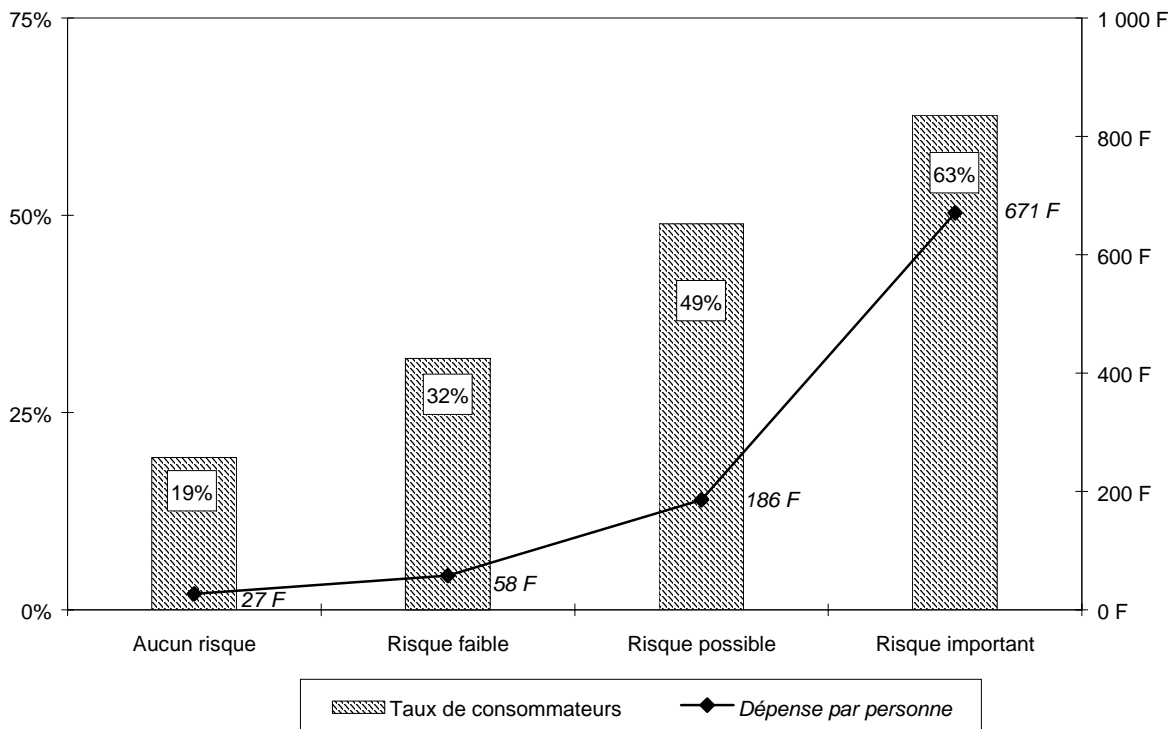
Source : EPAS-ESPS 1992

Pour cet indicateur toutefois, on note un premier pic de dépenses concernant les personnes déclarant souffrir de 5 ou de 6 maladies et déformant la courbe, suivi d'un creux pour 7 maladies déclarées, la progression ne reprenant vraiment qu'à partir de 10 maladies et plus. Ces résultats sont confirmés par les indices à âge et sexe égal.

Les degrés de risque vital et d'invalidité, de même que la perception personnelle de son propre état de santé, donnent des résultats qui confirment cette tendance. L'augmentation de la consommation avec la dégradation de l'état de santé est beaucoup plus marquée en termes de dépense annuelle par personne protégée qu'en termes de taux de consommateurs.

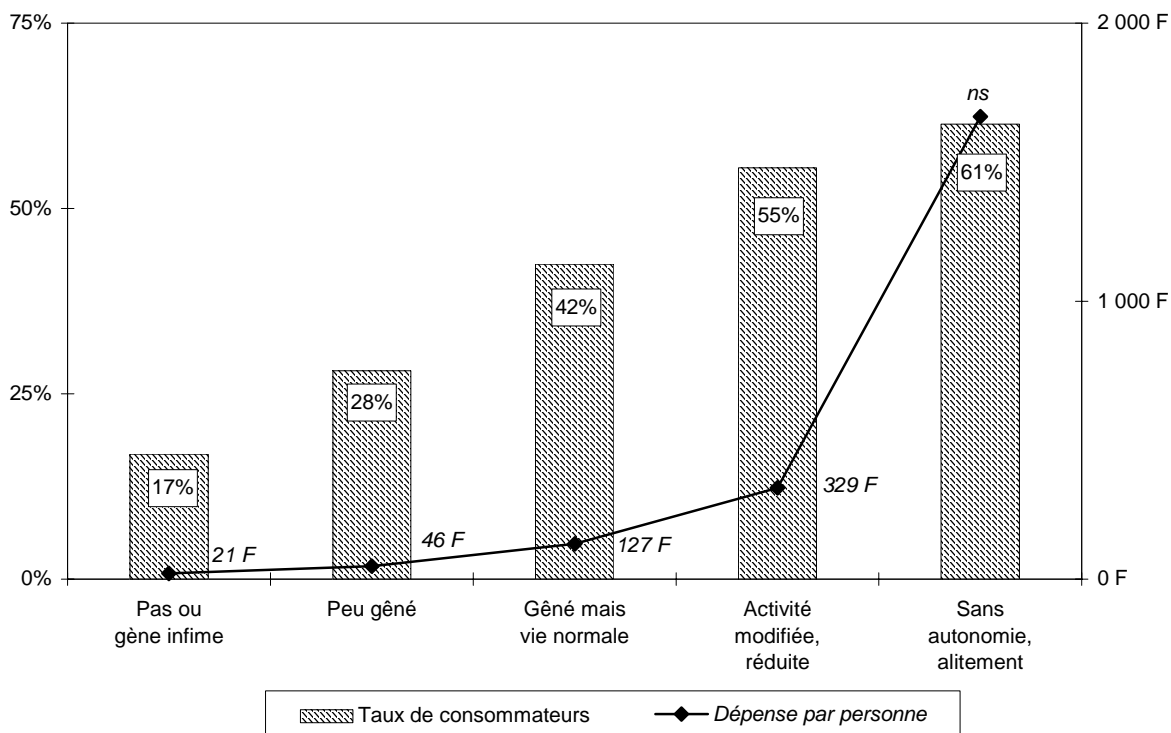
La dépense annuelle d'actes infirmiers est plus sensible au degré d'invalidité et même à l'appréciation personnelle de son état de santé qu'au degré de risque vital. En effet, elle augmente plus nettement encore quand la personne perd toute autonomie domestique ou se retrouve en alitement permanent, que lorsqu'elle se trouve elle-même en très mauvaise santé ou que le médecin-chiffreur lui accorde un risque vital important.

Graphique n° 16[infkine.xls Graph16i]
**Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an
 et dépense annuelle par personne protégée selon le degré de risque vital**



Source : EPAS-ESPS 1992

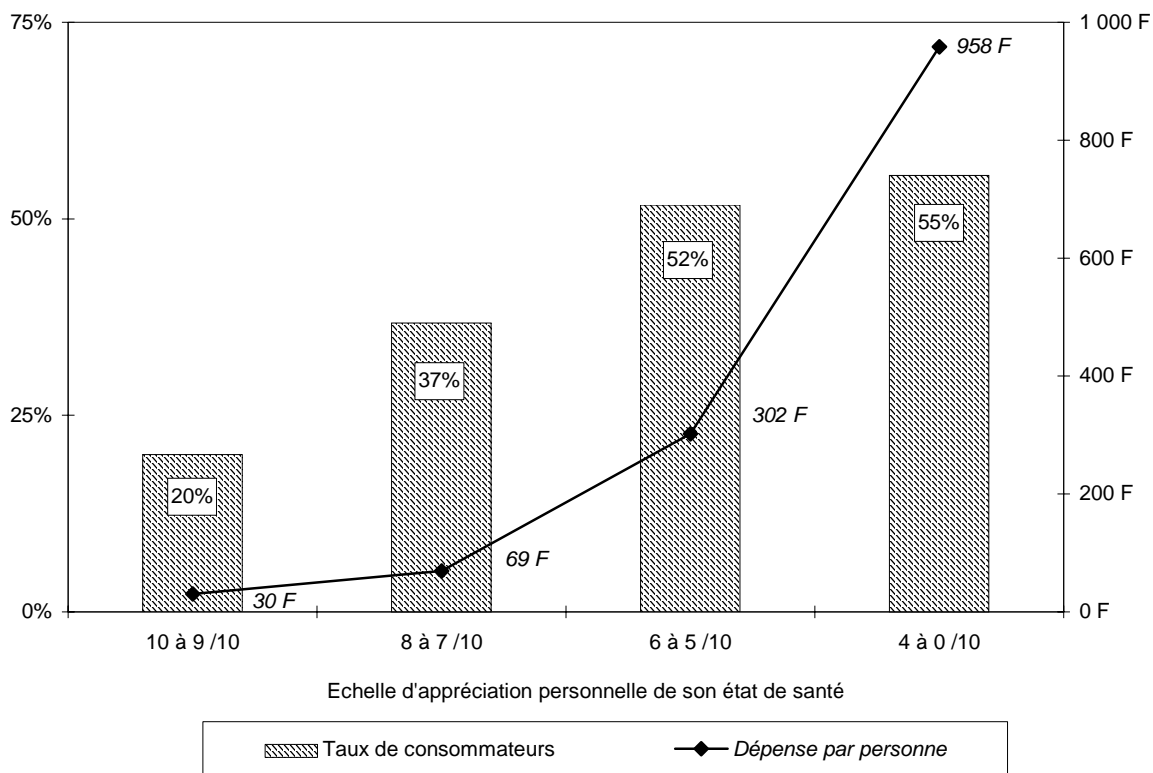
Graphique n° 17[infkine.xls Graph17i]
**Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an
 et dépense annuelle par personne protégée selon le degré d'invalidité**



ns = non significatif

Source : EPAS-ESPS 1992

Graphique n° 18[infkine.xls Graph18i]
Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an
et dépense annuelle par personne protégée
selon l'appréciation personnelle de son état de santé

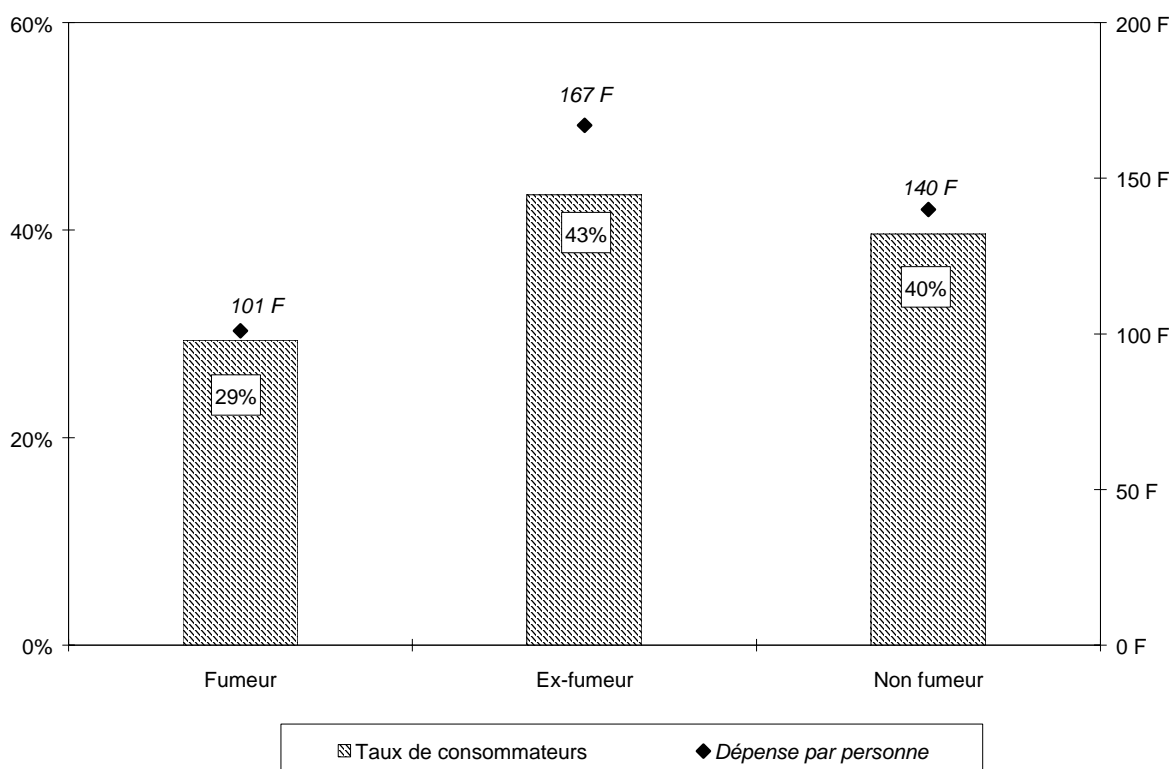


Source : EPAS-ESPS 1992

Un antécédent récent d'hospitalisation entraîne également une consommation d'actes infirmiers bien plus élevée : 52 % de consommateurs et 377 F de dépense annuelle par personne protégée en cas d'hospitalisation récente, contre respectivement 31 % et 100 F.

Quant au risque tabagique au-delà de 16 ans, il donne des résultats classiquement plus nuancés. La consommation est à peine plus élevée chez les fumeurs qui ont arrêté de fumer (ex-fumeurs) que chez les non fumeurs, tant en termes de taux de consommateurs que de dépense annuelle. Par contre, si le taux de consommateurs et la dépense annuelle sont bien inférieurs chez les fumeurs actuels, leur indice de dépense à âge et sexe égaux est en réalité un peu plus fort : 1,1 contre 1 pour les deux autres catégories de personnes. Leur moindre consommation est donc en partie due à un effet âge et sexe conjugué.

Graphique n° 19[infkine.xls Graph19i]
Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an
et dépense annuelle par personne protégée selon l'existence d'un risque tabagique ou non



Source : EPAS-ESPS 1992

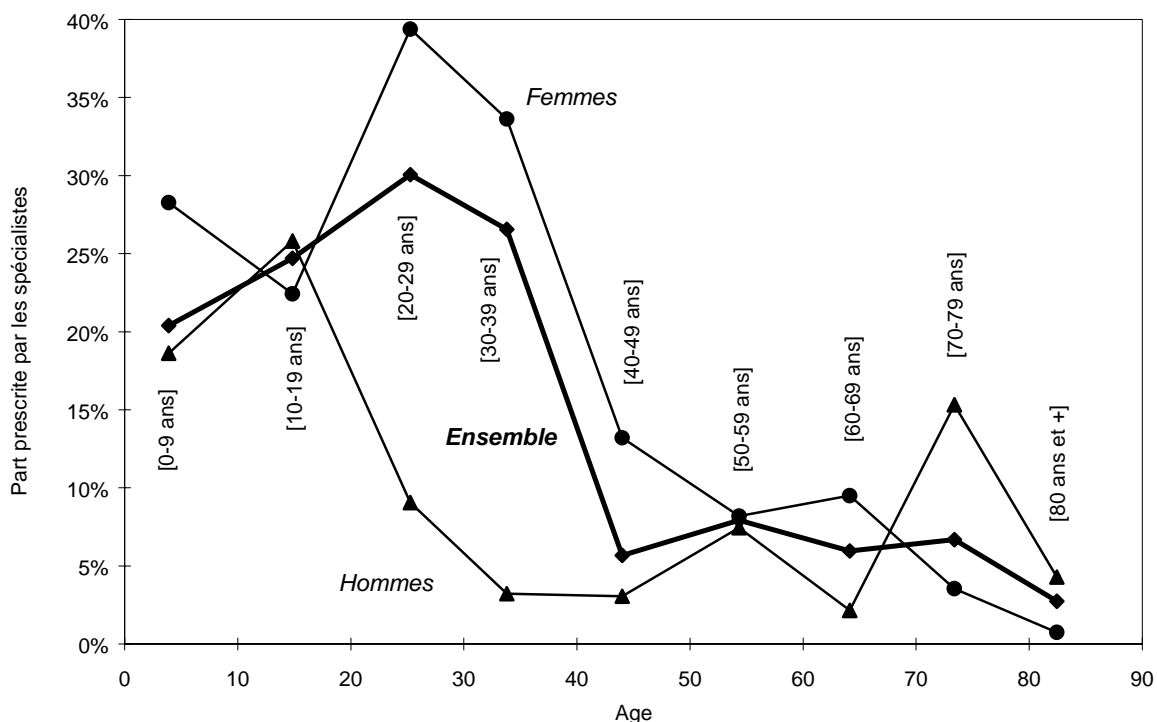
3.6 La consommation selon le type de prescripteur

[Cf. Tableaux en annexe 1]

La part de la dépense d'actes infirmiers prescrits par les médecins généralistes (ou omnipraticiens) en 1992 est très élevée, de 90 %. Les autres praticiens, dénommés ici spécialistes (il s'agit en fait des médecins spécialistes et des sages-femmes dans le cas des actes infirmiers), sont à l'origine des 10 % restant. En effet, les actes d'infirmiers ont un but thérapeutique et s'adressent plus fortement aux personnes âgées ; celles-ci sont suivies le plus souvent par leur généraliste qui leur prescrit les actes thérapeutiques courants dont font partie les actes infirmiers. La part de prescription par les spécialistes est ainsi nettement inférieure à celle que l'on trouve pour les prescriptions de biologie par exemple ; ces dernières ont un but diagnostique, à titre préventif ou de suivi de thérapeutique, auquel participent plus fortement les praticiens spécialistes (à hauteur de 27 % dans le cas des actes de biologie).

Le premier facteur déterminant la consommation d'actes infirmiers selon le type de prescripteur est l'âge : plus il augmente, plus la part de consommation prescrite par les spécialistes s'amenuise. A l'opposé, les enfants reçoivent une part importante d'actes infirmiers prescrits par des praticiens spécialistes, en particulier par les pédiatres et les chirurgiens.

Graphique n° 20[infimie.xls Graph3i]
Part de la dépense d'actes infirmiers prescrite par les praticiens spécialistes
selon l'âge et le sexe des consommateurs



Source : EPAS-ESPS 1992

Le second facteur est le sexe : la part féminine est globalement double de la part masculine, 12 % versus 6 %, tous âges confondus. Ceci est essentiellement dû aux actes infirmiers s'adressant aux femmes adultes jeunes, liés à la période d'activité génitale et plus particulièrement aux grossesses, accouchements et suites de couches : ces actes sont prescrits par des gynéco-obstétriciens et des sages-femmes. Ces femmes de 16 à 39 ans présentent ainsi la consommation la plus importante d'actes infirmiers prescrits par des spécialistes, tant en termes de part (35 % contre 6 % chez les hommes) qu'en termes de montant (56 F par an pour une jeune consommatrice contre 12 F pour un consommateur masculin du même âge).

Selon les autres caractéristiques des personnes, on reconnaît l'effet de l'âge et/ou du sexe le plus souvent sur la part de la prescription par des spécialistes d'actes infirmiers. C'est ainsi que cette part est plus faible chez les personnes veuves, celles vivant seules, les retraités, ou encore chez les personnes souffrant de polyopathie ou exonérées du ticket modérateur pour raison de santé, car elles sont plus souvent âgées. Par contre, à la suite d'une hospitalisation, les soins infirmiers sont plus fréquemment prescrits par un spécialiste.

Outre la morbidité, on peut encore invoquer l'offre de soins qui intervient en région parisienne pour augmenter la part de prescription par les spécialistes et le niveau social qui joue dans le même sens pour la consommation des cadres supérieurs et professions intellectuelles, mais qui distingue les chômeurs (part plus faible) des actifs et ceux qui n'ont pas de couverture complémentaire (part plus faible également) de ceux qui en ont une.

4. La consommation d'actes de kinésithérapeutes de ville

En 1992, plus de 9 000 séances ou actes de masseurs-kinésithérapeutes sont recensés dans notre échantillon, soit un effectif redressé de près de 17 000 séances ou actes⁵. Parmi ceux-ci, 12 % nécessitent un déplacement et près de 1 % entraînent une majoration de nuit ou de jour férié.

Rappel méthodologique

- Les actes de masseurs-kinésithérapeutes comprennent tous les actes cotés en « AMC », « AMK » ou « AMM ». Le masseur-kinésithérapeute utilise la lettre-clé « AMC » pour coter les actes qu'il effectue dans une structure de soins ou un établissement de santé. Il utilise la lettre-clé « AMK » pour les actes qu'il effectue à son cabinet ou au domicile du malade, à l'exception des actes effectués dans un cabinet installé au sein d'un établissement d'hospitalisation privé au profit d'un malade hospitalisé. Enfin, la lettre-clé « AMM » est réservée aux actes de masseurs-kinésithérapeutes-rééducateurs.
- La valeur des lettres-clés des actes de masseurs-kinésithérapeutes est de 11,55 F.

La dépense moyenne par séance est de 80 F (Cf. Tableau n° 1), soit l'équivalent d'un acte de kinésithérapie dont le coefficient serait d'environ 4,2 (4,2 « AMC », 4,2 « AMK » ou 4,2 « AMM »).

Seules 10 % des personnes protégées consomment au moins un acte de masseur-kinésithérapeute en un an, soit une proportion trois fois moindre que pour les actes infirmiers, indiquant d'emblée une forte concentration.

De plus, en moyenne, la dépense annuelle d'actes de masseurs-kinésithérapeutes par consommateur est très élevée, 1 822 F, soit quatre fois plus que pour les actes infirmiers. Répartie sur l'ensemble de la population, elle tombe à 182 F par personne protégée, ce qui signe une forte concentration des dépenses. Cependant, cette dépense annuelle moyenne reste supérieure à celle des soins infirmiers (128 F par personne protégée).

⁵ Cf. Tableau n° 7 en annexe méthodologique.

4.1 La consommation selon l'âge et le sexe

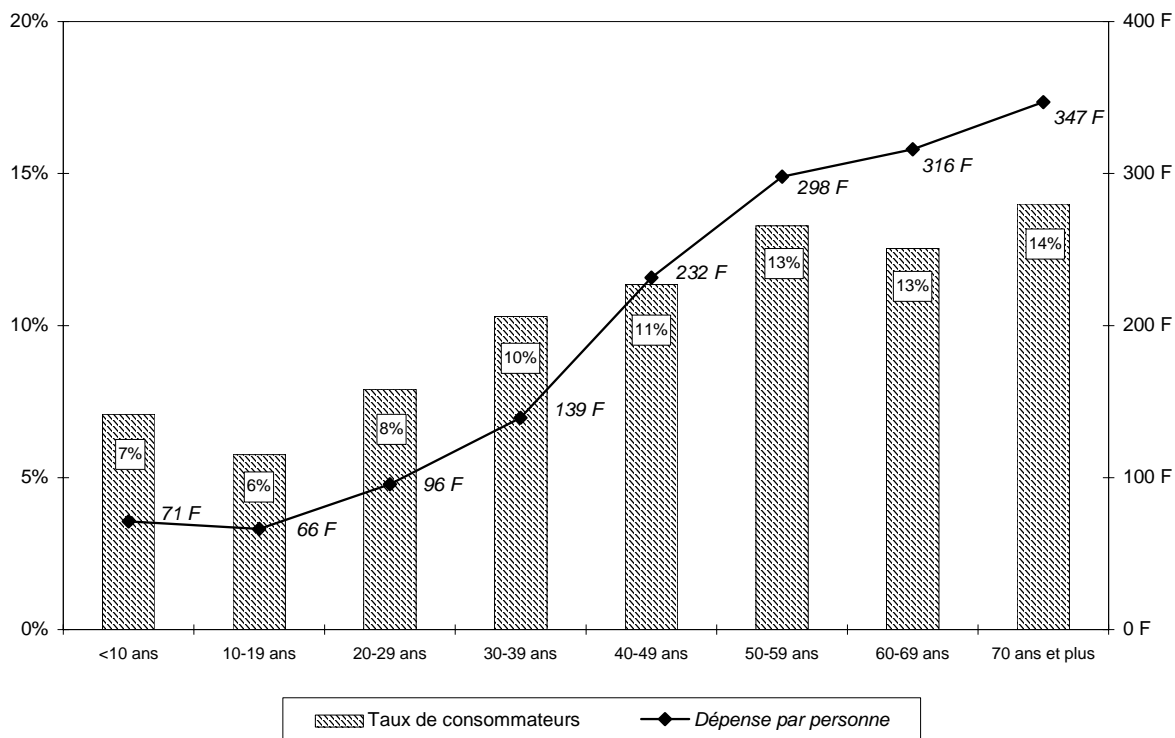
[Cf. Tableau n° 16 et Tableau n° 17 en annexe 2]

Les taux de consommateurs en un an sont proches pour les deux sexes, 9 % pour les hommes et 11 % pour les femmes. Selon l'âge, ils augmentent progressivement et varient du simple au double entre les enfants (environ 7 %) et les personnes âgées, chez lesquelles ils fluctuent entre 12 % et 15 %.

En termes de dépense annuelle par personne protégée, l'augmentation de la consommation d'actes de kinésithérapeutes est plus régulière avec l'âge, passant d'environ 70 F chez les enfants à un montant compris entre 300 F et 400 F chez les personnes âgées. Cependant, l'augmentation est plus rapide chez les adultes jeunes et plus lente au-delà de 60 ans.

Selon le sexe, la consommation est un peu plus élevée chez les femmes que chez les hommes, respectivement 194 F contre 168 F de dépense annuelle par personne protégée. L'écart n'est dû qu'aux femmes de plus de 50 ans, post-ménopausiques, faisant invoquer l'ostéoporose comme motif de prescription. Toutefois, entre 40 et 49 ans, la dépense masculine passe au-dessus de celle des femmes.

Graphique n° 21 [infkine.xls Graph34k]
Taux de consommateurs d'actes de kinésithérapeutes en un an et
dépense annuelle par personne protégée selon l'âge



Source : EPAS-ESPS 1992

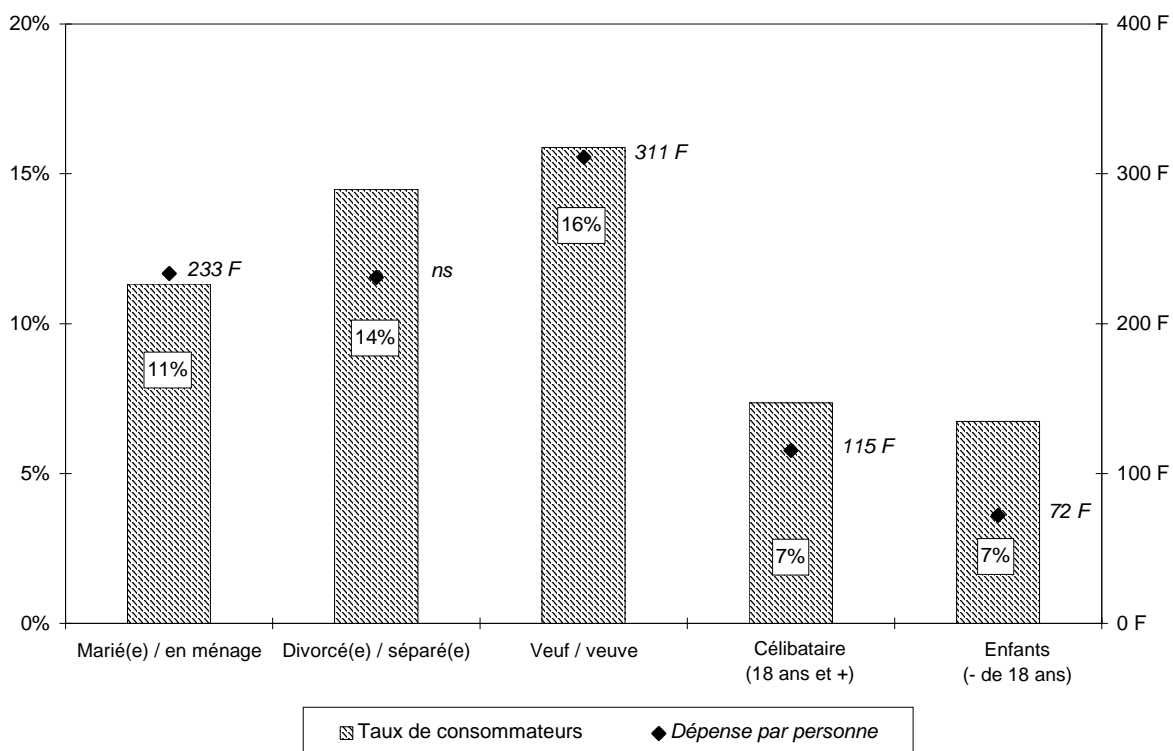
4.2 La consommation selon la situation familiale

[Cf. Tableau n° 18 en annexe 2]

4.2.1 L'état matrimonial

Pour les actes de kinésithérapeutes comme pour les actes infirmiers, l'effet de l'âge est prépondérant : les plus forts consommateurs sont les personnes veuves (d'âge moyen 71 ans) et les plus faibles consommateurs sont les enfants, tant en termes de pourcentages de consommateurs qu'en termes de dépense annuelle par personne protégée, le niveau de ces deux indicateurs étant cohérent avec celui des classes d'âge extrêmes. Entre ces deux catégories de personnes, nous avons les personnes divorcées ou séparées, proches des personnes mariées ou vivant en ménage, mais loin devant les célibataires de 18 ans et plus. Ces derniers présentent une moindre consommation qui n'est pas due à l'âge, car confirmée par les indices à âge et sexe égal⁶.

**Graphique n° 22[infkine.xls Graph5k]
Taux de consommateurs d'actes de kinésithérapeutes
et dépense annuelle par personne protégée
selon l'état matrimonial**



ns = non significatif

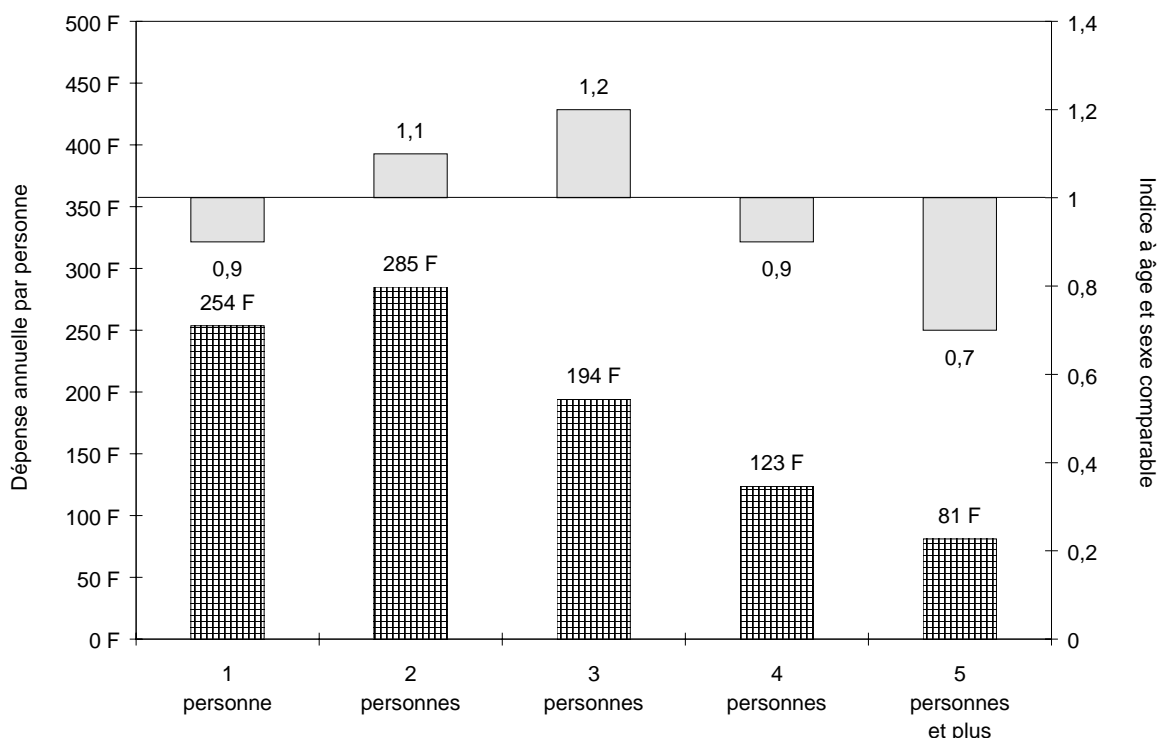
Source : EPAS-ESPS 1992

⁶ Pour le calcul des indices à âge et sexe comparable, on rapporte la dépense d'une certaine catégorie de personnes, par exemple les personnes mariées, à la dépense qu'aurait l'ensemble de la population si elle avait la même structure démographique que celle des personnes mariées.

4.2.2 La taille du ménage

Comme pour les actes infirmiers, plus la taille du ménage est grande, plus le taux de consommateurs est faible. Pour les actes de kinésithérapeutes, la diminution est très progressive entre les ménages d'une seule personne et ceux de 5 et plus. Par contre, en termes de dépense annuelle par personne protégée, la diminution est plus rapide, avec un écart notable pour les personnes vivant dans des ménages à deux personnes qui présentent la dépense la plus élevée.

Graphique n° 23[infkine.xls Graph6k]
Dépense annuelle d'actes de kinésithérapeutes par personne protégée selon la taille du ménage



Source : EPAS-ESPS 1992

En fait, l'indice à âge et sexe égal confirme une surconsommation des ménages 2 personnes, mais aussi des ménages à 3 personnes due en partie à la rééducation des enfants et adolescents (statique et post-traumatique). Comparativement aux actes d'infirmiers, on peut avancer l'hypothèse que, les actes de kinésithérapeutes étant très spécifiques, ils sont toujours réalisés par un professionnel. De plus, une deuxième personne dans un ménage ne se substitue pas au kinésithérapeute.

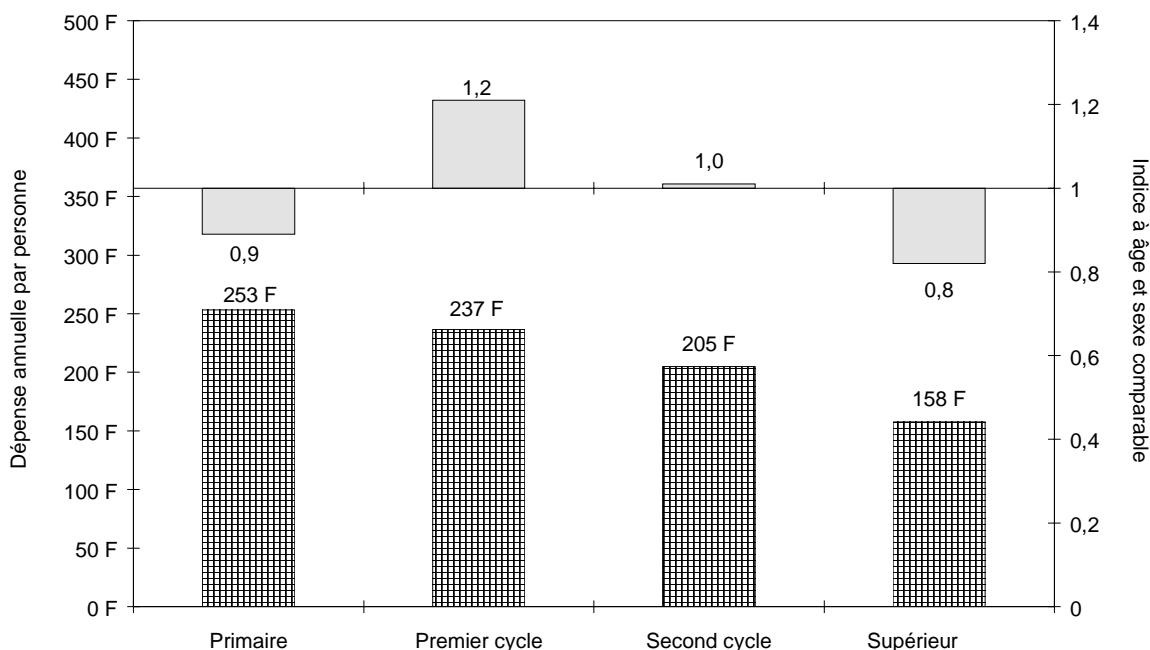
4.3 La consommation selon le niveau social

[Cf. Tableau n° 19 et Tableau n° 20 en annexe 2]

4.3.1 Le niveau d'études des adultes

La consommation d'actes de kinésithérapie varie selon le niveau atteint par les personnes ayant fini leurs études, tout comme pour les actes infirmiers, mais dans une bien moindre mesure : plus le niveau atteint s'élève, plus la dépense annuelle par personne baisse, alors que les taux de consommateurs varient peu. Ainsi, cette dépense passe de 158 F pour le niveau des études supérieures à 253 F pour le niveau du primaire.

Graphique n° 24[indicaux.xls - Graph-indice-kiné-scol]
Dépense annuelle d'actes de kinésithérapeutes par personne protégée
selon le niveau d'études des adultes



Source : EPAS-ESPS 1992

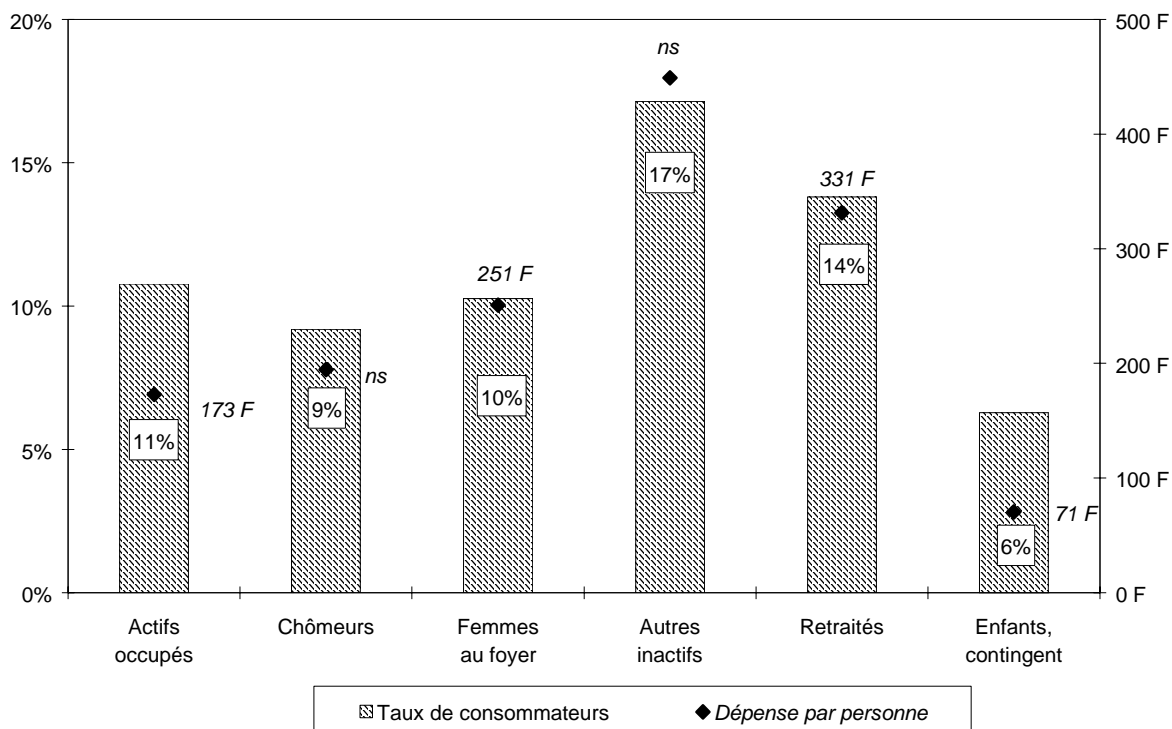
La forte consommation des adultes ayant atteint le niveau du primaire est un effet de l'âge, ces personnes sont plus âgées en moyenne.

4.3.2 L'occupation principale

Les « autres inactifs » sont les plus forts consommateurs d'actes de kinésithérapeutes avec 17 % de consommateurs et la plus forte dépense annuelle par personne protégée. Juste après, nous retrouvons les retraités avec 14 % de consommateurs et une dépense annuelle d'environ 330 F par personne protégée. Contrairement aux retraités, la forte dépense des autres inactifs n'est pas uniquement un effet de l'âge.

Les taux de prise en charge sont plus faibles que pour les actes infirmiers : 88 % pour les autres inactifs et 84 % pour les retraités. Ce taux de prise en charge signe cependant une part de maladies exonérantes plus importante et donc graves chez les autres inactifs, les retraités et les chômeurs (85 %), que chez les autres adultes (actifs occupés et femmes au foyer : environ 80 %) et surtout que chez les enfants (69 %).

Graphique n° 25[infkine.xls Graph9k]
Taux de consommateurs d'actes de kinésithérapeutes en un an
et dépense annuelle par personne protégée
selon l'occupation principale



ns = non significatif

Source : EPAS-ESPS 1992

Le taux de consommateurs est similaire chez les actifs, les chômeurs et les femmes au foyer, autour de 10 %. En revanche, la dépense annuelle par personne protégée est supérieure chez les femmes au foyer, environ 250 F, alors qu'elle est inférieure à 200 F pour les actifs et les chômeurs. Mais, à âge et sexe comparable, les femmes au foyer et les chômeurs dépensent légèrement plus que la moyenne.

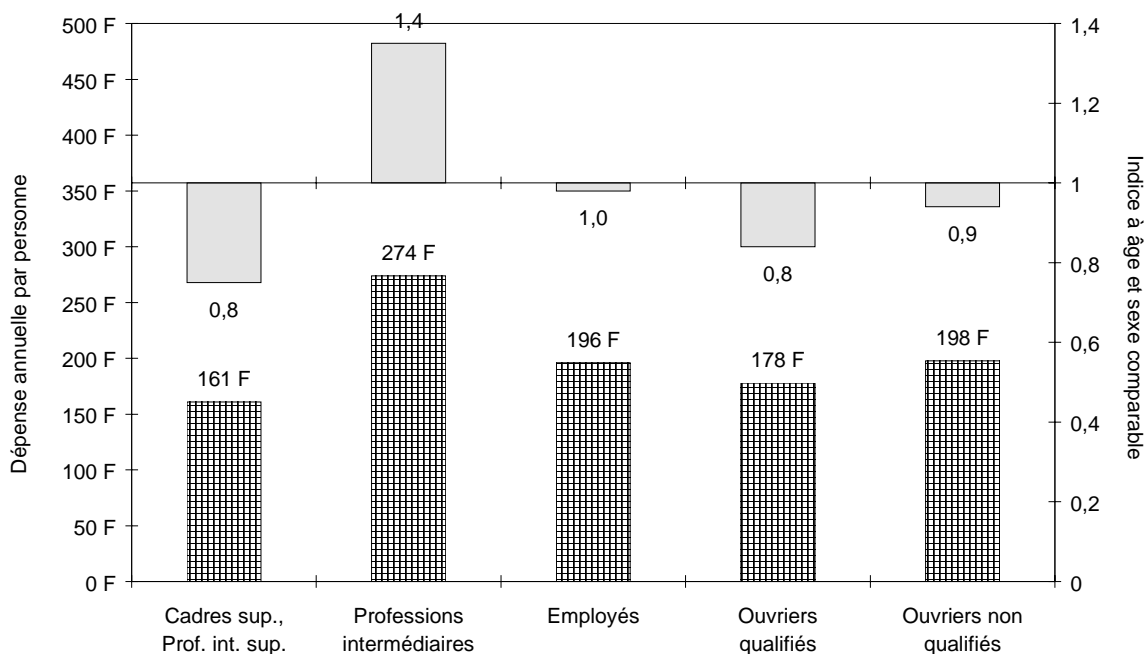
Les enfants et les militaires du contingent sont toujours les plus faibles consommateurs, leur dépense annuelle par personne est d'environ 70 F.

4.3.3 La profession

Les personnes exerçant une profession intermédiaire et les employés sont plus nombreux à consommer au moins un acte de kinésithérapeute en 1992, respectivement 13 % et 12 % d'entre elles. Les ouvriers, qualifiés ou non, ont les taux de consommateurs les plus faibles (10 % et 8 %). Par contre, seule la dépense annuelle par personne protégée des professions intermédiaires se distingue par son montant plus élevé : 274 F contre moins de 200 F pour les autres professions, sans qu'il s'agisse d'un effet de l'âge et du sexe.

Les cadres ont les taux de prise en charge les plus bas (62 %) et les ouvriers les plus forts (87 % et 91 %), correspondant à une part plus importante d'accidents du travail nécessitant une rééducation.

**Graphique n° 26[indicaux.xls - Graph-indice-kiné-PCS]
Dépense annuelle d'actes de kinésithérapeutes par personne protégée
selon la profession actuelle ou l'ancienne profession***



* Il s'agit de la dernière profession exercée par les chômeurs, les retraités et les autres inactifs.

Source : EPAS-ESPS 1992

4.4 La consommation selon la protection sociale

[Cf. Tableau n° 21 en annexe 2]

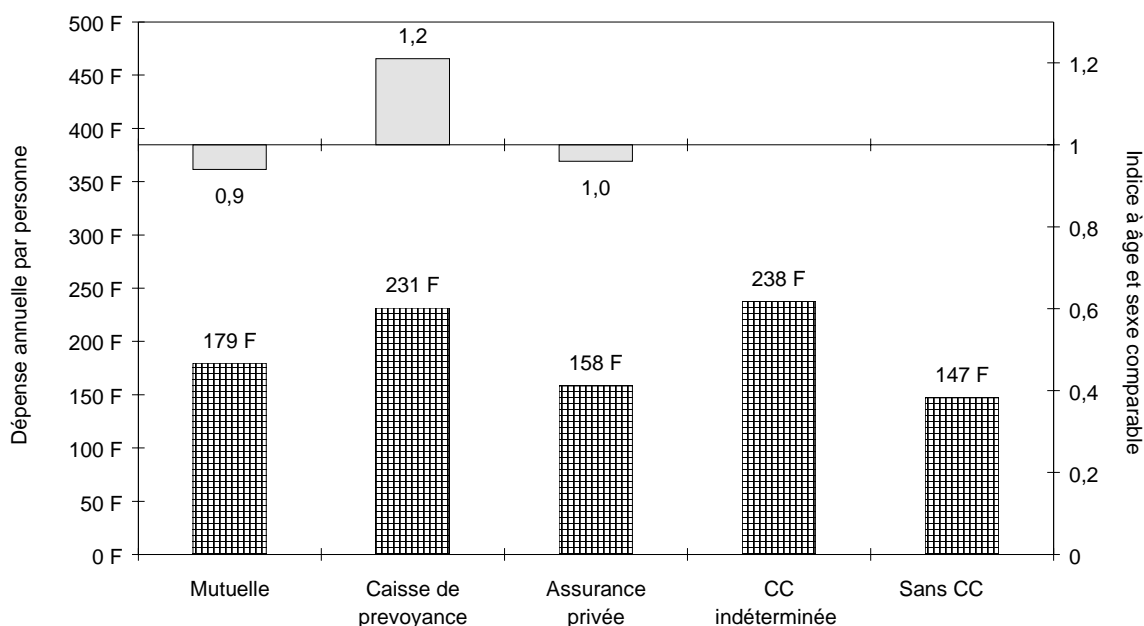
4.4.1 L'exonération du ticket modérateur

Les personnes exonérées du ticket modérateur le sont en raison de leur mauvaise santé. Ils consomment en effet plus d'actes de kinésithérapeutes que les autres, tout comme pour les autres actes médicaux et paramédicaux. Le taux de consommateurs en un an parmi les personnes exonérées du ticket modérateur est de 20 % contre 9 % pour les personnes non exonérées. Les écarts sont encore plus importants pour la dépense annuelle par personne protégée qui atteint respectivement 773 F et 115 F. La majeure partie de la kinésithérapie des personnes exonérées est consommée pour une maladie exonérante, comme le démontre leur taux de prise en charge : 95 %, contre 70 % chez les personnes non exonérées.

4.4.2 La couverture complémentaire

Les personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire consomment davantage que les personnes sans, respectivement 10 % de consommateurs contre 7 % et une dépense annuelle par personne de 187 F et de 147 F.

**Graphique n° 27[indicaux.xls - Graph-indice-kiné-CC]
Dépense annuelle d'actes de kinésithérapeutes par personne protégée
selon le type de couverture complémentaire**



Source : EPAS-ESPS 1992

Pour les actes de masseurs-kinésithérapeutes, la dépense annuelle par personne protégée la plus élevée est celle des personnes assurées à une caisse de prévoyance avec plus de 200 F. Les personnes couvertes par une caisse de prévoyance font également partie des personnes les mieux remboursées par l'Assurance maladie avec un taux moyen de remboursement de 85 %.

A l'opposé, les personnes sans couverture complémentaire ont la dépense annuelle la plus faible, 147 F par an et par personne. Cependant, elles sont bien remboursées avec un taux moyen de remboursement de 89 % du fait de maladies exonérantes.

Enfin, les personnes couvertes par une mutuelle ou une assurance privée ont une dépense annuelle par personne proche de la moyenne, qui fluctue entre 180 F et 160 F, mais un taux moyen de remboursement plus faible, de 78 %.

4.4.3 La couverture sociale

Globalement, si l'on conjugue l'exonération du ticket modérateur et la couverture complémentaire, plus la couverture sociale diminue, plus le taux de consommateurs d'actes d'auxiliaires médicaux diminue. Pour les actes de kinésithérapeutes, lorsque la couverture sociale baisse, le taux de consommateurs et la dépense annuelle par personne diminuent. Pour les personnes exonérées du ticket modérateur, 23 % consomment au moins un acte de kinésithérapeute quand elles bénéficient d'une couverture complémentaire, contre 14 % quand elles n'en ont pas. Pour les personnes non exonérées, on a respectivement 9 % et 5 % de consommateurs. De même, la dépense annuelle par personne des personnes exonérées avec couverture complémentaire est plus élevée. Par exemple, elle passe de 121 F ou 72 F chez les personnes non exonérées avec ou sans couverture complémentaire. Les indices à âge et sexe égal confirment ces résultats.

Par contre, les taux de prise en charge par l'Assurance maladie, sont plus élevés lorsqu'il n'y a pas de couverture complémentaire, qu'il y ait exonération du ticket modérateur ou non.

4.5 La consommation selon l'état de santé

[Cf. Tableau n° 22 et Tableau n° 23 en annexe 2]

En général, la consommation d'actes de kinésithérapeutes augmente lorsque l'état de santé se dégrade, mais cette augmentation est moins régulière que pour les actes infirmiers. Ceci tient à la spécificité de la kinésithérapie qui est une prescription médicale répondant à des problèmes très particuliers. Le degré d'invalidité l'illustre clairement.

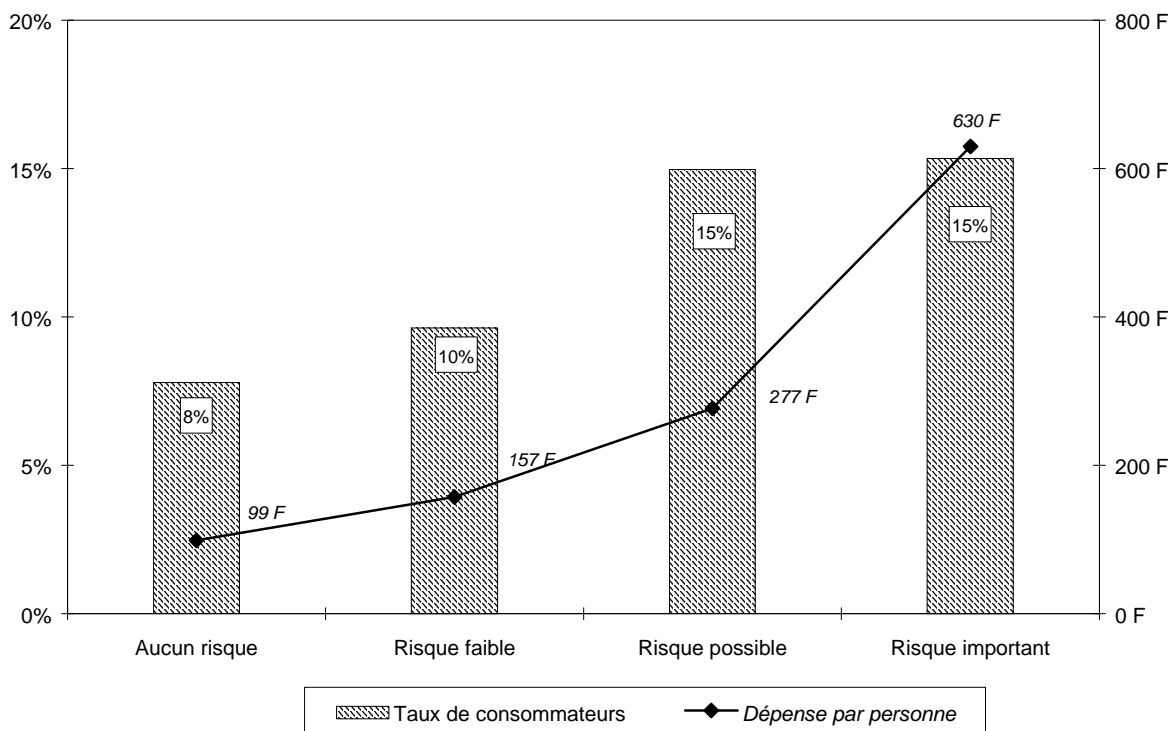
En effet, parmi les personnes sans autonomie domestique, celles qui sont en alitement permanent du fait de leur immobilité, doivent recevoir des soins de kinésithérapie de façon continue, ce qui augmente à la fois le taux de consommateurs dans cette catégorie et la dépense annuelle par personne protégée. Cependant, le nombre de consommateurs sans autonomie est trop faible pour évaluer précisément leur niveau de consommation.

A âge et sexe comparable, la dépense annuelle est plus sensible au degré d'invalidité du fait de la spécificité des indications : la surconsommation apparaît dès le stade de modification/réduction de l'activité (392 F) et culmine avec la perte de l'autonomie (> 3 000 F).

Selon le degré de risque vital, le pourcentage de consommateurs culmine à 15 % dès l'apparition d'un risque, mais la dépense annuelle par personne protégée fait plus que doubler entre ce stade et le constat d'un risque important pour atteindre 630 F par an.

La consommation selon le sentiment de détérioration de l'état de santé exprimé par la personne elle-même, augmente de la même façon que pour le risque vital.

Graphique n° 28 [infkine.xls Graph16k]
Taux de consommateurs d'actes de kinésithérapeutes en un an
et dépense annuelle par personne protégée
selon le degré de risque vital



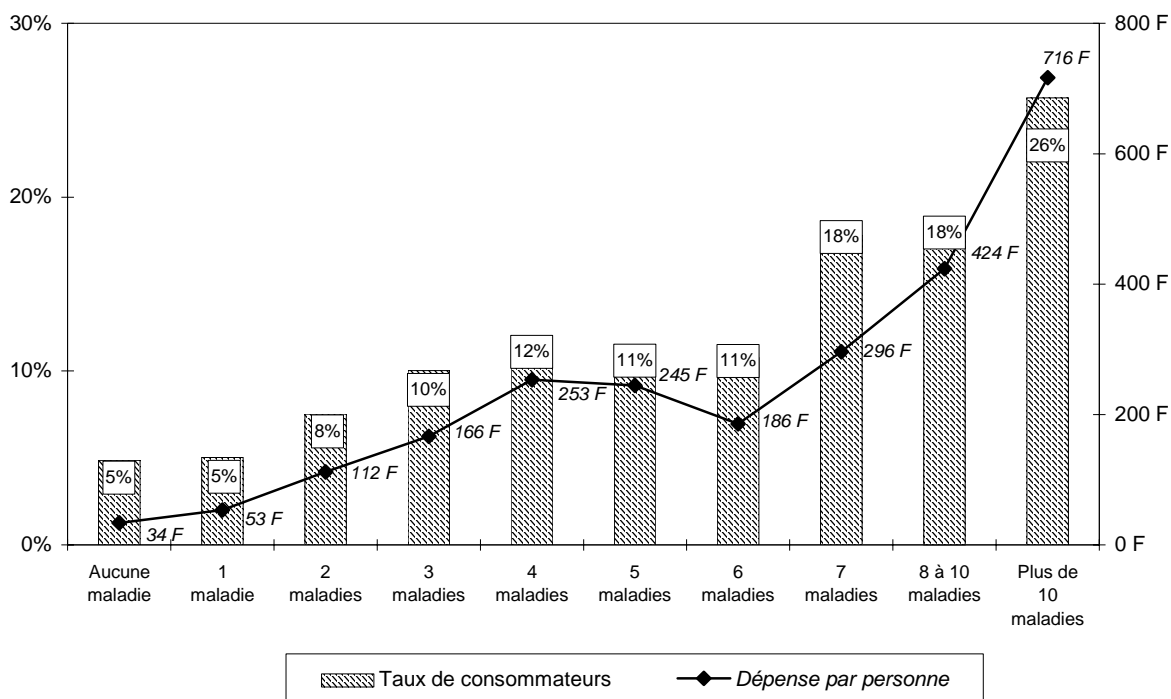
Source : EPAS-ESPS 1992

Selon le nombre de maladies déclarées, l'augmentation stagne entre 3 et 6 maladies, pour reprendre à partir de 7 maladies (environ 300 F par an) et atteindre plus de 700 F par an pour 10 maladies ou plus et 26 % de consommateurs (Cf. Graphique n° 29).

Selon le risque tabagique chez les personnes de plus de 16 ans, on constate une consommation plus fréquente et surtout une dépense annuelle par personne protégée multipliée par 1,5 des personnes ayant arrêté de fumer (ex-fumeurs : 319 F) par rapport aux non fumeurs, leurs âges moyens étant proches. En effet, la kinésithérapie respiratoire est particulièrement indiquée chez eux. Par contre, les fumeurs actuels sont de moindres consommateurs d'actes de kinésithérapeutes : ils sont également plus jeunes en moyenne et l'on sait que le tabac n'induit des troubles qu'au bout d'un certain nombre d'années. D'ailleurs, l'ex-fumeur a souvent arrêté de fumer à l'occasion de ces troubles (Cf. Graphique n° 30).

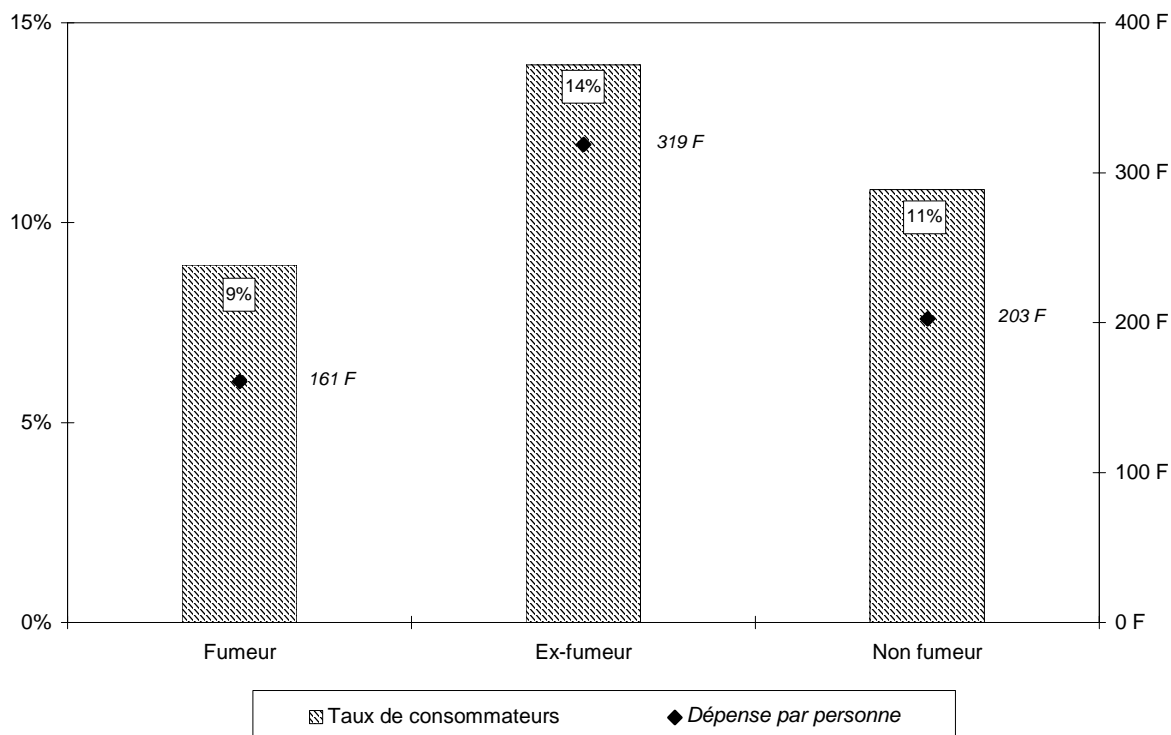
L'indice à âge et sexe comparable confirme la surconsommation d'actes de kinésithérapeutes des ex-fumeurs. Cette surconsommation peut être rapportée à leur état de santé, alors que pour les actes infirmiers, leur consommation plus élevée était un effet de l'âge et du sexe.

Graphique n° 29[infkine.xls Graph15k]
Taux de consommateurs d'actes de kinésithérapeutes en un an et dépense annuelle par personne protégée selon le nombre de maladies déclarées



Source : EPAS-ESPS 1992

Graphique n° 30[infkine.xls Graph19k]
Taux de consommateurs d'actes de kinésithérapeutes en un an et dépense annuelle par personne protégée selon l'existence d'un risque tabagique ou non



Source : EPAS-ESPS 1992

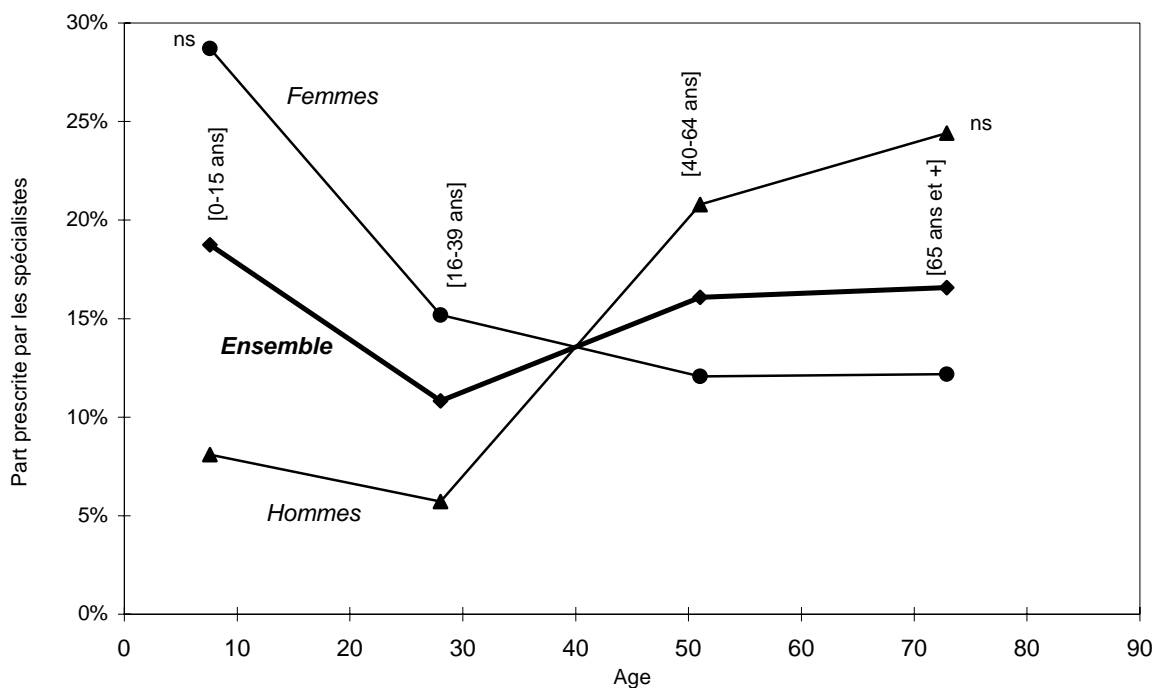
4.6 La consommation selon le type de prescripteur

[Cf. Tableaux en annexe 2]

Les actes de kinésithérapie répondent à des besoins souvent spécifiques : ainsi, les prescripteurs sont plus souvent des praticiens spécialisés que dans le cas des actes infirmiers et 15 % de la dépense annuelle par personne protégée leur est due.

La part d'actes de kinésithérapeutes prescrite par un spécialiste est un peu plus élevée chez les femmes que chez les hommes (17 % contre 14 %) ; elle baisse chez elles avec l'âge alors qu'elle augmente chez les hommes après 40 ans. La différence selon le sexe constatée entre 16 et 39 ans est imputable pour l'essentiel à la kinésithérapie du post partum prescrite par les gynécobstétriciens et les sages-femmes. Après la ménopause, nous avons vu que les femmes suscitaient une dépense plus importante d'actes de kinésithérapeutes que les hommes : elle se rapporte en partie aux conséquences de l'ostéoporose et les prescriptions induites émanent souvent du généraliste et parfois du rhumatologue. Chez les personnes âgées, la kinésithérapie intervient également à la suite interventions chirurgicales sur l'appareil locomoteur, qu'il s'agisse d'arthrose ou de traumatisme, prescrite par les orthopédistes. On trouve aussi de la kinésithérapie respiratoire. Chez les enfants, elle peut être prescrite à la suite d'un traumatisme ou pour rééducation d'une scoliose par exemple, et alors relever d'une prescription par un praticien spécialiste.

Graphique n° 31[kinémass.xls Graph2k]
Part de la dépense d'actes de kinésithérapeutes prescrite par les praticiens spécialistes selon l'âge et le sexe des consommateurs



ns = non significatif

Source : EPAS-ESPS 1992

Selon les autres caractéristiques des personnes, outre l'effet induit de l'âge et/ou du sexe, il semble y avoir un effet de l'offre sur les prescriptions de la région parisienne.

A la différence des actes infirmiers par exemple, le praticien spécialiste intervient moins souvent dans la prescription de kinésithérapie à la suite d'une hospitalisation ou lorsque le patient est exonéré du ticket modérateur.

Conclusion

Comme dans chaque enquête interrogeant directement les personnes sur leur santé, il existe dans l'ESPS une petite sous-estimation de la consommation globale due à une moins bonne représentation des personnes en très mauvaise santé dans l'échantillon. Cependant, l'appariement EPAS-ESPS fournit une estimation de la consommation globale moyenne d'actes d'auxiliaires médicaux (sages-femmes comprises) par personne protégée par l'Assurance maladie de la Sécurité sociale très proche des données publiées par la CNAMTS [1, 5] : 347 F en 1992 contre 349 F. En fait, selon le type d'auxiliaires médicaux, il existe une sous-estimation concernant plus particulièrement les actes d'infirmiers (128 F contre 138 F, soit - 7 %) et concentré sur les plus gros consommateurs qui nous échappent. Elle est en partie compensée par une légère surestimation des actes de kinésithérapeutes (182 F contre 178 F, soit + 2 %). Pour les autres types d'actes, dont le poids est nettement plus faible, la surestimation est portée à + 13 %.

On peut donc considérer comme proche de la réalité la description de la consommation d'actes d'auxiliaires médicaux faite dans ce rapport à partir de l'appariement EPAS - ESPS. La richesse qu'apporte l'éclairage des variables socio-économiques, de protection sociale et d'état de santé (en termes de niveaux de gravité) serait encore plus grande si l'on disposait de la nature précise des actes (codage des actes) et de celle des pathologies ou des motifs de prescription (codage des pathologies).

Le premier appariement sur le premier quart de l'EPAS a été effectué en 1988, date à laquelle la dépense en actes d'infirmiers avait rattrapé celle des actes de kinésithérapeutes. Le deuxième appariement a été effectué sur les données de 1992, alors que les actes d'infirmiers avaient dépassé les actes de kinésithérapeutes. Ces résultats intègrent les effets des mesures de régulation des dépenses d'actes infirmiers : modifications de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (création de la lettre-clé AIS et revalorisations) d'une part et, d'autre part, signature d'un objectif négocié avec les Pouvoirs Publics en 1992.

Depuis, la politique de maintien à domicile des patients, dont les dépenses d'auxiliaires médicaux de ville en sont un reflet, s'est renforcée. Il est donc important, et pour toutes les consommations médicales, de continuer ce travail : le prochain appariement EPAS-ESPS portera sur les consommations de 1995 et fournira cette fois des résultats sur l'ensemble de l'EPAS (les quatre quarts de cet échantillon).

La publication des résultats de l'analyse socio-économique des dépenses de santé de 1992 à partir de l'appariement EPAS-ESPS, initiée par l'analyse des dépenses d'hospitalisation, est entièrement complétée en 1997 par le balayage successif des dépenses de biologie médicale, de biens médicaux (pharmacie et autres) et de soins de praticiens (médecins et dentistes).

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'INED⁷, 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 personnes [17]. 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.

⁷ I.N.E.D. (Institut National d'Etudes Démographiques).

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 [Cf. Schéma n° 1 page 7].

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 page 70].

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 appairer 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 nées 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) ;
- 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 (CPAM) 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 [14].

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

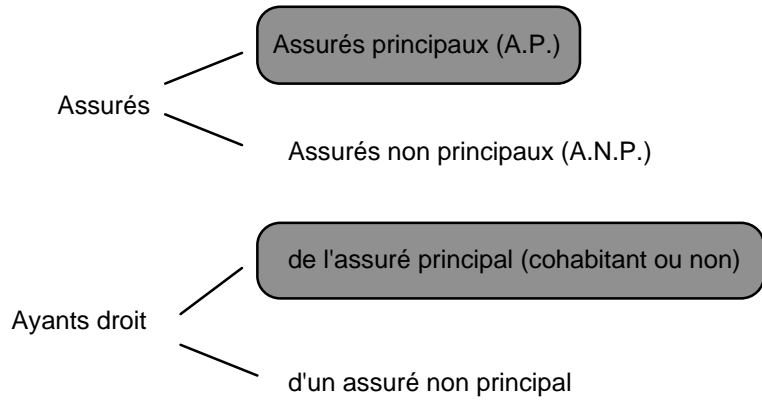
2.2 Appariement des prestations

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 :

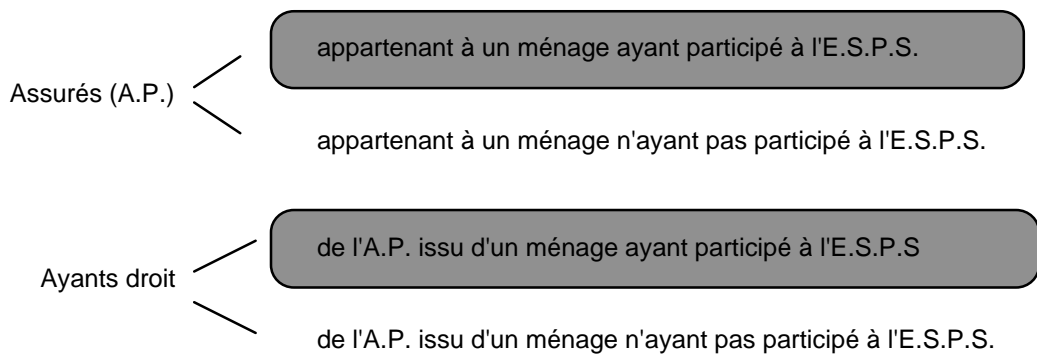
- les **actes professionnels** comportant les séances de médecins, les analyses, les radiographies, les soins de dentistes et d'auxiliaires, les frais de déplacement (indemnités kilométriques...), certains frais relatifs à la maternité ou aux Interruptions Volontaires de Grossesse (il s'agit en principe 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 thermique ;
- les **hospitalisations-séjours** comprenant toutes les hospitalisations publiques ou privées, 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 droit⁸.

⁸ 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 consommateurs selon le type de prestations et la structure des populations de consommateurs 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 consommateurs 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 consommateurs d'au moins un type de soins que chez l'ensemble des personnes protégées ;
- un pourcentage d'actifs plus important chez les consommateurs d'au moins un type de soins que chez l'ensemble des personnes protégées.

Enfin, la structure démographique des consommateurs d'actes professionnels ainsi que celle des consommateurs de prestations sanitaires diverses est semblable à celle des consommateurs 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 grappe-assuré [14].

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

Taux de consommateurs (%)	Assurés	Ayants droit conjoints	Ayants droit enfants	Total ⁹ 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 consommateurs de l'ensemble des soins médicaux selon l'âge, le sexe et le statut

Effectifs des consommateurs	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

⁹ 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 consommateurs
de l'ensemble des soins médicaux selon diverses caractéristiques
 (en % par rapport à l'effectif renseigné pour une variable donnée)

Critères socio-démographiques (source CREDES)	Personnes protégées	Consommateurs d'au moins un type de prestations	Consommateurs d'au moins une prestation d'actes professionnels.	Consommateurs d'au moins une prestation sanitaire diverse	Consommateurs 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-contingent	29,5	28,7	28,3	28,2	18,4

Critères socio-démographiques (source CREDES)	Personnes protégées	Consommateurs d'au moins un type de prestations	Consommateurs d'au moins une prestation d'actes professionnels.	Consommateurs d'au moins une prestation sanitaire diverse	Consommateurs d'au moins une prestation de séjours hospitaliers
PCS individuelle (actifs)					
artisans, comm., chefs ent.***	2,3	2,2	2,2	2,1	2,3
Cadres, prof. Intell., prof. Lib.	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					
non	86,8	88,2	88,6	88,7	82,8
ne sait pas	13,0	11,6	11,3	11,2	17,2
	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

*** non représentatif

3. Comparaison des appariements de 1988 et 1992

Un premier travail d'appariement des données du premier quart de l'EPAS a été effectué pour l'année 1988, mais 23 Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) ne faisaient pas encore partie de l'EPAS, en particulier celles de Paris, de certains départements de l'Ile-de-france, de Lyon et de Grenoble [16]. Ce même premier quart de l'EPAS a de nouveau été apparié pour l'année 1992 mais en intégrant toutes les CPAM [14]. Par conséquent, ces deux années d'appariement recouvrant des champs différents, elles ne sont pas strictement comparables.

4. La nature des différents actes d'auxiliaires médicaux

Les personnes étudiées ici sont les personnes protégées* par l'Assurance maladie* du Régime Général* de la Sécurité sociale, hors mutuelles décompteuses*. Ces personnes protégées ou bénéficiaires* de l'Assurance maladie comprennent les assurés sociaux* et leurs ayants droit*.

Pour soigner ses patients, le praticien dispose, outre l'hospitalisation, de plusieurs types de prescriptions exécutées en ville (en ambulatoire). Les actes d'auxiliaires médicaux en sont une catégorie importante.

En effet, les actes d'auxiliaires médicaux représentent une prescription courante en ville ; ils sont exécutés par cinq types de soignants :

- les infirmiers exécutent les actes du même nom, qui comprennent les séances de soins infirmiers (hygiène, surveillance, observation et prévention) et les gardes à domicile d'une part, et les actes infirmiers proprement dits d'autre part (les actes courants, dont les prélèvements biologiques, les injections diverses et perfusions simples, les pansements, les lavements, ... et les actes spécialisés, dont les séances d'entretien des cathéters et sites implantés, les perfusions particulières, les actes de chimiothérapie à domicile, les dialyses péritonéales, ...) ;
- les masseurs-kinésithérapeutes réalisent des actes de massage ou des séances de gymnastique pour des cas simples d'une part, des actes de rééducation ou de réadaptation fonctionnelle par le mouvement d'autre part, dont des rééducations diverses et notamment les rééducations orthopédiques, le traitement des myopathies, celui des conséquences motrices des affections neurologiques (poliomyélite antérieure aiguë, hémiplégie, ...), et la rééducation respiratoire ;
- les orthophonistes interviennent pour corriger les troubles de la phonation (défauts de prononciation), mais aussi les difficultés d'apprentissage de la lecture ;
- les orthoptistes effectuent des traitements de rééducation oculomotrice ;
- et les pédicures-podologues soignent les troubles des pieds et leur mauvaise statique.

Bien qu'étant des praticiennes et non des auxiliaires médicales, c'est-à-dire qu'elles ont le droit de prescrire certains actes elles-mêmes, les sages-femmes sont étudiées ici, avec les auxiliaires médicaux plutôt que parmi les autres praticiens (médecins et chirurgiens-dentistes), pour deux raisons. D'abord, leurs interventions en ville sont peu fréquentes par rapport à celles des médecins et des dentistes, et même par rapport à celles des infirmiers et des kinésithérapeutes. Ensuite, elles font également des soins de compétence infirmière.

Cependant, du fait également de la moindre fréquence d'intervention des orthophonistes, des orthoptistes et des pédicures-podologues, nous ne donnerons que les résultats généraux concernant la consommation de leurs actes, tout comme pour les sages-femmes. Par contre, en ce

qui concerne les actes infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes, leur fréquence autorise une étude plus fine des disparités de consommation.

Tous ces actes d'auxiliaires médicaux sont identifiés au moyen de diverses lettres-clés prévues par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) :

- Les actes infirmiers sont cotés avec la lettre-clé « AMI » pour les actes infirmiers proprement dits et la lettre-clé « AIS » pour les séances de soins et les gardes à domicile depuis 1992. La valeur de l'AMI passe de 14,30 F à 15 F en Mars 92, puis à 15,30 F en Octobre 1992. Nous utilisons un tarif moyen annuel de 14,89 F [5]. La valeur de l'AIS vaut 14,30 F en 1992.
- Les actes de masseurs-kinésithérapeutes sont cotés avec les lettres-clés « AMM », « AMC » et « AMK » selon le lieu d'exécution des actes, elles valent 11,55 F.
- Les lettres-clés utilisées pour les orthophonistes (AMO), les orthoptistes (AMY) et les pédicures-podologues (AMP) valent respectivement 13,30 F, 13,45 F et 4,15 F, en 1992.
- La consultation de sages-femmes est cotée par un « C » valant 55 F ; les actes en « SF » pour les actes de sa compétence ou « SFI » pour les actes de compétence infirmière qu'elle pratique ; leurs valeurs respectives sont de 14,90 F et 14,30 F.

Tableau n° 6[infirmie.xls-inf]
Répartition des actes des infirmiers selon le type de lettre-clé

	Effectif		%
	brut	redressé	
Actes infirmiers	13 731	25 322	53,7%
AIS	1 217	2 297	4,8%
AMI	12 514	23 025	48,9%
Déplacements	9 887	18 416	39,0%
Majorations	1 769	3 458	7,3%
Ensemble	25 387	47 196	100,0%

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 7[kinémass.xls, Lclé]
Répartition des actes des masseurs-kinésithérapeutes selon le type de lettre-clé

	Effectif		%
	brut	redressé	
Actes de masseurs, kinésithérapeutes	9 335	16 927	87,5
AMC	26	42	0,2
AMK	3 638	6 517	33,7
AMM	5 671	10 368	53,6
Déplacements	1 357	2 395	12,4
Majorations	12	20	0,1
Ensemble	10 704	19 342	100,0

Source : EPAS-ESPS 1992

Annexe 1

*Dépenses d'actes d'infirmiers de ville :
tableaux détaillés**

* *Les résultats concernant les petits effectifs de consommateurs ne sont pas mentionnés car non significatifs.*

Dans cette annexe 1 qui détaille les résultats concernant les actes infirmiers, nous avons exclu de l'analyse des dépenses un individu ayant une consommation extrêmement élevée par rapport aux autres individus : elle dépassait 68 000 F en 1992, soit 2,3 fois plus que le second plus grand consommateur et 170 fois plus que la moyenne de l'ensemble.

Cet individu appartient aux catégories suivantes : homme entre 40 et 49 ans, divorcé, vivant seul, n'ayant pas été scolarisé, vivant en région Méditerranée, inactif pour raison de santé, ancien ouvrier non qualifié, exonéré du ticket modérateur, sans couverture complémentaire, déclarant souffrir de 6 maladies, dont le risque vital est estimé être important, sans autonomie domestique, fumeur et n'ayant pas été hospitalisé au cours des 3 derniers mois.

Une fois cet individu exclu, les moyennes de dépenses, calculées pour les catégories auxquelles il appartient, retrouvent une place attendue, s'inscrivant dans l'évolution des dépenses pour certaines variables étudiées.

Dans le Tableau n° 8 nous indiquons en marge les données d'ensemble avec et sans cet individu très excentré afin de permettre la mesure de son influence sur les moyennes générales.

Tableau n° 8
Dépense moyenne d'actes d'infirmiers de ville par personne protégée en 1992
selon le sexe et l'âge de la personne (âge en 4 classes)

AGE	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992							
	Effectif				Taux de prestataires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur				
	HOMMES													
<16 ans	528	74	857	119	14%	7,6	23 F	17 F	6 F	6 F	23 F	74%	167 F	23%
16-39 ans	640	98	1 101	167	15%	29,6	28 F	23 F	7 F	7 F	30 F	76%	198 F	6%
40-64 ans	656	235	1 125	409	36%	53,1	57 F	47 F	12 F	12 F	59 F	80%	162 F	12%
>=65 ans	166	95	394	229	58%	73,1	530 F	516 F	14 F	13 F	530 F	97%	909 F	5%
Ensemble	1 990	502	3 476	925	27%	47,9	93 F	85 F	9 F	9 F	94 F	90%	355 F	8%
Ensemble yc	1 990	502	3 476	925	27%	47,9	128 F	121 F	10 F	10 F	130 F	92%	490 F	6%
	FEMMES													
<16 ans	494	46	793	72	9%	7,9	7 F	5 F	2 F	2 F	7 F	67%	75 F	28%
16-39 ans	862	348	1 388	561	40%	28,9	64 F	50 F	14 F	13 F	64 F	78%	159 F	35%
40-64 ans	753	303	1 226	497	41%	52,1	133 F	109 F	24 F	23 F	133 F	82%	328 F	9%
>=65 ans	262	147	554	311	56%	73,5	431 F	378 F	54 F	52 F	432 F	87%	769 F	4%
Ensemble	2 371	844	3 961	1 441	36%	45,5	125 F	105 F	20 F	20 F	125 F	84%	345 F	12%
	ENSEMBLE													
<16 ans	1 022	120	1 650	192	12%	7,7	15 F	11 F	4 F	4 F	15 F	72%	132 F	24%
16-39 ans	1 502	446	2 489	727	29%	29,0	48 F	38 F	11 F	10 F	49 F	78%	168 F	27%
40-64 ans	1 409	538	2 351	906	39%	52,5	96 F	79 F	18 F	18 F	98 F	81%	253 F	10%
>=65 ans	428	242	947	541	57%	73,3	472 F	435 F	37 F	36 F	473 F	92%	828 F	5%
Ensemble	4 361	1 346	7 437	2 366	32%	46,4	110 F	96 F	15 F	15 F	111 F	86%	349 F	10%
Ensemble yc	4 361	1 346	7 437	2 366	32%	46,4	127 F	112 F	15 F	15 F	128 F	88%	402 F	9%

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

yc = y compris l'individu très excentré (Cf. encadré page précédente)

Tableau n° 9
Dépense moyenne d'actes d'infirmiers de ville par personne protégée en 1992
selon le sexe et l'âge de la personne (âge en 9 classes)

AGE	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992							
	Effectif				Taux de prestataires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur				
HOMMES														
<10 ans	328	46	537	75	14%	4,7	23 F	18 F	5 F	5 F	23 F	78%	162 F	19%
10-19 ans	293	35	470	55	12%	13,4	20 F	15 F	6 F	6 F	21 F	71%	178 F	26%
20-29 ans	258	37	468	66	14%	25,4	30 F	21 F	10 F	9 F	31 F	69%	221 F	9%
30-39 ans	289	54	483	90	19%	34,1	30 F	27 F	7 F	6 F	34 F	81%	182 F	3%
40-49 ans	311	88	503	142	28%	43,8	42 F	36 F	9 F	8 F	44 F	80%	159 F	20%
50-59 ans	205	75	368	137	37%	54,3	66 F	57 F	13 F	13 F	70 F	81%	187 F	7%
60-69 ans	198	103	379	201	53%	63,9	254 F	239 F	16 F	15 F	254 F	94%	479 F	2%
70-79 ans	81	49	202	121	60%	73,4	247 F	231 F	16 F	16 F	247 F	93%	411 F	15%
>=80 ans	27	15	67	37	55%	82,5	1 198 F	1 186 F	9 F	9 F	1 195 F	99%	2 162 F	4%
Ensemble	1 990	502	3 476	925	27%	47,9	93 F	85 F	9 F	9 F	94 F	90%	355 F	8%
FEMMES														
<10 ans	296	26	480	42	9%	4,3	6 F	4 F	2 F	2 F	6 F	67%	65 F	28%
10-19 ans	306	47	487	73	15%	15,5	10 F	7 F	3 F	3 F	10 F	68%	66 F	22%
20-29 ans	320	147	531	243	46%	25,1	62 F	48 F	14 F	13 F	62 F	77%	135 F	39%
30-39 ans	434	174	683	275	40%	34,0	79 F	63 F	16 F	16 F	79 F	79%	197 F	34%
40-49 ans	362	124	564	193	34%	44,1	91 F	70 F	21 F	20 F	91 F	77%	264 F	13%
50-59 ans	271	116	453	194	43%	54,4	105 F	80 F	26 F	25 F	106 F	75%	248 F	8%
60-69 ans	217	110	403	204	51%	64,2	258 F	223 F	34 F	32 F	257 F	87%	506 F	10%
70-79 ans	120	70	263	152	58%	73,5	520 F	462 F	59 F	57 F	521 F	89%	901 F	4%
>=80 ans	45	30	97	65	67%	83,0	641 F	577 F	71 F	70 F	647 F	89%	971 F	1%
Ensemble	2 371	844	3 961	1 441	36%	45,5	125 F	105 F	20 F	20 F	125 F	84%	345 F	12%
ENSEMBLE														
<10 ans	624	72	1 017	117	12%	4,6	15 F	11 F	4 F	3 F	15 F	76%	127 F	20%
10-19 ans	599	82	956	128	13%	14,6	15 F	11 F	5 F	4 F	15 F	70%	114 F	25%
20-29 ans	578	184	1 000	309	31%	25,2	47 F	36 F	12 F	11 F	47 F	75%	153 F	30%
30-39 ans	723	228	1 165	365	31%	34,0	59 F	48 F	12 F	12 F	61 F	80%	194 F	27%
40-49 ans	673	212	1 066	335	31%	44,0	68 F	54 F	15 F	15 F	69 F	78%	220 F	15%
50-59 ans	476	191	821	331	40%	54,4	87 F	70 F	20 F	19 F	90 F	77%	223 F	8%
60-69 ans	415	213	782	405	52%	64,0	256 F	231 F	25 F	24 F	256 F	90%	493 F	6%
70-79 ans	201	119	464	273	59%	73,5	401 F	362 F	40 F	39 F	402 F	90%	683 F	7%
>=80 ans	72	45	165	102	62%	82,8	869 F	826 F	45 F	45 F	871 F	95%	1 405 F	3%
Ensemble	4 361	1 346	7 437	2 366	32%	46,4	110 F	96 F	15 F	15 F	111 F	86%	349 F	10%

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 10
Dépense moyenne d'actes d'infirmiers de ville par personne protégée en 1992
selon la situation familiale et le lieu de résidence

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de presta-taires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur					
ETAT MATRIMONIAL DE LA PERSONNE															
Marié(e) / en ménage	2 297	888	3 950	1 564	40%	49,8	127 F	111 F	17 F	16 F	128 F	87%	322 F	13%	1,0
Divorcé(e) / séparé(e)	126	57	214	99	46%	50,9	136 F	105 F	31 F	30 F	136 F	77%	299 F	8%	1,0
Veuf / veuve	207	109	403	216	54%	71,5	482 F	443 F	41 F	39 F	484 F	92%	904 F	2%	-
Célibataire (18 ans et +)	618	155	1 074	269	25%	35,6	64 F	51 F	14 F	14 F	64 F	79%	257 F	10%	1,0
Enfant (- de 18 ans)	1 113	137	1 795	218	12%	8,7	15 F	11 F	4 F	4 F	15 F	73%	126 F	23%	-
TAILLE DU MENAGE															
1 personne	393	170	735	327	44%	61,8	289 F	257 F	34 F	33 F	291 F	88%	657 F	4%	1,2
2 personnes	940	430	1 740	814	47%	57,5	153 F	132 F	22 F	22 F	154 F	86%	329 F	11%	0,7
3 personnes	970	286	1 615	477	30%	39,2	78 F	66 F	13 F	12 F	79 F	84%	267 F	19%	1,1
4 personnes	1 198	279	1 953	454	23%	32,2	51 F	42 F	9 F	9 F	51 F	82%	219 F	12%	1,0
5 personnes et plus	860	181	1 394	294	21%	32,2	82 F	76 F	7 F	7 F	83 F	92%	395 F	10%	1,8
LIEU DE RESIDENCE CLASSE EN ZONES D'ETUDE ET D'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE [ZEAT]															
Région parisienne	771	250	1 610	535	33%	47,2	57 F	47 F	10 F	10 F	57 F	82%	172 F	27%	0,5
Bassin parisien	822	271	1 330	452	34%	44,3	88 F	72 F	19 F	18 F	91 F	79%	268 F	15%	0,9
Nord	302	88	504	156	31%	47,1	157 F	135 F	20 F	19 F	155 F	87%	503 F	2%	1,4
Est	444	138	678	214	32%	44,1	65 F	54 F	11 F	10 F	64 F	83%	204 F	10%	0,6
Ouest	608	176	935	277	30%	43,0	60 F	48 F	14 F	13 F	61 F	78%	207 F	19%	0,6
Sud-Ouest	396	126	639	210	33%	50,2	274 F	252 F	22 F	21 F	274 F	92%	834 F	3%	1,9
Centre-Est	556	177	912	303	33%	48,4	163 F	147 F	16 F	16 F	164 F	90%	493 F	8%	1,5
Méditerranée	451	117	796	215	27%	48,3	135 F	120 F	15 F	14 F	136 F	89%	505 F	9%	1,3
Non déclarée	11	3	32	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 346	7 437	2 366	32%	46,4	110 F	96 F	15 F	15 F	111 F	86%	349 F	10%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 11
Dépense moyenne d'actes d'infirmiers de ville par personne protégée en 1992
selon la catégorie sociale

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de presta-taires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur					
NIVEAU D'ETUDES															
Non scolarisé	74	31	133	55	41%	57,4	771 F	753 F	12 F	12 F	765 F	98%	1 898 F	1%	3,8
Primaire	901	407	1 616	759	47%	61,2	213 F	187 F	27 F	26 F	214 F	87%	455 F	6%	1,0
Premier cycle	1 255	465	2 116	794	38%	44,4	112 F	93 F	20 F	19 F	113 F	82%	302 F	18%	1,0
Second cycle	442	143	769	253	33%	44,7	94 F	83 F	12 F	12 F	95 F	87%	290 F	10%	0,8
Supérieur	405	134	724	241	33%	44,3	42 F	34 F	8 F	8 F	42 F	80%	127 F	25%	0,4
Autres ou NSP	13	5	21	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etude en cours	1 271	161	2 057	255	12%	10,3	15 F	11 F	4 F	4 F	16 F	72%	126 F	21%	-
OCCUPATION PRINCIPALE DE LA PERSONNE															
Actifs occupés	1 808	605	2 989	999	33%	39,4	58 F	45 F	14 F	13 F	59 F	77%	177 F	24%	0,9
Chômeurs	230	69	381	113	30%	40,3	62 F	44 F	19 F	19 F	63 F	69%	213 F	11%	1,0
Femmes au foyer	395	160	692	292	42%	50,2	105 F	81 F	24 F	23 F	105 F	77%	248 F	15%	1,0
Autres inactifs	60	34	105	58	55%	52,3	240 F	221 F	33 F	30 F	254 F	87%	476 F	14%	3,8
Retraités	581	317	1 181	650	55%	70,3	417 F	387 F	31 F	29 F	417 F	93%	759 F	4%	-
Enfants, contingent	1 285	161	2 084	255	12%	10,3	15 F	11 F	4 F	4 F	15 F	72%	126 F	21%	-
Non déclarée	2	0	3	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 346	7 437	2 366	32%	46,4	110 F	96 F	15 F	15 F	111 F	86%	349 F	10%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 12
Dépense moyenne d'actes d'infirmiers de ville par personne protégée en 1992
selon la situation professionnelle

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de prestataires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur					
PROFESSION ACTUELLE OU DERNIERE PROFESSION EXERCEE PAR LA PERSONNE															
Agriculteurs***	4	1	6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Artisans, comm., chefs ent.***	73	34	134	66	49%	59,7	100 F	84 F	17 F	16 F	101 F	83%	204 F	37%	-
Cadres, prof. intell., prof. lib.	192	64	361	121	34%	49,9	46 F	35 F	10 F	10 F	45 F	78%	135 F	13%	0,3
Professions intermédiaires	595	232	1 043	416	40%	50,1	68 F	54 F	15 F	15 F	70 F	78%	174 F	12%	0,5
Employés	977	400	1 650	686	42%	47,1	196 F	170 F	27 F	26 F	197 F	86%	473 F	10%	1,3
Ouvriers qualifiés	703	233	1 227	419	34%	53,6	179 F	168 F	15 F	14 F	182 F	92%	535 F	8%	1,3
Ouvriers non qualifiés	333	132	566	230	41%	52,8	116 F	96 F	20 F	19 F	116 F	83%	287 F	8%	0,8
Non déclarée, sans profession	1 484	250	2 451	427	17%	28,4	44 F	37 F	7 F	7 F	44 F	84%	252 F	13%	-
CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE [CSP] DU CHEF DE MENAGE															
Agriculteurs***	41	15	67	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Artisans, comm., chefs ent.***	234	84	407	152	37%	46,6	62 F	48 F	14 F	14 F	62 F	77%	167 F	41%	-
Cadres, prof. intell., prof. lib.	421	119	757	221	29%	48,0	45 F	33 F	11 F	11 F	44 F	75%	152 F	16%	0,4
Professions intermédiaires	982	301	1 664	526	32%	44,0	68 F	56 F	12 F	11 F	68 F	82%	216 F	15%	0,7
Employés	689	234	1 193	424	36%	52,2	258 F	236 F	23 F	23 F	259 F	91%	729 F	3%	1,8
Ouvriers qualifiés	1 541	437	2 590	753	29%	44,7	82 F	70 F	13 F	13 F	84 F	84%	287 F	14%	0,8
Ouvriers non qualifiés	417	146	697	250	36%	46,2	114 F	96 F	20 F	19 F	116 F	83%	324 F	11%	1,0
Non précisée	36	10	62	17	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 346	7 437	2 366	32%	46,4	110 F	96 F	15 F	15 F	111 F	86%	349 F	10%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

*** non représentatif

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 13
Dépense moyenne d'actes d'infirmiers de ville par personne protégée en 1992
selon le degré de protection sociale de la personne

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de presta-taires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur					
EXONERATION DU TICKET MODERATEUR [TM] (= prise en charge à 100%)															
Oui (= 100%)	395	244	752	462	61%	59,0	509 F	493 F	21 F	19 F	515 F	96%	841 F	7%	2,1
Non (= TM)	3 945	1 099	6 649	1 899	29%	43,4	65 F	51 F	14 F	14 F	66 F	78%	230 F	13%	0,7
Non déclaré	21	3	36	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COUVERTURE COMPLEMENTAIRE [CC]															
Oui (avec CC)	3 785	1 202	6 402	2 098	33%	46,0	96 F	81 F	16 F	15 F	97 F	84%	297 F	13%	0,9
Non (sans CC)	569	143	1 021	266	26%	50,0	197 F	188 F	10 F	10 F	198 F	95%	763 F	3%	1,6
Non déclaré	7	1	13	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TYPE DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE															
Mutuelle	2 016	661	3 375	1 146	34%	47,7	102 F	84 F	19 F	19 F	103 F	81%	304 F	14%	1,1
Caisse de prévoyance	670	217	1 174	400	34%	47,9	67 F	57 F	13 F	12 F	69 F	82%	203 F	15%	0,6
Assurance	885	258	1 480	431	29%	38,1	90 F	78 F	12 F	11 F	89 F	87%	307 F	8%	1,3
CC indéterminée	214	66	373	121	32%	51,8	162 F	148 F	13 F	13 F	161 F	92%	495 F	12%	-
Sans CC	569	143	1 021	266	26%	50,0	197 F	188 F	10 F	10 F	198 F	95%	763 F	3%	-
Ne sait pas si CC	7	1	13	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COUVERTURE SOCIALE COMBINEE															
100% avec CC	297	186	553	347	63%	58,0	503 F	487 F	23 F	21 F	511 F	95%	814 F	8%	2,2
100% sans CC	97	58	196	114	58%	62,0	535 F	518 F	15 F	14 F	533 F	97%	926 F	4%	1,8
TM avec CC	3 469	1 013	5 817	1 746	30%	43,7	58 F	43 F	15 F	15 F	58 F	74%	194 F	16%	0,6
TM sans CC	467	85	817	152	19%	41,0	118 F	110 F	9 F	9 F	120 F	92%	643 F	3%	1,4
Non assuré, non déclaré	31	4	54	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 346	7 437	2 366	32%	46,4	110 F	96 F	15 F	15 F	111 F	86%	349 F	10%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 14
Dépense moyenne d'actes d'infirmiers de ville par personne protégée en 1992
selon trois indicateurs de morbidité de la personne

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de presta-taires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.* cons.**		redressé pers.* cons.**						Total (b)	dont Ticket modérateur					
NOMBRE DE MALADIES DECLAREES															
Aucune maladie	426	42	698	70	10%	16,0	5 F	4 F	2 F	2 F	5 F	71%	54 F	29%	0,2
1 maladie	754	127	1 232	206	17%	24,9	19 F	14 F	6 F	5 F	19 F	72%	116 F	28%	0,5
2 maladies	699	147	1 142	244	21%	31,5	36 F	28 F	9 F	9 F	37 F	75%	174 F	19%	0,6
3 maladies	580	178	967	297	31%	37,5	49 F	36 F	13 F	12 F	49 F	74%	160 F	24%	0,6
4 maladies	427	168	724	282	39%	44,5	76 F	60 F	18 F	17 F	78 F	77%	201 F	19%	0,7
5 maladies	322	136	558	242	43%	50,1	208 F	191 F	17 F	17 F	208 F	92%	479 F	9%	1,5
6 maladies	231	104	418	194	46%	57,7	270 F	241 F	29 F	28 F	270 F	89%	585 F	2%	1,3
7 maladies	202	104	365	189	52%	57,4	142 F	122 F	24 F	23 F	146 F	84%	282 F	9%	0,7
8 à 10 maladies	285	159	547	308	56%	62,7	279 F	246 F	33 F	33 F	279 F	88%	496 F	13%	1,1
Plus de 10 maladies	105	72	210	144	69%	65,5	617 F	569 F	53 F	48 F	622 F	92%	909 F	3%	2,0
Non déclaré, inexploitable	330	109	574	191	33%	49,0	147 F	132 F	16 F	16 F	148 F	89%	446 F	8%	-
DEGRE DE RISQUE VITAL															
Aucun risque	1 660	316	2 723	526	19%	29,6	27 F	20 F	7 F	7 F	27 F	73%	142 F	28%	0,6
Risque faible	1 522	483	2 545	811	32%	41,3	57 F	44 F	14 F	14 F	58 F	75%	181 F	18%	0,6
Risque possible	602	290	1 096	536	49%	58,5	184 F	160 F	25 F	25 F	186 F	86%	380 F	8%	0,9
Risque important	229	143	463	290	63%	66,0	669 F	631 F	40 F	38 F	671 F	94%	1 078 F	5%	2,2
Indéterminé	348	114	609	203	33%	50,5	144 F	130 F	15 F	15 F	145 F	90%	435 F	8%	1,2
DEGRE D'INVALIDITE															
Pas gêné ou gêne infime	1 613	270	2 646	446	17%	27,3	20 F	16 F	5 F	5 F	21 F	75%	124 F	26%	0,5
Peu gêné	791	222	1 309	368	28%	36,0	46 F	33 F	13 F	12 F	46 F	72%	165 F	19%	0,6
Gêné mais vie normale	1 097	462	1 893	804	42%	50,3	126 F	106 F	21 F	21 F	127 F	83%	300 F	14%	0,9
Activité modifiée/réduite	489	265	934	518	55%	61,6	328 F	296 F	33 F	32 F	329 F	90%	593 F	5%	1,2
Sans autonomie, alitement	22	13	44	27	61%	-	-	-	-	-	-	-	-	5%	6,0
Indéterminé	349	114	610	203	33%	50,5	143 F	129 F	15 F	15 F	145 F	90%	435 F	8%	1,2
Ensemble	4 361	1 346	7 437	2 366	32%	46,4	110 F	96 F	15 F	15 F	111 F	86%	349 F	10%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 15
Dépense moyenne d'actes d'infirmiers de ville par personne protégée en 1992
selon trois autres indicateurs d'état de santé de la personne

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de presta-taires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur					
ETAT DE SANTE RESSENTI PAR LA PERSONNE															
0 à 4/10	97	52	182	101	55%	62,7	962 F	942 F	17 F	15 F	958 F	98%	1 724 F	5%	3,8
5 à 6/10	502	257	922	477	52%	56,9	298 F	269 F	33 F	32 F	302 F	89%	584 F	4%	1,4
7 à 8/10	1 296	465	2 209	812	37%	47,9	69 F	53 F	16 F	16 F	69 F	77%	189 F	19%	0,6
9 à 10/10	1 880	372	3 106	622	20%	32,2	30 F	22 F	8 F	8 F	30 F	72%	151 F	26%	0,5
Non déclaré	586	200	1 016	354	35%	49,2	122 F	106 F	17 F	16 F	123 F	86%	354 F	10%	-
RISQUE TABAGIQUE															
Fumeur	944	273	1 599	470	29%	42,6	99 F	86 F	15 F	15 F	101 F	85%	346 F	7%	1,1
Ex-fumeur	680	290	1 226	532	43%	52,8	167 F	150 F	17 F	16 F	167 F	90%	385 F	7%	1,0
Non fumeur	1 439	554	2 474	980	40%	51,2	139 F	119 F	21 F	20 F	140 F	85%	353 F	13%	1,0
Non déclaré	276	109	488	193	40%	52,5	175 F	158 F	19 F	19 F	177 F	89%	449 F	8%	-
Moins de 16 ans	1 022	120	1 650	192	12%	7,7	15 F	11 F	4 F	4 F	15 F	72%	132 F	24%	-
ANTECEDENT D'HOSPITALISATION AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS															
Oui	168	85	288	151	52%	47,1	371 F	352 F	25 F	22 F	377 F	93%	719 F	13%	2,4
Non	4 189	1 260	7 141	2 213	31%	46,4	100 F	85 F	15 F	14 F	100 F	85%	324 F	10%	0,9
Ne sait pas	4	1	7	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 346	7 437	2 366	32%	46,4	110 F	96 F	15 F	15 F	111 F	86%	349 F	10%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Annexe 2

*Dépense d'actes de kinésithérapeutes de ville :
tableaux détaillés**

* *Les résultats concernant les petits effectifs de consommateurs ne sont pas mentionnés car non significatifs.*

Tableau n° 16
Dépenses moyenne d'actes de kinésithérapeutes de ville par personne protégée en 1992
selon le sexe et l'âge de la personne (âge en 4 classes)

AGE	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992							
	Effectif				Taux de prestataires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur				
	HOMMES													
<16 ans	528	39	857	63	7%	7,0	66 F	45 F	21 F	21 F	66 F	68%	896 F	8%
16-39 ans	640	49	1 101	85	8%	29,4	105 F	99 F	17 F	16 F	115 F	86%	1 499 F	6%
40-64 ans	656	63	1 125	105	9%	50,0	227 F	197 F	32 F	31 F	229 F	86%	2 452 F	21%
>=65 ans	166	18	394	46	12%	72,9	361 F	325 F	36 F	34 F	362 F	90%	3 099 F	24%
Ensemble	1 990	169	3 476	299	9%	38,6	164 F	143 F	25 F	24 F	168 F	85%	1 951 F	17%
	FEMMES													
<16 ans	494	28	793	48	6%	5,6	76 F	53 F	23 F	16 F	77 F	70%	1 268 F	29%
16-39 ans	862	80	1 388	130	9%	29,3	106 F	81 F	27 F	25 F	107 F	75%	1 147 F	15%
40-64 ans	753	100	1 226	164	13%	51,0	246 F	196 F	50 F	48 F	246 F	80%	1 840 F	12%
>=65 ans	262	46	554	100	18%	71,6	446 F	354 F	107 F	103 F	461 F	77%	2 543 F	12%
Ensemble	2 371	254	3 961	442	11%	44,4	191 F	149 F	44 F	41 F	194 F	77%	1 734 F	14%
	ENSEMBLE													
<16 ans	1 022	67	1 650	111	7%	6,4	71 F	49 F	22 F	19 F	71 F	69%	1 056 F	19%
16-39 ans	1 502	129	2 489	215	9%	29,3	106 F	89 F	22 F	21 F	111 F	80%	1 286 F	11%
40-64 ans	1 409	163	2 351	269	11%	50,6	237 F	196 F	42 F	40 F	238 F	83%	2 079 F	16%
>=65 ans	428	64	947	146	15%	72,0	411 F	342 F	78 F	74 F	419 F	81%	2 718 F	17%
Ensemble	4 361	423	7 437	741	10%	42,0	178 F	146 F	35 F	33 F	182 F	81%	1 822 F	15%

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 17
Dépense moyenne d'actes de kinésithérapeutes de ville par personne protégée en 1992
selon l'âge (âge en 8 classes)

AGE	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992							
	Effectif				Taux de prestataires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur				
	ENSEMBLE													
<10 ans	624	43	1 017	72	7%	2,6	71 F	52 F	19 F	17 F	71 F	73%	999 F	23%
10-19 ans	599	34	956	55	6%	14,6	66 F	43 F	24 F	20 F	66 F	64%	1 155 F	9%
20-29 ans	578	46	1 000	79	8%	25,0	96 F	79 F	16 F	16 F	96 F	83%	1 216 F	9%
30-39 ans	723	73	1 165	120	10%	33,8	128 F	111 F	28 F	26 F	139 F	80%	1 353 F	13%
40-49 ans	673	75	1 066	121	11%	44,2	231 F	185 F	47 F	44 F	232 F	80%	2 048 F	24%
50-59 ans	476	65	821	109	13%	53,6	295 F	254 F	44 F	43 F	298 F	85%	2 251 F	12%
60-69 ans	415	50	782	98	13%	65,0	309 F	260 F	56 F	54 F	316 F	82%	2 521 F	6%
>=70 ans	273	37	629	88	14%	75,2	341 F	280 F	66 F	63 F	347 F	81%	2 478 F	24%
Ensemble	4 361	423	7 437	741	10%	42,0	178 F	146 F	35 F	33 F	182 F	81%	1 822 F	15%

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 18
Dépense moyenne d'actes de kinésithérapeutes de ville par personne protégée en 1992
selon la situation familiale et le lieu de résidence

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de presta-taires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur					
ETAT MATRIMONIAL DE LA PERSONNE															
Marié(e) / en ménage	2 297	257	3 950	447	11%	48,5	228 F	194 F	40 F	38 F	233 F	83%	2 063 F	18%	1,0
Divorcé(e) / séparé(e)	126	18	214	31	14%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Veuf / veuve	207	30	403	64	16%	70,8	302 F	238 F	73 F	68 F	311 F	76%	1 970 F	2%	-
Célibataire (18 ans et +)	618	45	1 074	79	7%	31,9	115 F	90 F	25 F	25 F	115 F	78%	1 572 F	8%	0,8
Enfant (- de 18 ans)	1 113	73	1 795	121	7%	7,2	72 F	50 F	22 F	19 F	72 F	69%	1 074 F	17%	-
TAILLE DU MENAGE															
1 personne	393	50	735	95	13%	61,2	249 F	203 F	51 F	47 F	254 F	80%	1 952 F	6%	0,9
2 personnes	940	107	1 740	207	12%	58,1	282 F	236 F	49 F	48 F	285 F	83%	2 395 F	18%	1,1
3 personnes	970	107	1 615	178	11%	32,1	189 F	161 F	33 F	29 F	194 F	83%	1 760 F	14%	1,2
4 personnes	1 198	98	1 953	161	8%	29,2	120 F	94 F	29 F	27 F	123 F	76%	1 499 F	21%	0,9
5 personnes et plus	860	61	1 394	100	7%	28,9	80 F	60 F	21 F	22 F	81 F	74%	1 139 F	12%	0,7
LIEU DE RESIDENCE CLASSE EN ZONES D'ETUDE ET D'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE [ZEAT]															
Région parisienne	771	89	1 610	187	12%	41,0	213 F	164 F	49 F	42 F	214 F	77%	1 843 F	26%	1,2
Bassin parisien	822	81	1 330	130	10%	36,0	152 F	127 F	37 F	35 F	164 F	78%	1 674 F	9%	1,0
Nord	302	25	504	44	9%	44,7	249 F	217 F	37 F	36 F	253 F	85%	2 916 F	10%	1,4
Est	444	25	678	38	6%	45,0	99 F	81 F	18 F	18 F	99 F	82%	1 751 F	28%	0,6
Ouest	608	56	935	87	9%	39,5	113 F	92 F	24 F	23 F	116 F	79%	1 254 F	19%	0,7
Sud-Ouest	396	36	639	59	9%	46,8	165 F	142 F	23 F	23 F	165 F	86%	1 797 F	9%	0,9
Centre-Est	556	50	912	84	9%	45,9	146 F	113 F	33 F	32 F	146 F	78%	1 577 F	8%	0,8
Méditerranée	451	60	796	109	14%	44,3	290 F	254 F	41 F	41 F	295 F	86%	2 157 F	12%	1,6
Non déclarée	11	1	32	4	13%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	423	7 437	741	10%	42,0	178 F	146 F	35 F	33 F	182 F	81%	1 822 F	15%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 19
Dépense moyenne d'actes de kinésithérapeutes de ville par personne protégée en 1992
selon la catégorie sociale

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de prestataires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.* cons.**		redressé pers.* cons.**						Total (b)	dont Ticket modérateur					
NIVEAU D'ETUDES															
Non scolarisé	74	1	133	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Primaire	901	96	1 616	175	11%	59,3	252 F	224 F	29 F	29 F	253 F	89%	2 333 F	12%	0,9
Premier cycle	1 255	142	2 116	247	12%	46,4	231 F	194 F	43 F	42 F	237 F	82%	2 032 F	20%	1,2
Second cycle	442	57	769	102	13%	45,8	198 F	152 F	53 F	49 F	205 F	74%	1 551 F	11%	1,0
Supérieur	405	47	724	84	12%	40,9	151 F	106 F	52 F	47 F	158 F	67%	1 366 F	16%	0,8
Autres ou NSP	13	2	21	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etude en cours	1 271	78	2 057	129	6%	8,0	70 F	48 F	22 F	19 F	70 F	69%	1 114 F	15%	-
OCCUPATION PRINCIPALE DE LA PERSONNE															
Actifs occupés	1 808	197	2 989	322	11%	39,4	168 F	139 F	34 F	32 F	173 F	81%	1 605 F	17%	0,9
Chômeurs	230	21	381	35	9%	42,2	195 F	166 F	29 F	29 F	195 F	85%	2 114 F	21%	1,1
Femmes au foyer	395	37	692	71	10%	50,7	251 F	197 F	54 F	53 F	251 F	79%	2 432 F	15%	1,1
Autres inactifs	60	11	105	18	17%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Retraités	581	78	1 181	163	14%	70,0	324 F	278 F	54 F	51 F	331 F	84%	2 407 F	13%	-
Enfants, contingent	1 285	79	2 084	131	6%	8,1	70 F	49 F	22 F	19 F	71 F	69%	1 119 F	15%	-
Non déclarée	2	0	3	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	423	7 437	741	10%	42,0	178 F	146 F	35 F	33 F	182 F	81%	1 822 F	15%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 20
Dépense moyenne d'actes de kinésithérapeutes de ville par personne protégée en 1992
selon la situation professionnelle

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de prestataires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur					
PROFESSION ACTUELLE OU DERNIERE PROFESSION EXERCEE PAR LA PERSONNE															
Agriculteurs***	4	0	6	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Artisans, comm., chefs ent.***	73	14	134	32	24%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cadres, prof. intell., prof. lib.	192	21	361	40	11%	47,4	161 F	100 F	60 F	49 F	161 F	62%	1 441	15%	0,8
Professions intermédiaires	595	80	1 043	137	13%	45,5	267 F	220 F	54 F	51 F	274 F	80%	2 077	17%	1,4
Employés	977	111	1 650	191	12%	48,3	194 F	157 F	39 F	39 F	196 F	80%	1 697	15%	1,0
Ouvriers qualifiés	703	70	1 227	126	10%	51,4	168 F	155 F	23 F	23 F	178 F	87%	1 731	7%	0,8
Ouvriers non qualifiés	333	28	566	46	8%	46,8	198 F	180 F	18 F	18 F	198 F	91%	2 421	13%	0,9
Non déclaré, sans profession	1 484	99	2 451	169	7%	18,4	112 F	84 F	28 F	25 F	112 F	75%	1 623	17%	-
CATEGORIE SOCOPROFESSIONNELLE [CSP] DU CHEF DE MENAGE															
Agriculteurs***	41	3	67	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Artisans, comm., chefs ent.***	234	30	407	60	15%	52,4	371 F	291 F	97 F	85 F	388 F	75%	2 655	31%	-
Cadres, prof. intell., prof. lib.	421	45	757	82	11%	42,1	158 F	101 F	57 F	50 F	158 F	64%	1 460	16%	0,9
Professions intermédiaires	982	100	1 664	173	10%	39,2	202 F	167 F	35 F	32 F	203 F	83%	1 947	14%	1,2
Employés	689	68	1 193	121	10%	46,9	182 F	144 F	41 F	40 F	185 F	78%	1 826	14%	1,0
Ouvriers qualifiés	1 541	135	2 590	232	9%	39,8	142 F	126 F	20 F	20 F	147 F	86%	1 636	10%	0,9
Ouvriers non qualifiés	417	38	697	62	9%	39,8	168 F	145 F	23 F	22 F	168 F	86%	1 876	17%	1,0
Non précisé	36	4	62	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	423	7 437	741	10%	42,0	178 F	146 F	35 F	33 F	182 F	81%	1 822	15%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant reçu une prestation de l'Assurance maladie

*** non représentatif

Source EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 21
Dépense moyenne d'actes de kinésithérapeutes de ville par personne protégée en 1992
selon le degré de protection sociale de la personne

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de prestataires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur					
EXONERATION DU TICKET MODERATEUR [TM] (= prise en charge à 100%)															
Oui (= 100%)	395	83	752	154	20%	54,9	748 F	731 F	42 F	41 F	773 F	95%	3 773 F	9%	2,9
Non (= TM)	3 945	339	6 649	585	9%	38,7	114 F	80 F	34 F	32 F	115 F	70%	1 303 F	20%	0,7
Non déclaré	21	1	36	2	6%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COUVERTURE COMPLEMENTAIRE [CC]															
Oui (avec CC)	3 785	386	6 402	669	10%	41,5	184 F	149 F	38 F	36 F	187 F	79%	1 794 F	16%	1,0
Non (sans CC)	569	37	1 021	72	7%	47,0	146 F	131 F	16 F	16 F	147 F	89%	2 075 F	12%	0,8
Non déclaré	7	0	13	0	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TYPE DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE															
Mutuelle	2 016	211	3 375	354	10%	41,7	177 F	140 F	40 F	37 F	179 F	78%	1 709 F	14%	0,9
Caisse de prévoyance	670	56	1 174	110	9%	49,4	225 F	196 F	36 F	34 F	231 F	85%	2 470 F	20%	1,2
Assurance	885	93	1 480	158	11%	34,6	154 F	124 F	35 F	31 F	158 F	78%	1 480 F	18%	1,0
CC indéterminée	214	26	373	46	12%	45,0	233 F	185 F	53 F	51 F	238 F	78%	1 918 F	9%	-
Sans CC	569	37	1 021	72	7%	47,0	146 F	131 F	16 F	16 F	147 F	89%	2 075 F	12%	-
Ne sait pas si CC	7	0	13	0	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COUVERTURE SOCIALE COMBINEE															
100% avec CC	297	69	553	126	23%	53,6	851 F	831 F	55 F	53 F	885 F	94%	3 881 F	11%	3,4
100% sans CC	97	14	196	28	14%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TM avec CC	3 469	316	5 817	541	9%	38,7	120 F	84 F	37 F	34 F	121 F	70%	1 302 F	19%	0,7
TM sans CC	467	23	817	44	5%	38,2	70 F	53 F	18 F	18 F	72 F	74%	1 316 F	31%	0,4
Non assuré, non déclaré	31	1	54	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	423	7 437	741	10%	42,0	178 F	146 F	35 F	33 F	182 F	81%	1 822 F	15%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 22
Dépense moyenne d'actes de kinésithérapeutes de ville par personne protégée en 1992
selon trois indicateurs de morbidité de la personne

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de prestataires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur					
NOMBRE DE MALADIES DECLAREES															
Aucune maladie	426	20	698	34	5%	11,3	34 F	24 F	10 F	10 F	34 F	69%	695 F	11%	0,4
1 maladie	754	38	1 232	62	5%	17,4	52 F	37 F	16 F	14 F	53 F	70%	1 059 F	31%	0,5
2 maladies	699	52	1 142	86	8%	28,6	111 F	94 F	18 F	18 F	112 F	84%	1 482 F	8%	0,8
3 maladies	580	58	967	97	10%	31,5	164 F	131 F	35 F	30 F	166 F	79%	1 658 F	24%	0,9
4 maladies	427	50	724	87	12%	45,8	250 F	202 F	52 F	51 F	253 F	80%	2 115 F	8%	1,2
5 maladies	322	37	558	63	11%	43,0	235 F	192 F	52 F	48 F	245 F	79%	2 166 F	4%	1,0
6 maladies	231	25	418	45	11%	52,0	187 F	134 F	52 F	50 F	186 F	72%	1 725 F	31%	0,7
7 maladies	202	35	365	65	18%	56,2	264 F	235 F	61 F	61 F	296 F	79%	1 667 F	7%	1,1
8 à 10 maladies	285	52	547	100	18%	59,6	424 F	358 F	66 F	59 F	424 F	84%	2 328 F	25%	1,4
Plus de 10 maladies	105	28	210	54	26%	61,5	716 F	639 F	77 F	75 F	716 F	89%	2 767 F	9%	2,4
Non déclaré, inexploitable	330	28	574	48	8%	46,3	146 F	113 F	32 F	31 F	146 F	78%	1 751 F	14%	-
DEGRE DE RISQUE VITAL															
Aucun risque	1 660	127	2 723	212	8%	24,0	98 F	71 F	28 F	25 F	99 F	72%	1 268 F	25%	0,9
Risque faible	1 522	143	2 545	245	10%	41,7	152 F	125 F	33 F	31 F	157 F	79%	1 638 F	17%	0,8
Risque possible	602	90	1 096	164	15%	55,2	269 F	209 F	68 F	64 F	277 F	75%	1 847 F	8%	1,0
Risque important	229	34	463	71	15%	64,4	629 F	606 F	24 F	24 F	630 F	96%	4 104 F	12%	2,1
Indéterminé	348	29	609	49	8%	45,4	141 F	109 F	32 F	30 F	141 F	78%	1 740 F	14%	0,7
DEGRE D'INVALIDITE															
Pas gêné ou gêne infime	1 613	98	2 646	163	6%	21,1	62 F	46 F	17 F	15 F	62 F	74%	1 012 F	19%	0,6
Peu gêné	791	61	1 309	103	8%	37,2	146 F	116 F	29 F	27 F	146 F	80%	1 847 F	9%	0,9
Gêné mais vie normale	1 097	140	1 893	246	13%	47,3	205 F	161 F	52 F	48 F	213 F	76%	1 640 F	19%	0,9
Activité modifiée/réduite	489	86	934	160	17%	54,8	388 F	334 F	58 F	57 F	392 F	85%	2 291 F	14%	1,4
Sans autonomie, alitement	22	9	44	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indéterminé	349	29	610	49	8%	45,4	140 F	109 F	32 F	30 F	140 F	78%	1 740 F	14%	0,7
Ensemble	4 361	423	7 437	741	10%	42,0	178 F	146 F	35 F	33 F	182 F	81%	1 822 F	15%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 23
Dépense moyenne d'actes de kinésithérapeutes de ville par personne protégée en 1992
selon trois autres indicateurs d'état de santé de la personne

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de presta-taires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur					
ETAT DE SANTE RESENTI PAR LA PERSONNE															
0 à 4/10	97	21	182	39	21%	57,2	574 F	505 F	97 F	97 F	603 F	84%	2 846 F	3%	2,3
5 à 6/10	502	84	922	157	17%	53,7	405 F	367 F	52 F	49 F	419 F	88%	2 457 F	10%	1,7
7 à 8/10	1 296	138	2 209	235	11%	43,5	168 F	132 F	38 F	36 F	170 F	77%	1 600 F	11%	0,9
9 à 10/10	1 880	125	3 106	210	7%	27,6	76 F	56 F	21 F	19 F	76 F	73%	1 128 F	19%	0,6
Non déclaré	586	55	1 016	100	10%	44,7	237 F	190 F	47 F	44 F	238 F	80%	2 408 F	33%	-
RISQUE TABAGIQUE															
Fumeur	944	82	1 599	143	9%	44,2	151 F	135 F	26 F	26 F	161 F	84%	1 799 F	10%	0,9
Ex-fumeur	680	93	1 226	171	14%	50,0	316 F	269 F	50 F	47 F	319 F	84%	2 290 F	10%	1,4
Non fumeur	1 439	153	2 474	268	11%	48,8	200 F	160 F	43 F	40 F	203 F	79%	1 867 F	22%	0,9
Non déclaré	276	28	488	48	10%	51,9	172 F	134 F	38 F	37 F	172 F	78%	1 748 F	10%	-
Moins de 16 ans	1 022	67	1 650	111	7%	6,4	71 F	49 F	22 F	19 F	71 F	69%	1 056 F	19%	-
ANTECEDENT D'HOSPITALISATION AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS															
Oui	168	49	288	85	30%	42,7	695 F	624 F	95 F	91 F	719 F	87%	2 453 F	7%	3,7
Non	4 189	374	7 141	657	9%	42,0	158 F	127 F	33 F	31 F	160 F	79%	1 741 F	17%	0,9
Ne sait pas	4	0	7	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	423	7 437	741	10%	42,0	178 F	146 F	35 F	33 F	182 F	81%	1 822 F	15%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Annexe 3

*Dépenses d'auxiliaires médicaux de ville :
tableaux détaillés**

* *Les résultats concernant les petits effectifs de consommateurs ne sont pas mentionnés car non significatifs.*

L'individu exclu pour l'étude détaillée des soins infirmiers est conservé ici pour l'étude de l'ensemble des soins d'auxiliaires.

Tableau n° 24
Dépense moyenne d'actes d'auxiliaires médicaux de ville (infirmiers, kinésithérapeutes et autres) par personne protégée en 1992
selon le sexe et l'âge de la personne (âge en 4 classes)

AGE	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992							
	Effectif				Taux de prestataires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur				
	HOMMES													
<16 ans	528	118	857	191	22%	7,7	206 F	138 F	68 F	67 F	207 F	67%	927 F	20%
16-39 ans	640	134	1 101	229	21%	29,0	138 F	125 F	26 F	24 F	151 F	83%	726 F	6%
40-64 ans	656	267	1 125	463	41%	52,5	402 F	358 F	49 F	48 F	408 F	88%	990 F	14%
>=65 ans	166	102	394	248	63%	73,2	896 F	844 F	52 F	49 F	896 F	94%	1 422 F	13%
Ensemble	1 990	621	3 476	1 131	33%	44,7	326 F	285 F	47 F	45 F	332 F	86%	1 021 F	14%
	FEMMES													
<16 ans	494	86	793	141	18%	7,2	196 F	142 F	54 F	47 F	196 F	73%	1 098 F	26%
16-39 ans	862	383	1 388	616	44%	28,9	194 F	150 F	45 F	43 F	196 F	77%	440 F	27%
40-64 ans	753	338	1 226	555	45%	52,0	384 F	309 F	75 F	72 F	384 F	80%	848 F	12%
>=65 ans	262	161	554	344	62%	73,2	932 F	783 F	165 F	159 F	948 F	83%	1 525 F	8%
Ensemble	2 371	968	3 961	1 657	42%	44,0	356 F	286 F	73 F	69 F	359 F	80%	859 F	15%
	ENSEMBLE													
<16 ans	1 022	204	1 650	332	20%	7,5	201 F	140 F	61 F	57 F	201 F	70%	999 F	22%
16-39 ans	1 502	517	2 489	845	34%	29,0	169 F	139 F	37 F	35 F	176 F	79%	518 F	19%
40-64 ans	1 409	605	2 351	1 019	43%	52,2	393 F	333 F	63 F	60 F	396 F	84%	913 F	13%
>=65 ans	428	263	947	592	63%	73,2	917 F	809 F	118 F	113 F	927 F	87%	1 482 F	10%
Ensemble	4 361	1 589	7 437	2 788	37%	44,3	342 F	286 F	61 F	58 F	347 F	82%	924 F	14%

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 25
Dépense moyenne d'actes d'auxiliaires médicaux de ville (infirmiers, kinésithérapeutes et autres) par personne protégée en 1992
selon le sexe et l'âge de la personne (âge en 9 classes)

AGE	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992							
	Effectif				Taux de presta-taires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total	dont Ticket modérateur				
	HOMMES													
<10 ans	328	73	537	120	22%	4,8	219 F	147 F	72 F	72 F	220 F	67%	986 F	21%
10-19 ans	293	61	470	96	20%	13,8	155 F	104 F	52 F	51 F	156 F	67%	764 F	14%
20-29 ans	258	49	468	87	19%	25,2	139 F	113 F	27 F	26 F	140 F	81%	755 F	5%
30-39 ans	289	69	483	117	24%	34,4	151 F	155 F	23 F	21 F	178 F	87%	735 F	7%
40-49 ans	311	108	503	175	35%	43,7	570 F	508 F	69 F	66 F	577 F	88%	1 655 F	15%
50-59 ans	205	86	368	156	42%	54,5	347 F	318 F	38 F	37 F	356 F	89%	838 F	15%
60-69 ans	198	105	379	206	54%	63,9	480 F	443 F	38 F	35 F	480 F	92%	883 F	4%
70-79 ans	81	53	202	131	65%	73,3	456 F	405 F	52 F	51 F	456 F	89%	700 F	12%
>=80 ans	27	17	67	43	64%	82,5	1 735 F	1 689 F	43 F	43 F	1 732 F	98%	2 734 F	27%
Ensemble	1 990	621	3 476	1 131	33%	44,7	326 F	285 F	47 F	45 F	332 F	86%	1 021 F	14%
	FEMMES													
<10 ans	296	52	480	87	18%	3,7	213 F	166 F	46 F	40 F	212 F	78%	1 175 F	33%
10-19 ans	306	64	487	102	21%	15,0	139 F	88 F	51 F	45 F	139 F	63%	660 F	11%
20-29 ans	320	156	531	258	49%	25,1	169 F	134 F	35 F	34 F	169 F	79%	348 F	28%
30-39 ans	434	197	683	310	45%	33,9	242 F	186 F	59 F	55 F	245 F	76%	539 F	28%
40-49 ans	362	137	564	214	38%	44,1	295 F	230 F	65 F	60 F	295 F	78%	777 F	19%
50-59 ans	271	133	453	223	49%	54,3	424 F	336 F	89 F	88 F	426 F	79%	865 F	9%
60-69 ans	217	123	403	230	57%	64,3	646 F	536 F	121 F	118 F	657 F	82%	1 150 F	8%
70-79 ans	120	74	263	163	62%	73,5	1 064 F	887 F	189 F	180 F	1 077 F	82%	1 736 F	10%
>=80 ans	45	32	97	70	72%	82,8	912 F	837 F	81 F	80 F	918 F	91%	1 284 F	1%
Ensemble	2 371	968	3 961	1 657	42%	44,0	356 F	286 F	73 F	69 F	359 F	80%	859 F	15%
	FEMMES													
<10 ans	624	125	1 017	206	20%	4,4	216 F	156 F	60 F	57 F	216 F	72%	1 065 F	26%
10-19 ans	599	125	956	199	21%	14,4	147 F	96 F	51 F	48 F	147 F	65%	710 F	13%
20-29 ans	578	205	1 000	345	35%	25,1	155 F	125 F	31 F	30 F	156 F	80%	451 F	18%
30-39 ans	723	266	1 165	427	37%	34,0	204 F	173 F	44 F	41 F	217 F	80%	593 F	21%
40-49 ans	673	245	1 066	389	36%	44,0	425 F	361 F	67 F	63 F	428 F	84%	1 173 F	16%
50-59 ans	476	219	821	379	46%	54,4	389 F	328 F	66 F	65 F	394 F	83%	854 F	12%
60-69 ans	415	228	782	436	56%	64,1	565 F	491 F	81 F	78 F	572 F	86%	1 024 F	6%
70-79 ans	201	127	464	294	63%	73,4	800 F	678 F	130 F	124 F	807 F	84%	1 274 F	10%
>=80 ans	72	49	165	112	68%	82,7	1 249 F	1 186 F	65 F	65 F	1 251 F	95%	1 836 F	15%
Ensemble	4 361	1 589	7 437	2 788	37%	44,3	342 F	286 F	61 F	58 F	347 F	82%	924 F	14%

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 26
Dépense moyenne d'actes d'auxiliaires médicaux de ville (infirmiers, kinésithérapeutes et autres) par personne protégée en 1992
selon la situation familiale et le lieu de résidence

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de presta-taires	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	Ticket modérateur					
ETAT MATRIMONIAL DE LA PERSONNE															
Marié(e) / en ménage	2 297	1 004	3 950	1 767	45%	49,5	366 F	313 F	59 F	57 F	373 F	84%	833 F	17%	1,0
Divorcé(e) / séparé(e)	126	59	214	103	48%	51,2	944 F	867 F	87 F	86 F	954 F	91%	1 988 F	6%	2,3
Veuf / veuve	207	118	403	236	59%	71,4	858 F	750 F	120 F	112 F	869 F	86%	1 485 F	2%	-
Célibataire (18 ans et +)	618	179	1 074	311	29%	34,7	184 F	144 F	40 F	40 F	185 F	78%	637 F	9%	0,8
Enfant (- de 18 ans)	1 113	229	1 795	371	21%	8,5	196 F	137 F	60 F	56 F	196 F	70%	950 F	21%	-
TAILLE DU MENAGE															
1 personne	393	187	735	360	49%	61,5	752 F	669 F	92 F	88 F	762 F	88%	1 553 F	4%	1,4
2 personnes	940	470	1 740	897	52%	57,6	441 F	373 F	72 F	70 F	445 F	84%	863 F	16%	0,9
3 personnes	970	346	1 615	578	36%	37,0	295 F	251 F	50 F	46 F	301 F	83%	842 F	19%	1,1
4 personnes	1 198	350	1 953	570	29%	30,0	219 F	168 F	54 F	51 F	223 F	76%	763 F	19%	0,9
5 personnes	591	180	949	292	31%	29,8	281 F	224 F	59 F	58 F	283 F	79%	920 F	15%	1,2
6 personnes et plus	269	56	446	91	20%	28,7	120 F	85 F	35 F	35 F	120 F	71%	587 F	15%	0,5
LIEU DE RESIDENCE CLASSE EN ZONES D'ETUDE ET D'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE [ZEAT]															
Région parisienne	771	304	1 610	649	40%	44,2	326 F	252 F	75 F	67 F	326 F	77%	810 F	28%	0,9
Bassin parisien	822	315	1 330	521	39%	42,0	290 F	235 F	70 F	67 F	304 F	77%	778 F	13%	0,9
Nord	302	104	504	182	36%	45,9	414 F	357 F	59 F	58 F	416 F	86%	1 152 F	7%	1,2
Est	444	150	678	232	34%	43,3	186 F	151 F	34 F	34 F	186 F	82%	542 F	23%	0,6
Ouest	608	208	935	325	35%	41,1	201 F	158 F	47 F	46 F	205 F	77%	590 F	18%	0,6
Sud-Ouest	396	142	639	236	37%	48,7	451 F	402 F	49 F	49 F	452 F	89%	1 222 F	5%	1,2
Centre-Est	556	208	912	353	39%	46,2	335 F	279 F	57 F	56 F	336 F	83%	868 F	11%	1,0
Méditerranée	451	154	796	281	35%	45,6	635 F	576 F	68 F	67 F	644 F	89%	1 822 F	8%	1,8
Non déclarée	11	4	32	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 589	7 437	2 788	37%	44,3	342 F	286 F	61 F	58 F	347 F	82%	924 F	14%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 27
Dépense moyenne d'actes d'auxiliaires médicaux de ville (infirmiers, kinésithérapeutes et autres) par personne protégée en 1992
selon la catégorie sociale

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de prestataires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur					
NIVEAU D'ETUDES															
Non scolarisé	74	31	133	55	41%	57,4	1 864 F	1 842 F	33 F	33 F	1 875 F	98%	4 509 F	1%	3,8
Primaire	901	435	1 616	810	50%	61,0	466 F	412 F	57 F	55 F	468 F	88%	934 F	9%	0,9
Premier cycle	1 255	528	2 116	905	43%	44,6	370 F	310 F	68 F	66 F	377 F	82%	883 F	19%	1,1
Second cycle	442	169	769	298	39%	44,8	304 F	243 F	68 F	63 F	311 F	78%	801 F	12%	0,9
Supérieur	405	163	724	294	41%	43,8	207 F	151 F	63 F	57 F	214 F	71%	529 F	22%	0,6
Autres ou NSP	13	5	21	8	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etude en cours	1 271	258	2 057	417	20%	9,7	181 F	125 F	55 F	52 F	181 F	69%	891 F	20%	-
OCCUPATION PRINCIPALE DE LA PERSONNE															
Actifs occupés	1 808	705	2 989	1 165	39%	39,3	241 F	196 F	51 F	48 F	247 F	79%	634 F	21%	0,8
Chômeurs	230	73	381	119	31%	40,2	259 F	211 F	49 F	49 F	259 F	81%	831 F	18%	0,9
Femmes au foyer	395	172	692	316	46%	50,4	359 F	280 F	78 F	77 F	359 F	78%	787 F	15%	1,0
Autres inactifs	60	37	105	63	60%	52,2	1 847 F	1 795 F	108 F	98 F	1 903 F	94%	3 182 F	4%	5,3
Retraités	581	343	1 181	707	60%	70,3	769 F	690 F	87 F	83 F	776 F	89%	1 297 F	8%	-
Enfants, contingent	1 285	259	2 084	419	20%	9,7	180 F	125 F	55 F	52 F	180 F	70%	894 F	20%	-
Non déclarée	2	0	3	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 589	7 437	2 788	37%	44,3	342 F	286 F	61 F	58 F	347 F	82%	924 F	14%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 28
Dépense moyenne d'actes d'auxiliaires médicaux de ville (infirmiers, kinésithérapeutes et autres) par personne protégée en 1992
selon la situation professionnelle

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de prestataires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de remboursement moyen [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur					
PROFESSION ACTUELLE OU DERNIERE PROFESSION EXERCEE PAR LA PERSONNE															
Agriculteurs***	4	1	6	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Artisans, comm., chefs ent.***	73	39	134	77	57%	59,5	674 F	570 F	121 F	99 F	691 F	82%	1 209 F	34%	-
Cadres, prof. intell., prof lib.	192	75	361	142	39%	49,1	219 F	146 F	73 F	62 F	219 F	67%	556 F	19%	0,5
Professions intermédiaires	595	272	1 043	486	47%	49,3	347 F	283 F	72 F	68 F	355 F	80%	760 F	18%	0,9
Employés	977	442	1 650	758	46%	47,3	426 F	357 F	72 F	71 F	429 F	83%	933 F	14%	1,1
Ouvriers qualifiés	703	258	1 227	465	38%	53,1	348 F	323 F	38 F	37 F	361 F	89%	953 F	7%	0,9
Ouvriers non qualifiés	333	146	566	253	45%	52,1	535 F	496 F	42 F	41 F	539 F	92%	1 203 F	6%	1,4
Non déclaré, sans profession	1 484	356	2 451	605	25%	23,5	237 F	177 F	59 F	56 F	236 F	75%	957 F	18%	-
CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE [CSP] DU CHEF DE MENAGE															
Agriculteurs***	41	17	67	26	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Artisans, comm., chefs ent.***	234	100	407	182	45%	44,6	484 F	373 F	128 F	115 F	502 F	74%	1 124 F	34%	-
Cadres, prof. intell., prof lib.	421	148	757	273	36%	45,5	231 F	153 F	77 F	70 F	230 F	66%	638 F	21%	0,7
Professions intermédiaires	982	365	1 664	638	38%	42,2	297 F	243 F	56 F	52 F	298 F	81%	778 F	17%	0,9
Employés	689	263	1 193	475	40%	50,7	493 F	421 F	76 F	74 F	497 F	85%	1 249 F	8%	1,3
Ouvriers qualifiés	1 541	518	2 590	892	34%	42,1	270 F	230 F	45 F	45 F	275 F	83%	799 F	14%	0,9
Ouvriers non qualifiés	417	167	697	284	41%	44,8	468 F	423 F	49 F	48 F	473 F	90%	1 158 F	9%	1,4
Non précisé	36	11	62	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 589	7 437	2 788	37%	44,3	342 F	286 F	61 F	58 F	347 F	82%	924 F	14%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

*** non représentatif

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 29
Dépense moyenne d'actes d'auxiliaires médicaux de ville (infirmiers, kinésithérapeutes et autres) par personne protégée en 1992
selon le degré de protection sociale de la personne

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de presta-taires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur					
EXONERATION DU TICKET MODERATEUR [TM] (= prise en charge à 100%)															
Oui (= 100%)	395	271	752	514	68%	58,0	1 492 F	1 456 F	70 F	66 F	1 525 F	95%	2 233 F	8%	2,8
Non (= TM)	3 945	1 313	6 649	2 266	34%	41,3	212 F	154 F	60 F	57 F	213 F	72%	626 F	19%	0,7
Non déclaré	21	5	36	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COUVERTURE COMPLEMENTAIRE [CC]															
Oui (avec CC)	3 785	1 430	6 402	2 487	39%	43,7	323 F	262 F	66 F	63 F	327 F	80%	843 F	16%	1,0
Non (sans CC)	569	158	1 021	300	29%	49,5	467 F	441 F	30 F	29 F	471 F	94%	1 606 F	5%	1,3
Non déclaré	7	1	13	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TYPE DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE															
Mutuelle	2 016	783	3 375	1 349	40%	45,3	328 F	259 F	72 F	69 F	331 F	78%	828 F	15%	1,0
Caisse de prévoyance	670	248	1 174	458	39%	46,1	332 F	285 F	56 F	55 F	341 F	84%	874 F	21%	1,0
Assurance	885	318	1 480	533	36%	36,1	277 F	224 F	57 F	52 F	281 F	80%	780 F	19%	1,0
CC indéterminée	214	81	373	147	39%	48,8	432 F	356 F	79 F	76 F	435 F	82%	1 107 F	11%	-
Sans CC	569	158	1 021	300	29%	49,5	467 F	441 F	30 F	29 F	471 F	94%	1 606 F	5%	-
Ne sait pas si CC	7	1	13	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COUVERTURE SOCIALE COMBINEE															
100% avec CC	297	210	553	391	71%	56,5	1 449 F	1 409 F	82 F	78 F	1 491 F	94%	2 110 F	11%	2,8
100% sans CC	97	61	196	123	63%	62,9	1 634 F	1 609 F	35 F	34 F	1 644 F	98%	2 624 F	1%	2,7
TM avec CC	3 469	1 215	5 817	2 087	36%	41,4	216 F	153 F	64 F	61 F	217 F	70%	604 F	20%	0,7
TM sans CC	467	97	817	177	22%	40,2	192 F	166 F	29 F	29 F	195 F	85%	901 F	13%	0,7
Non assuré, non déclaré	31	6	54	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 589	7 437	2 788	37%	44,3	342 F	286 F	61 F	58 F	347 F	82%	924 F	14%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 30
Dépense moyenne d'actes d'auxiliaires médicaux de ville (infirmiers, kinésithérapeutes et autres) par personne protégée en 1992
selon trois indicateurs de morbidité de la personne

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de prestataires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur					
NOMBRE DE MALADIES DECLAREES															
Aucune maladie	426	64	698	106	15%	14,0	64 F	44 F	20 F	19 F	64 F	69%	420 F	21%	0,4
1 maladie	754	166	1 232	270	22%	22,8	126 F	88 F	40 F	38 F	128 F	69%	585 F	27%	0,6
2 maladies	699	193	1 142	321	28%	29,6	181 F	145 F	38 F	37 F	183 F	79%	651 F	15%	0,7
3 maladies	580	217	967	362	37%	35,7	252 F	200 F	54 F	49 F	254 F	79%	679 F	27%	0,8
4 maladies	427	192	724	325	45%	44,4	362 F	289 F	79 F	76 F	368 F	79%	819 F	11%	0,9
5 maladies	322	151	558	271	49%	50,2	450 F	388 F	71 F	66 F	459 F	85%	946 F	7%	1,1
6 maladies	231	112	418	208	50%	56,9	767 F	681 F	91 F	89 F	772 F	88%	1 547 F	9%	1,5
7 maladies	202	115	365	209	57%	56,9	424 F	369 F	90 F	90 F	460 F	80%	802 F	8%	0,9
8 à 10 maladies	285	174	547	339	62%	62,6	705 F	606 F	100 F	93 F	706 F	86%	1 140 F	20%	1,2
Plus de 10 maladies	105	80	210	160	76%	65,4	1 476 F	1 341 F	140 F	133 F	1 480 F	91%	1 947 F	5%	2,4
Non déclaré, inexploitable	330	125	574	218	38%	46,1	365 F	294 F	72 F	70 F	366 F	80%	966 F	-	-
DEGRE RISQUE VITAL															
Aucun risque	1 660	435	2 723	723	27%	26,2	191 F	138 F	54 F	51 F	192 F	72%	723 F	27%	0,8
Risque faible	1 522	546	2 545	920	36%	41,3	217 F	174 F	49 F	46 F	223 F	78%	616 F	18%	0,7
Risque possible	602	321	1 096	595	54%	58,1	459 F	374 F	95 F	90 F	468 F	80%	863 F	8%	0,9
Risque important	229	156	463	319	69%	65,9	1 630 F	1 563 F	74 F	72 F	1 637 F	95%	2 380 F	7%	2,7
Indéterminé	348	131	609	231	38%	47,4	353 F	284 F	69 F	68 F	354 F	80%	930 F	16%	0,9
DEGRE D'INVALIDITE															
Pas gêné ou gêne infime	1 614	367	2 648	606	23%	24,3	129 F	93 F	36 F	35 F	129 F	72%	565 F	24%	0,6
Peu gêné	791	266	1 309	443	34%	36,0	218 F	168 F	50 F	46 F	218 F	77%	646 F	12%	0,7
Gêné mais vie normale	1 098	517	1 894	903	48%	49,6	355 F	287 F	78 F	73 F	365 F	79%	765 F	18%	0,8
Activité modifiée/réduite	489	293	934	575	62%	61,2	719 F	632 F	92 F	90 F	723 F	87%	1 175 F	10%	1,3
Sans autonomie, alitement	22	15	44	30	68%	63,3	8 230 F	8 077 F	337 F	323 F	8 415 F	96%	12 139 F	7%	16,3
Indéterminé	347	131	607	231	38%	47,4	354 F	285 F	70 F	68 F	355 F	80%	930 F	16%	0,9
Ensemble	4 361	1 589	7 437	2 788	37%	44,3	342 F	286 F	61 F	58 F	347 F	82%	924 F	14%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Laure Com-Ruelle - Sylvie Dumesnil

Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992

Tome 3 : les auxiliaires médicaux

Novembre 1997 - CREDES

Tableau n° 31
Dépense moyenne d'actes d'auxiliaires médicaux de ville (infirmiers, kinésithérapeutes et autres) par personne protégée en 1992
selon trois autres indicateurs d'état de santé de la personne

	POPULATION						MONTANTS PAR PERSONNE PROTEGEE EN 1992								
	Effectif				Taux de presta-taires**	Age moyen des prestataires	Débours moyen par personne	Montant remboursé par l'Assurance Maladie (a)	Montant à charge des ménages		Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur	Part de dépense prescrite par un spécialiste	Indice à âge et sexe comparable
	brut pers.* cons.**		redressé pers.* cons.**						Total (b)	dont Ticket modérateur					
ETAT DE SANTE RESENTI PAR LA PERSONNE															
0 à 4/10	97	61	182	119	65%	62,4	1 537 F	1 447 F	114 F	113 F	1 561 F	93%	2 389 F	4%	3,0
5 à 6/10	502	280	922	532	58%	56,9	737 F	667 F	88 F	83 F	755 F	88%	1 336 F	7%	1,6
7 à 8/10	1 296	534	2 209	930	42%	46,7	252 F	195 F	60 F	57 F	255 F	77%	607 F	14%	0,7
9 à 10/10	1 880	486	3 106	814	26%	29,6	156 F	113 F	43 F	41 F	157 F	72%	598 F	24%	0,7
Non déclaré	586	228	1 016	404	40%	47,1	535 F	455 F	82 F	78 F	538 F	85%	1 351 F	20%	-
RISQUE TABAGIQUE															
Fumeur	944	316	1 599	546	34%	42,4	332 F	301 F	44 F	43 F	345 F	87%	1 010 F	7%	1,1
Ex-fumeur	680	324	1 226	596	49%	52,9	487 F	423 F	67 F	64 F	490 F	86%	1 007 F	10%	1,1
Non fumeur	1 439	626	2 474	1 105	45%	50,4	367 F	302 F	68 F	65 F	370 F	82%	828 F	19%	0,9
Non déclaré	276	119	488	209	43%	51,3	362 F	303 F	61 F	59 F	364 F	83%	851 F	11%	-
Moins de 16 ans	1 022	204	1 650	332	20%	7,5	201 F	140 F	61 F	57 F	201 F	70%	999 F	22%	-
ANTECEDENT D'HOSPITALISATION AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS															
Oui	168	101	288	181	63%	46,1	1 088 F	993 F	126 F	119 F	1 119 F	89%	1 786 F	10%	3,0
Non	4 189	1 485	7 141	2 602	36%	44,2	311 F	256 F	58 F	55 F	314 F	82%	861 F	15%	0,9
Ne sait pas	4	3	7	6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 589	7 437	2 788	37%	44,3	342 F	286 F	61 F	58 F	347 F	82%	924 F	14%	1,0

* personnes protégées par l'Assurance maladie

** prestataires = consommateurs ayant perçu une prestation de l'Assurance maladie

Source : EPAS-ESPS 1992

Glossaire

Les dépenses d'auxiliaires médicaux

- * **Base de remboursement** ou **Tarif de responsabilité** : tarif d'un acte fixé par la nomenclature de la Sécurité sociale relative à cet acte : il s'agit de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) dans le cas des auxiliaires médicaux.
- * **Débours** : somme déboursée par la personne et versée au laboratoire d'analyses à l'occasion d'un acte de biologie médicale ; elle est toujours inférieure ou égale à la dépense effective ; elle est nulle si le laboratoire 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)*.
- * **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)*. Le taux de remboursement 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, pour les actes d'auxiliaires médicaux, il est de 65 %, mais un malade souffrant d'une Affection de Longue Durée (ALD) bénéficie d'un taux de 100 % pour les soins en rapport avec cette ALD 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 35 % pour les actes de biologie médicale 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. Les assurés sont ainsi *bénéficiaires* ou *prestataires* de l'Assurance maladie. La population de cette étude est composée de personnes assurées au *Régime Général* des Travailleurs Salariés, ces personnes sont *protégées* par l'Assurance maladie.
- * **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 et obligatoire, ou individuelle. 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*) : elles représentent environ 80 % de la population résidant en France.

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 d'auxiliaires médicaux

- [1] DOSSIER : ETUDES ET STATISTIQUES « La population protégée par les régimes de Sécurité sociale, répartition géographique par circonscription des caisses primaires au 31 décembre 1992 », Paris, CNAMTS, 1994, n°27, 75 pages.
- [2] BLOC-NOTES STATISTIQUES « L'évolution des dépenses de l'Assurance Maladie en 1992, première analyse », Paris, CNAMTS, 1992, n°67, 27 pages.
- [3] BLOC-NOTES STATISTIQUES « Le secteur libéral dans les professions de santé en 1993 premiers résultats », Paris, CNAMTS, 1994, n°70, 39 pages.
- [4] BLOC-NOTES STATISTIQUES « Le secteur libéral dans les professions de santé en 1995 premiers résultats », Paris, CNAMTS, 1996, n°81, 39 pages.
- [5] CARNETS STATISTIQUES 1993 « Le régime général en 1992 », Paris, CNAMTS, n°72, 98 pages.
- [6] CARNETS STATISTIQUES 1993 « Le secteur libéral dans les professions de santé en 1992, Auxiliaires Médicaux », Paris, CNAMTS, n°76, 72 pages.
- [7] CARNETS STATISTIQUES 1994 « Le secteur libéral dans les professions de santé en 1993, Auxiliaires Médicaux », Paris, CNAMTS, n°82, 74 pages.
- [8] Informations Rapides « Masseurs-kinésithérapeutes et infirmiers libéraux : le pouvoir d'achat cesse de croître », Paris, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, 1993, n°43, 4 pages
- [9] Logiciel ECO-Santé France, logiciel pour l'analyse du système de santé français, Paris, CREDES, 1996.

sur les données ESPS - EPAS

- [10] N. Grandfils, « Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 - Tome 1 : les soins de médecins », Paris, CREDES, 1997, biblio n° 1198, 151 pages.
- [11] A. Aligon, « Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 - Tome 2 : la pharmacie et les autres biens médicaux », Paris, CREDES, 1997, biblio n° 1199, 131 pages.
- [12] L. Com-Ruelle, S. Dumesnil, « Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 - Tome 4 : la biologie médicale », Paris, CREDES, 1997, biblio n° 1201, 94 pages.
- [13] N. Grandfils, P. Le Fur, An. Mizrahi, Ar. Mizrahi, « Santé, soins et protection sociale en 1995 », Paris, CREDES, 1996, biblio n°1162.

- [14] 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.
- [15] A. Aligon, N. Grandfils, « Analyse socio-économique des dépenses d'hospitalisation en 1992 », Paris, CREDES, 1997, biblio n°1157.
- [16] 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, 246 pages.
- [17] A. Bocognano, N. Grandfils, P. Le Fur, An. Mizrahi, Ar. Mizrahi, « Santé, soins et protection sociale en 1992 », Paris, CREDES, 1993, biblio n°982.
- [18] A. Bocognano, « Méthode et déroulement de l'enquête sur la santé et la protection sociale, mise à jour », Paris, CREDES, 1992, biblio n°935.
- [19] An. Mizrahi, Ar. Mizrahi, « Méthode de sondage. Enquête permanente dans les dossiers de Sécurité sociale », CREDOC, 1978, biblio n° 395, 50 pages.
- [20] 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, 101 pages.

Liste des tableaux et graphiques

Liste des tableaux

Tableau n° 1	
Répartition des séances ou actes d'auxiliaires médicaux selon leur catégorie	18
Tableau n° 2	
Les quantiles et la concentration des dépenses d'actes d'auxiliaires médicaux en 1992	19
Tableau n° 3	
Les quantiles et la concentration des dépenses d'actes infirmiers en ambulatoire en 1992	28
Tableau n° 4	
Taux de consommateurs de l'ensemble des soins médicaux selon l'âge, le sexe et le statut	74
Tableau n° 4bis	
Effectif de consommateurs de l'ensemble des soins médicaux selon l'âge, le sexe et le statut	73
Tableau n° 4ter	
Répartition des personnes protégées selon l'âge, le sexe et le statut.....	73
Tableau n° 5	
Répartition des effectifs de personnes protégées et de consommateurs	74
Tableau n° 6	
Répartition des actes des infirmiers selon le type de lettre-clé	77
Tableau n° 7	
Répartition des actes des masseurs-kinésithérapeutes selon le type de lettre-clé	77
Tableau n° 8	
Dépense moyenne d'actes d'infirmiers de ville par personne protégée en 1992 selon le sexe et l'âge de la personne (âge en 4 classes)	81
Tableau n° 9	
Dépense moyenne d'actes d'infirmiers de ville par personne protégée en 1992 selon le sexe et l'âge de la personne (âge en 9 classes)	82
Tableau n° 10	
Dépense moyenne d'actes d'infirmiers de ville par personne protégée en 1992 selon la situation familiale et le lieu de résidence	83
Tableau n° 11	
Dépense moyenne d'actes d'infirmiers de ville par personne protégée en 1992 selon la catégorie sociale	84
Tableau n° 12	
Dépense moyenne d'actes d'infirmiers de ville par personne protégée en 1992 selon la situation professionnelle.....	85
Tableau n° 13	
Dépense moyenne d'actes d'infirmiers de ville par personne protégée en 1992 selon le degré de protection sociale de la personne	86
Tableau n° 14	
Dépense moyenne d'actes d'infirmiers de ville par personne protégée en 1992 selon trois indicateurs de morbidité de la personne	87

Tableau n° 15

Dépense moyenne d'actes d'infirmiers de ville par personne protégée en 1992
selon trois autres indicateurs d'état de santé de la personne 88

Tableau n° 16

Dépenses moyenne d'actes de kinésithérapeutes de ville par personne protégée en 1992
selon le sexe et l'âge de la personne (âge en 4 classes) 91

Tableau n° 17

Dépense moyenne d'actes de kinésithérapeutes de ville par personne protégée en 1992
selon l'âge (âge en 8 classes) 92

Tableau n° 18

Dépense moyenne d'actes de kinésithérapeutes de ville par personne protégée en 1992
selon la situation familiale et le lieu de résidence 93

Tableau n° 19

Dépense moyenne d'actes de kinésithérapeutes de ville par personne protégée en 1992
selon la catégorie sociale 94

Tableau n° 20

Dépense moyenne d'actes de kinésithérapeutes de ville par personne protégée en 1992
selon la situation professionnelle..... 95

Tableau n° 21

Dépense moyenne d'actes de kinésithérapeutes de ville par personne protégée en 1992
selon le degré de protection sociale de la personne 96

Tableau n° 22

Dépense moyenne d'actes de kinésithérapeutes de ville par personne protégée en 1992
selon trois indicateurs de morbidité de la personne 97

Tableau n° 23

Dépense moyenne d'actes de kinésithérapeutes de ville par personne protégée en 1992
selon trois autres indicateurs d'état de santé de la personne 98

Tableau n° 24

Dépense moyenne d'actes d'auxiliaires médicaux de ville (infirmiers, kinésithérapeutes
et autres) par personne protégée en 1992 selon le sexe et l'âge de la personne
(âge en 4 classes) 101

Tableau n° 25

Dépense moyenne d'actes d'auxiliaires médicaux de ville (infirmiers, kinésithérapeutes
et autres) par personne protégée en 1992 selon le sexe et l'âge de la personne
(âge en 9 classes) 102

Tableau n° 26

Dépense moyenne d'actes d'auxiliaires médicaux de ville (infirmiers, kinésithérapeutes
et autres) par personne protégée en 1992 selon la situation familiale et le lieu de résidence 103

Tableau n° 27

Dépense moyenne d'actes d'auxiliaires médicaux de ville (infirmiers, kinésithérapeutes
et autres) par personne protégée en 1992 selon la catégorie sociale 104

Tableau n° 28

Dépense moyenne d'actes d'auxiliaires médicaux de ville (infirmiers, kinésithérapeutes
et autres) par personne protégée en 1992 selon la situation professionnelle 105

Tableau n° 29

Dépense moyenne d'actes d'auxiliaires médicaux de ville (infirmiers, kinésithérapeutes et autres) par personne protégée en 1992 selon le degré de protection sociale de la personne... 106

Tableau n° 30

Dépense moyenne d'actes d'auxiliaires médicaux de ville (infirmiers, kinésithérapeutes et autres) par personne protégée en 1992 selon le degré de protection sociale de la personne... 107

Tableau n° 31

Dépense moyenne d'actes d'auxiliaires médicaux de ville (infirmiers, kinésithérapeutes et autres) par personne protégée en 1992 selon trois autres indicateurs d'état de santé de la personne 108

Liste des graphiques

Graphique n° 1 Taux de consommateurs d'actes d'auxiliaires médicaux en un an en fonction du type d'auxiliaire et selon le sexe du patient.....	20
Graphique n° 2 Taux de consommateurs d'actes d'auxiliaires médicaux en un an en fonction du type d'auxiliaire et selon l'âge du patient.....	21
Graphique n° 3 Dépense annuelle par consommateur d'actes d'auxiliaires médicaux en fonction du type d'auxiliaire.....	22
Graphique n° 4 Dépense annuelle d'actes d'auxiliaires médicaux par personne protégée en fonction du type d'auxiliaire : montant remboursé par l'Assurance maladie et montant à la charge du patient.....	23
Graphique n° 5 Dépense annuelle d'actes d'auxiliaires médicaux par personne protégée en fonction du type d'auxiliaire et selon l'âge du patient.....	24
Graphique n° 6 Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an selon l'âge et le sexe.....	29
Graphique n° 7 Dépense annuelle d'actes infirmiers par personne protégée selon l'âge et le sexe.....	30
Graphique n° 8 Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an et dépense annuelle par personne protégée selon l'état matrimonial.....	31
Graphique n° 9 Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an et dépense annuelle par personne protégée selon la taille du ménage.....	32
Graphique n° 10 Dépense annuelle d'actes infirmiers par personne protégée selon le niveau d'études des adultes.....	33
Graphique n° 11 Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an et dépense annuelle par personne protégée selon l'occupation principale.....	34
Graphique n° 12 Dépense annuelle d'actes infirmiers par personne protégée selon la profession ou l'ancienne profession.....	35
Graphique n° 13 Dépense annuelle d'actes infirmiers par personne protégée selon le type de couverture complémentaire.....	36
Graphique n° 14 Dépense annuelle d'actes infirmiers par personne protégée selon la couverture sociale.....	37

Graphique n° 15

Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an et dépense annuelle par personne protégée selon le nombre de maladies déclarées..... 39

Graphique n° 16

Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an et dépense annuelle par personne protégée selon le degré de risque vital..... 40

Graphique n° 17

Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an et dépense annuelle par personne protégée selon le degré d'invalidité 40

Graphique n° 18

Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an et dépense annuelle par personne protégée selon l'appréciation personnelle de son état de santé 41

Graphique n° 19

Taux de consommateurs d'actes infirmiers en un an et dépense annuelle par personne protégée selon l'existence d'un risque tabagique ou non..... 42

Graphique n° 20

Part de la dépense d'actes infirmiers prescrite par les praticiens spécialistes selon l'âge et le sexe des consommateurs 43

Graphique n° 21

Taux de consommateurs d'actes de kinésithérapeutes en un an et dépense annuelle par personne protégée selon l'âge 49

Graphique n° 22

Taux de consommateurs d'actes de kinésithérapeutes et dépense annuelle par personne protégée selon l'état matrimonial..... 50

Graphique n° 23

Dépense annuelle d'actes de kinésithérapeutes par personne protégée selon la taille du ménage..... 51

Graphique n° 24

Dépense annuelle d'actes de kinésithérapeutes par personne protégée selon le niveau d'études des adultes..... 52

Graphique n° 25

Taux de consommateurs d'actes de kinésithérapeutes en un an et dépense annuelle par personne protégée selon l'occupation principale 53

Graphique n° 26

Dépense annuelle d'actes de kinésithérapeutes par personne protégée selon la profession actuelle ou l'ancienne profession et indice à âge et sexe comparable 54

Graphique n° 27

Dépense annuelle d'actes de kinésithérapeutes par personne protégée selon le type de couverture complémentaire 55

Graphique n° 28

Taux de consommateurs d'actes de kinésithérapeutes en un an et dépense annuelle
par personne protégée selon le degré de risque vital 58

Graphique n° 29

Taux de consommateurs d'actes de kinésithérapeutes en un an et dépense annuelle
par personne protégée selon le nombre de maladies déclarées 59

Graphique n° 30

Taux de consommateurs d'actes de kinésithérapeutes en un an et dépense annuelle
par personne protégée selon l'existence d'un risque tabagique ou non 59

Graphique n° 31

Part de la dépense d'actes de kinésithérapeutes prescrite par les praticiens spécialistes
selon l'âge et le sexe des consommateurs 60

Achévé d'imprimé le 10 décembre 1997
ELECTROGELOZ, 58, rue de Rochechouart
75009 PARIS
Dépôt légal : Décembre 1997