

Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992

Tome 4 : la biologie médicale

Laure Com-Ruelle
Sylvie Dumesnil

Rapport n° 464 (biblio n° 1201)

Novembre 1997

I.S.B.N. : 2-87812-220-8

- Avertissement -

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

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

Le présent rapport sur la consommation de biologie médicale s'inscrit dans un ensemble d'analyses des déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 comptant 4 tomes :

- Tome 1 : les soins de 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,*
- Agnès Bocognano et Nathalie Grandfils 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	5
1.1 Présentation des données	7
1.1.1 <i>L'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (EPAS)</i>	7
1.1.2 <i>L'Enquête Santé et Protection Sociale du CREDES (ESPS)</i>	9
1.2 Caractéristiques de la population retenue pour l'étude des consommations médicales	11
1.3 Définitions	12
CHAPITRE 2	
Présentation générale	15
2.1 Les caractéristiques principales de la consommation de biologie médicale	17
2.1.1 <i>La répartition des actes selon le type de lettre-clé</i>	17
2.1.2 <i>La dépense annuelle moyenne</i>	17
2.1.3 <i>Concentration de la consommation</i>	18
2.2 Présentation générale de certains prélèvements de biologie médicale	19
2.2.1 <i>Les caractéristiques principales des actes de prélèvement repérables</i>	19
2.2.2 <i>L'ensemble des actes de biologie médicale et certains prélèvements</i>	20
CHAPITRE 3	
Les disparités de consommation d'analyses de biologie médicale de ville	21
3.1 La consommation selon l'âge et le sexe	23
3.2 La consommation selon la situation familiale	25
3.2.1 <i>L'état matrimonial</i>	25
3.2.2 <i>La taille du ménage</i>	26
3.3 La consommation selon le niveau social	27
3.3.1 <i>Le niveau d'études des adultes</i>	27
3.3.2 <i>L'occupation principale</i>	28
3.3.3 <i>La profession</i>	29
3.4 La consommation selon la protection sociale	30
3.5 La consommation selon la morbidité	32
3.5.1 <i>Le nombre de maladies</i>	32
3.5.2 <i>Le degré de risque vital</i>	33
3.5.3 <i>Le degré d'invalidité</i>	34
3.5.4 <i>Le risque tabagique</i>	35
3.5.5 <i>L'appréciation personnelle de son état de santé</i>	36
3.5.6 <i>Les antécédents d'hospitalisation récente</i>	36
3.6 La consommation selon le type de prescripteur	37

CONCLUSION	39
ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE	43
1. La procédure d'anonymat.....	45
2. La méthode d'appariement.....	46
3. Comparaison des appariements de 1988 et 1992	53
4. La nature des actes de biologie médicale	53
ANNEXE 1	
Dépenses d'actes de biologie médicale de ville : tableaux détaillés	57
ANNEXE 2	
Dépenses de biologie médicale de ville (analyses et prélèvements) : tableaux détaillés.....	67
GLOSSAIRE	77
Les dépenses de biologie médicale	79
Le mode de protection sociale.....	80
Indicateur de morbidité	82
BIBLIOGRAPHIE	85
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	89

Introduction

En 1992, la place des dépenses pour les analyses de biologie médicale pratiquées en ville dans l'ensemble des dépenses de santé en France est de 3,2 % ; elle était de 3,3 % en 1988 mais de 2,6 % en 1982. Après une période de forte croissance, l'évolution à la baisse depuis 1988 s'est située dans un contexte mêlant une conjoncture économique particulière sur un fond de mutations technologiques permettant des gains de productivité et introduisant de nouvelles analyses. Des mesures de tarification et de régulation des dépenses de biologie sont intervenues pour freiner ces dépenses. En 1989, c'est la modification de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale. En 1992, la nouvelle convention établit le premier taux annuel d'évolution appelé Objectif Quantifié National (OQN) et des mesures d'ajustement en cas de dépassement de cet objectif. Plus tard interviendront les « Références Médicales Opposables » (RMO) dont, dès 1993, 36 portent sur la biologie.

L'impact sur les pratiques médicales de ces différentes mesures administratives, conjuguées à l'intérêt du progrès médical et technique, est difficile à analyser sur un court terme. En ce qui concerne la pratique médicale et ses conséquences sur les dépenses dont celles de biologie médicale, le CREDES est en mesure d'apporter des éléments à partir de l'étude des données de prestations de Sécurité sociale issues de l'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS), de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) et des résultats 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-économiques provenant de l'ESPS, portant notamment sur la protection sociale, mais également sur la morbidité des personnes protégées.

Ce rapport fait l'analyse des dépenses de biologie médicale en ambulatoire en 1992 dans le secteur libéral, non comprise l'activité externe des hôpitaux publics ou des hôpitaux privés participant au service public hospitalier (PSPH). Elles concernent les personnes protégées par l'Assurance maladie du Régime Général, mutuelles décompteuses exclues.

L'analyse comporte deux parties :

- une présentation générale dresse les caractéristiques principales de la consommation des actes de biologie médicale et de certains prélèvements repérables parmi les données de l'EPAS ;
- la deuxième partie étudie les disparités de consommation des actes de biologie médicale selon sept groupes de variables :
 - * l'âge,
 - * le sexe,
 - * la situation familiale,
 - * le niveau social,
 - * le mode de protection sociale,
 - * la morbidité,
 - * 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.

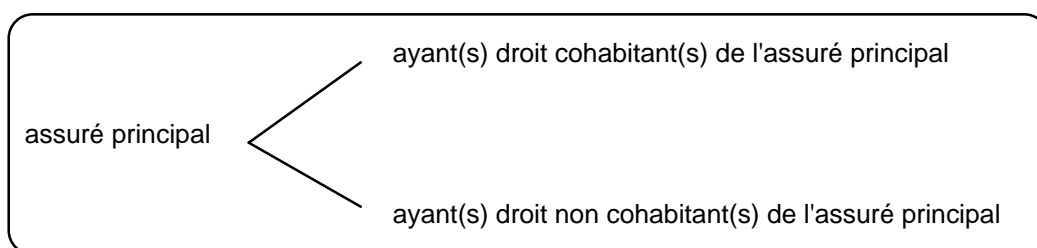
1.1.1 L'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (EPAS)

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 [20] 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 prestations de l'EPAS puisqu'elle envoie ses demandes de remboursement à son nouveau régime. Ce problème génère ainsi des faux « non consommateurs », rendant délicate la description de la population de non consommateurs ;
- des sortants « temporaires » de l'EPAS : une personne peut ne demeurer dans le champ de l'EPAS que durant une partie de 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 dont on doit tenir compte, aussi bien du nombre de bénéficiaires que du nombre de consommations : ces erreurs peuvent engendrer des sous-estimations importantes dans le cas de données se rapportant à une population particulière de personnes protégées, notamment les jeunes, et surtout 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.

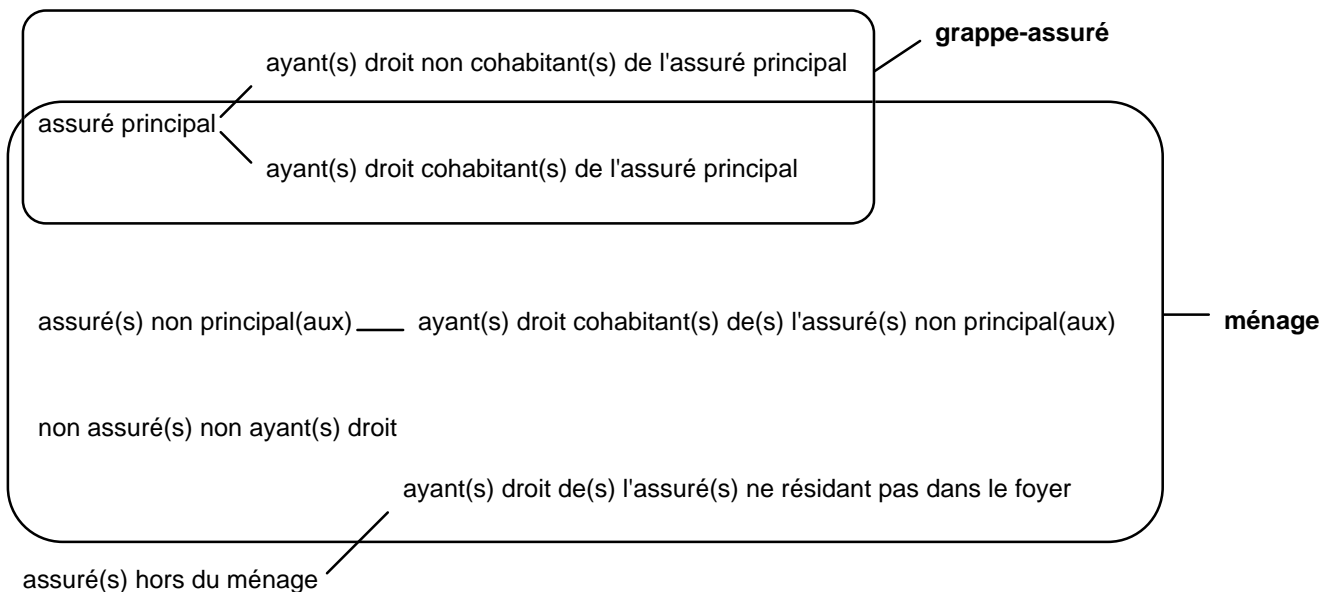
L'enquête se déroule au cours de deux vagues, une vague de printemps et une vague d'automne, pour tenir compte des variations saisonnières de la consommation de soins et de la morbidité.

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'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'enquête SPS par des données exhaustives de remboursement sur une année entière, palliant notamment les problèmes liés à la mémoire.

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

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

Les assurés présentent les caractéristiques suivantes :

- ils satisfont aux critères de sondage de l'EPAS, soit « être né en octobre d'une année paire, avoir les deux derniers chiffres du numéro de commune de naissance égaux dans le même sens ou dans le sens inverse au numéro d'ordre dans la commune » ;
- ils sont affiliés aux Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) présentes dans l'EPAS en 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 ci-après les illustre dans un cas de dépense permettant de comprendre les rapports qu'elles ont entre elles.

- Le **débours** (a) est la somme effectivement déboursée par les consommateurs sans tenir compte d'éventuels remboursements ultérieurs de la Sécurité sociale ou d'une couverture complémentaire. Le débours est inférieur à la *dépense effective* lorsqu'il y a tiers payant*. Lorsqu'il n'y a pas de tiers payant, le débours est égal à la *dépense effective*.
- 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 caractéristiques principales de la consommation de biologie médicale

2.1.1 La répartition des actes selon le type de lettre-clé

[Cf. Tableau n° 5 en annexe Méthodologique]

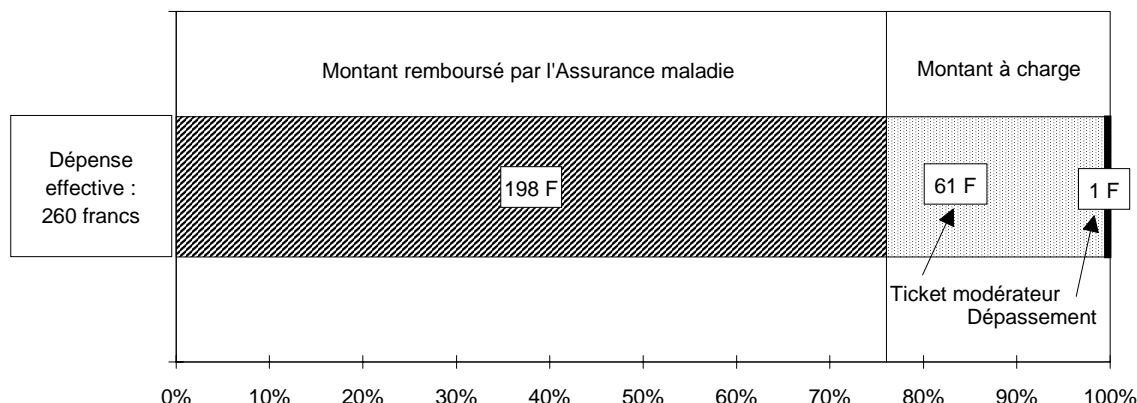
Les analyses de biologie médicale sont cotées par diverses lettres-clés dans la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale mais elles valent toutes 1,76 F en 1992. Ces analyses de biologie médicale, encore appelées examens de laboratoire, comprennent ainsi principalement des actes cotés par la lettre-clé B : ils représentent 94 % de l'ensemble des actes de biologie étudiés ici. Ensuite, avec 3 % des actes, nous avons les analyses de biologie médicale correspondant au chapitre « immunologie » qui sont cotées en BM. Puis, avec 2 %, nous avons les actes d'anatomocytopathologie³ cotés en P. Enfin, 1 % des analyses sont des actes d'anatomie et de cytologie pathologiques effectués par un médecin et cotés en BP.

Une séance de biologie, regroupant les divers actes effectués le même jour pour un même malade, comprend en moyenne 4,5 actes de biologie. La valeur unitaire des actes de biologie s'échelonne de B 2 (recherche de sucre dans les urines) à B 2 000 (F.I.V.), le nombre moyen d'actes par séance ne suffit pas à décrire l'activité. Il faut pondérer celui-ci par la valeur de ces actes exprimée en termes de coefficients et de lettres-clés, sachant que chaque lettre-clé de biologie (B, BM, BP, P) vaut 1,76 F en 1992. C'est pourquoi nous décrivons directement les résultats de l'étude en termes de dépenses exprimées en francs 1992. En 1992, la valeur moyenne d'une séance de biologie médicale est d'environ 230 F.

2.1.2 La dépense annuelle moyenne

Répartie sur l'ensemble des personnes protégées par l'Assurance maladie, la dépense effective* atteint environ 260 F par personne et par an. Plus des trois quarts de cette dépense sont remboursés par l'Assurance maladie, soit 198 F. Le montant moyen restant à la charge* de l'assuré est évalué à 62 F, dont 61 F de ticket modérateur* et 1 F de dépassement*.

Graphique n° 1
Structure de la dépense annuelle moyenne d'analyses biologiques par personne protégée



Source : EPAS-ESPS 1992

3 L'anatomie et cyto-pathologie, qui était auparavant une spécialité pratiquée exclusivement en laboratoire, est reconnue comme une spécialité médicale depuis novembre 1989. Dans certaines publications, les actes d'anatomie et de cytologie pathologique peuvent donc être comptabilisés au sein des actes effectués par les médecins et non parmi les analyses biologiques comme nous le faisons ici.

Les consommateurs de biologie médicale ne représentent que 42 % de l'ensemble de la population protégée ; si l'on s'intéresse à ces seuls consommateurs, leur consommation annuelle moyenne s'élève à près de 620 F.

2.1.3 Concentration de la consommation

En effet, seules 4 personnes sur 10 ont perçu au moins une prestation relative à des analyses biologiques en 1992.

Tableau n° 1
Concentration des dépenses de biologie médicale en ambulatoire en 1992 (en quantiles)

	Borne supérieure	Effectif population		Somme cumulée		% cumulé		% cumulé inversé	
		brut	redressé	population	dépense	population	dépense	population	dépense
Non consommateur	- F	2 555	4 293	4 293	0	58%	0%	42%	100%
60%	97 F	102	169	4 462	11 833	60%	1%	40%	99%
65%	158 F	220	372	4 834	57 011	65%	3%	35%	97%
70%	238 F	218	371	5 205	132 008	70%	7%	30%	93%
75%	319 F	212	373	5 577	234 283	75%	12%	25%	88%
80%	422 F	210	370	5 948	371 354	80%	19%	20%	81%
85%	577 F	211	373	6 320	556 261	85%	29%	15%	71%
90%	792 F	213	372	6 692	806 675	90%	42%	10%	58%
95%	1 267 F	208	371	7 064	1 168 749	95%	60%	5%	40%
100%	9 668 F	212	373	7 437	1 940 184	100%	100%	0%	0%

Source : EPAS-ESPS 1992

La dépense en analyses biologiques est fortement concentrée : il y a un nombre important de personnes non prestataires et un petit nombre de gros consommateurs. Environ 5 % de la population, les plus gros consommateurs, engendrent 40 % des dépenses. Ces personnes dépensent plus de 1 272 F d'analyses biologiques par an.

2.2 Présentation générale de certains prélèvements de biologie médicale

2.2.1 Les caractéristiques principales des actes de prélèvement repérables

[Cf. Tableau n° 6]

Nous complétons l'analyse par l'étude des quelques prélèvements repérables dans le fichier et cotés, soit en K pour les actes de spécialité effectués par un médecin, soit en KB pour les actes de prélèvement effectués par un biologiste non médecin. Un grand nombre de prélèvements échappent à notre étude pour les raisons évoquées en annexe méthodologique.

A ces prélèvements sont parfois rattachées des indemnités de déplacement lorsqu'ils ne sont pas effectués au laboratoire ; ces indemnités sont cotées en IF ou en ISD. Les déplacements sont en fait très rares : moins de 2 pour 1 000 séances de prélèvement.

Les actes de prélèvements étudiés ici ne concernent que 11 % des personnes protégées par l'Assurance maladie. La dépense effective moyenne est de 6 F par personne en 1992, dont 79 % sont remboursés par l'Assurance maladie. La dépense annuelle par consommateur atteint environ 50 F.

Nécessairement liée à la consommation d'analyses biologiques, la consommation de prélèvements présente des caractéristiques similaires. En particulier, elle augmente avec l'âge. Elle est plus importante chez les femmes en raison de la période d'activité génitale : 13 % de consommatrices contre 8 % d'hommes consommateurs.

Tableau n° 2
Dépense moyenne d'actes de prélèvements biologiques de ville
par personne protégée en 1992
selon l'âge et le sexe 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)	Dépense effective par personne (a + b)	Taux de prise en charge [a / (a+b)]	Dépense effective par consommateur
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**							
Hommes	1 990	155	3 476	294	8%	49,6	4 F	4 F	4 F	84%	53 F
Femmes	2 371	305	3 961	515	13%	45,1	6 F	5 F	7 F	76%	51 F
Age											
<16 ans	1 022	31	1 650	49	3%	8,1	1 F	1 F	1 F	69%	27 F
16-39 ans	1 502	167	2 489	269	11%	29,3	4 F	3 F	4 F	71%	39 F
40-64 ans	1 409	180	2 351	300	13%	52,4	6 F	5 F	7 F	77%	51 F
>=65 ans	428	82	947	191	20%	72,6	15 F	13 F	15 F	88%	75 F
Ensemble	4 361	460	7 437	809	11%	46,8	5 F	4 F	6 F	79%	51 F

* personnes protégées par l'Assurance maladie

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

Source : EPAS-ESPS 1992

2.2.2 L'ensemble des actes de biologie médicale et certains prélèvements

[Cf. Tableaux en annexe 2]

Si l'on observe l'ensemble de la consommation d'actes de biologie médicale et des prélèvements repérables dans nos fichiers, les taux de consommateurs restent identiques à ceux de la consommation des seules analyses de biologie. En revanche, la dépense annuelle par personne est plus élevée, additionnant les analyses et les prélèvements. Elle atteint ainsi 266 F, dont 203 F sont remboursés par l'Assurance maladie.

Cette dépense peut correspondre à la dépense réalisée dans un laboratoire de biologie médicale, les actes d'infirmiers et d'auxiliaires de laboratoire exclus, et non compris les prélèvements d'infirmières au domicile du patient et les prélèvements de praticiens effectués à leur cabinet ou en consultation externe.

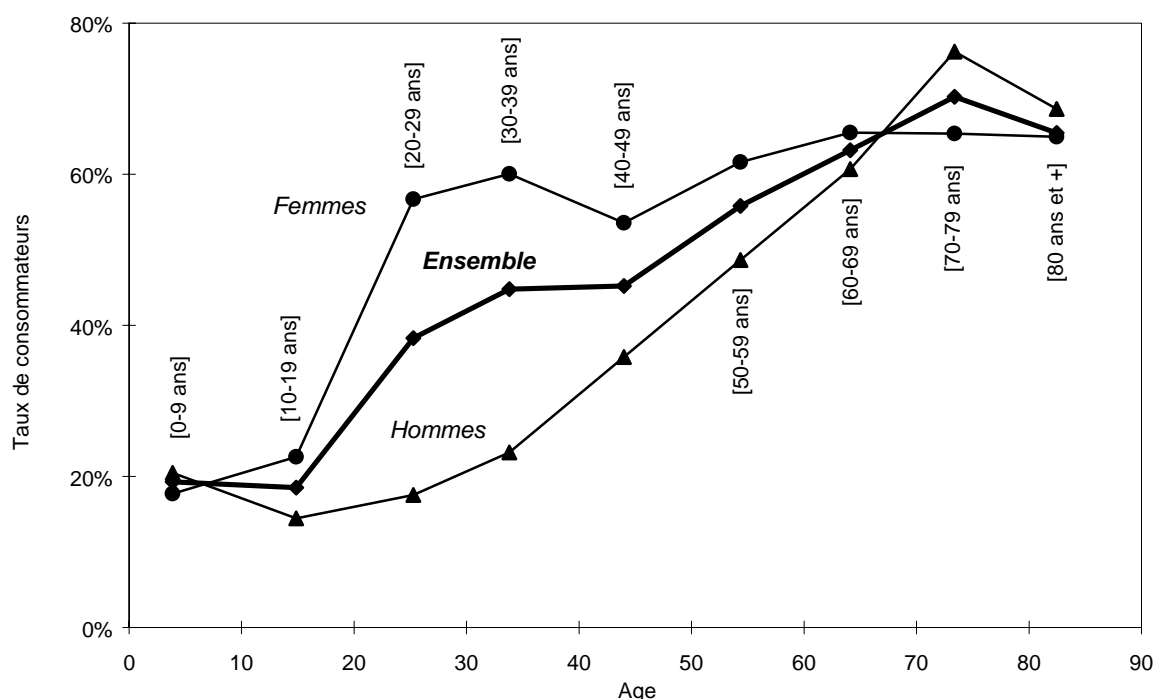
*3. Les disparités de consommation
d'analyses de biologie médicale
de ville*

3.1 La consommation selon l'âge et le sexe

[Cf. Tableau n° 7 et Tableau n° 8 en annexe 1]

La consommation ambulatoire d'analyses biologiques augmente avec l'âge et elle est plus élevée chez la femme. En 1992, la moitié des femmes consomment au moins une analyse biologique contre un tiers des hommes. Cet écart est dû à la forte consommation des femmes pendant leur période d'activité génitale. Toutefois, les consommateurs d'analyses biologiques sont plus âgés que l'ensemble des personnes protégées, leur âge moyen étant de 45 ans contre 36,5 ans.

Graphique n° 2
Taux de consommateurs de biologie médicale selon l'âge et le sexe en un an

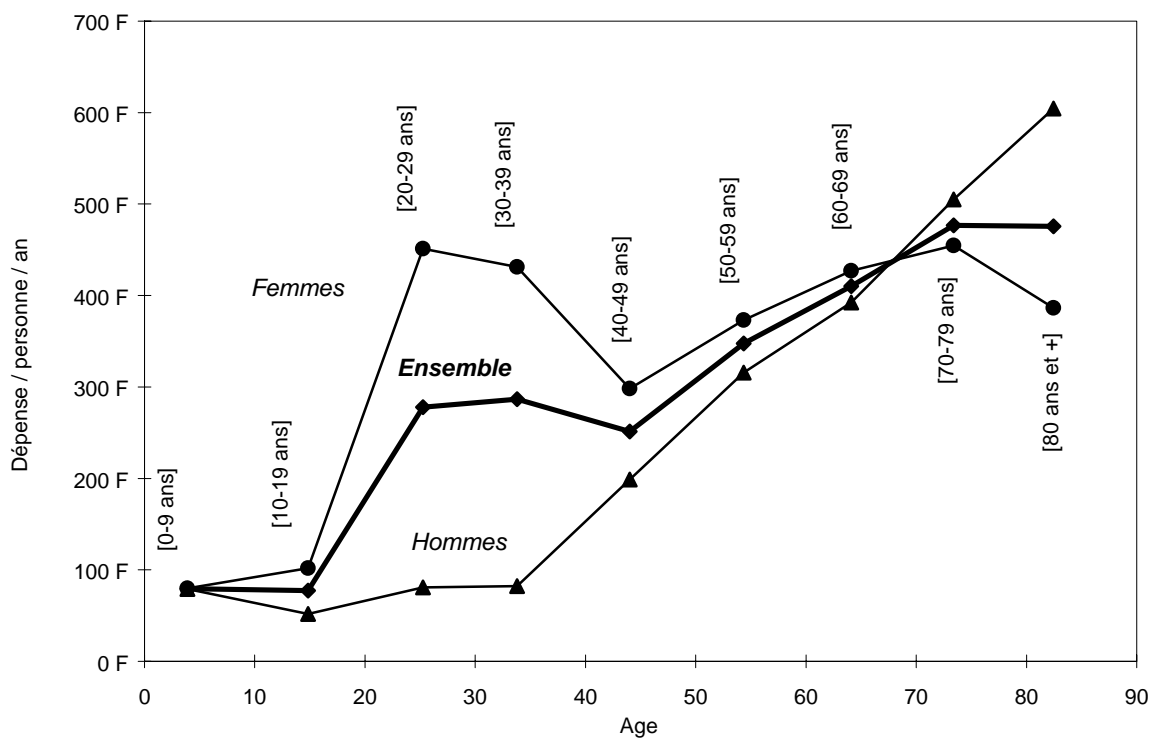


Source : EPAS-ESPS 1992

Les phénomènes majeurs dus au sexe et à l'âge sont évidents, que l'on découpe la population en 4 ou en 9 tranches d'âge. Les taux de consommateurs sont similaires chez les enfants des deux sexes. Mais dès le début de la période d'activité génitale des femmes, une très forte différence apparaît entre les deux sexes, les femmes étant trois fois plus souvent consommatrices de biologie médicale que les hommes en un an. Elles bénéficient surtout d'examen sanguins et gynécologiques liés à l'activité génitale. Entre 40 et 49 ans, la consommation féminine de biologie médicale chute pour remonter ensuite et stagner à partir de 60 ans, alors que la consommation masculine ne cesse d'augmenter, atténuant la différence entre les deux sexes pour l'annuler vers 65 ans. Ensuite, le rapport homme/femme s'inverse, près des trois quarts des hommes consomment alors au moins une analyse biologique en un an, contre moins de deux tiers des femmes.

En termes de dépenses, la forte consommation des femmes jeunes entraîne une dépense annuelle moyenne bien plus élevée chez les femmes que chez les hommes : tous âges confondus, une femme dépense, en moyenne, 325 F d'analyses biologiques et un homme 187 F. Tout comme pour les taux de consommateurs, la dépense annuelle augmente avec l'âge à un rythme différent selon le sexe.

Graphique n° 3
Dépense annuelle de biologie médicale par personne selon l'âge et le sexe



Source : EPAS-ESPS 1992

Entre 16 et 39 ans, la dépense annuelle moyenne est d'environ 400 F chez les femmes, soit 5,4 fois plus élevée que la dépense masculine, non seulement du fait du nombre élevé de consommatrices, mais aussi du fait d'actes en moyenne plus onéreux : en effet, à cet âge, la dépense par consommateur atteint environ 720 F pour une femme contre environ 400 F pour un homme.

Comme la dépense, le taux de prise en charge* augmente avec l'âge et présente une particularité chez les femmes de 16 à 39 ans : il atteint alors 75 % contre 70 % pour les hommes, alors que tous âges confondus, ceux-ci sont davantage remboursés que les femmes. Les grossesses et leur prise en charge à 100 % sous le risque maternité expliquent ce phénomène.

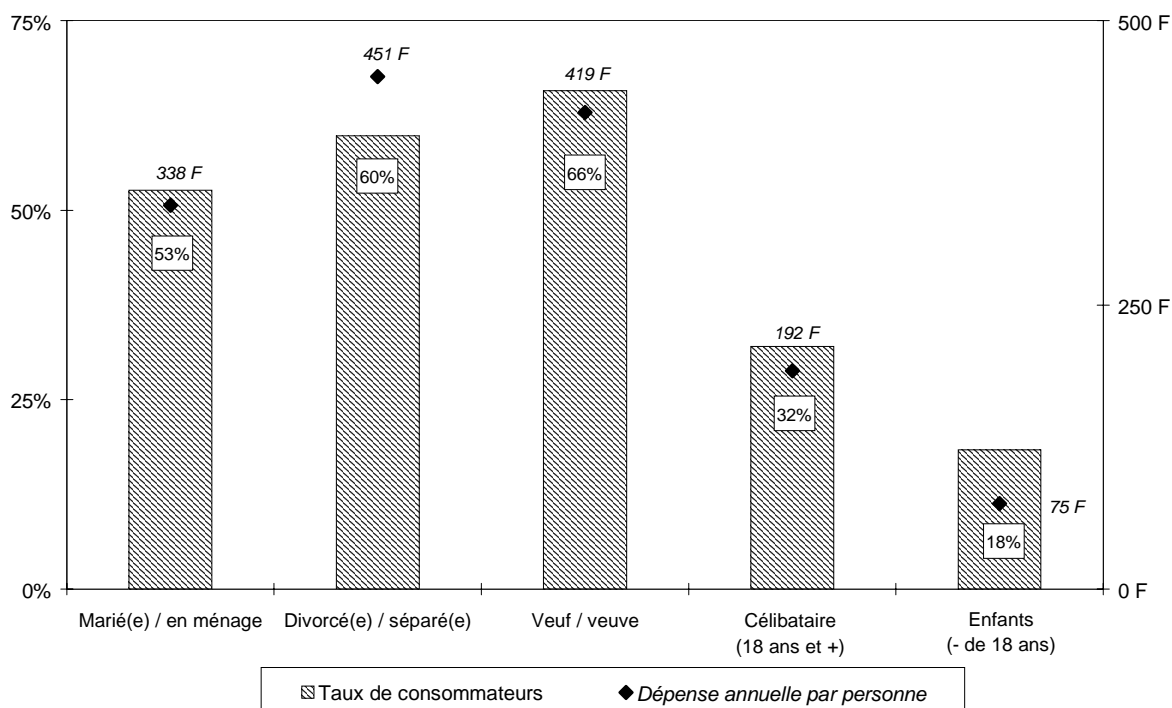
3.2 La consommation selon la situation familiale

[Cf. Tableau n° 9 en annexe 1]

3.2.1 L'état matrimonial

Les personnes veuves, souvent âgées, sont les plus fortes consommatrices d'analyses biologiques avec deux tiers de consommateurs. Ensuite viennent les personnes divorcées ou séparées, puis les personnes vivant en couple. Les célibataires consomment peu car ils sont souvent jeunes.

Graphique n° 4
Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et dépense annuelle par personne selon l'état matrimonial



Source : EPAS-ESPS 1992

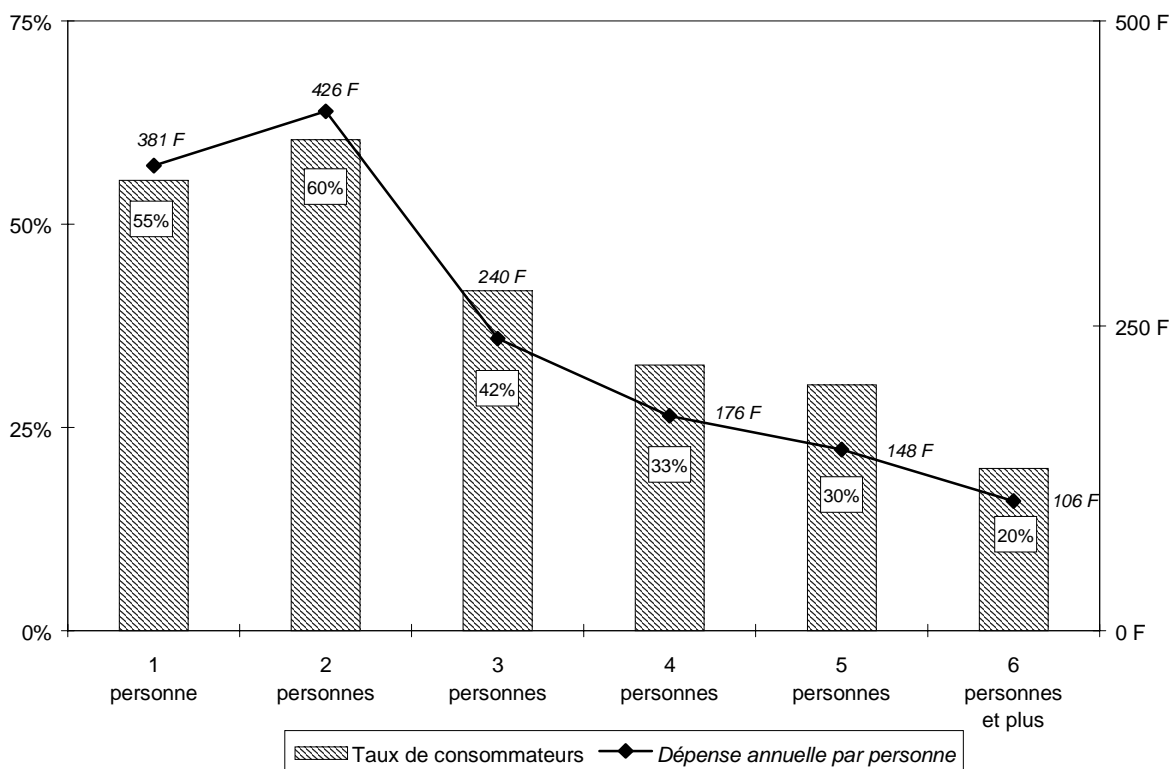
La dépense annuelle de biologie médicale dépasse 400 F pour les personnes divorcées ou séparées et pour les personnes veuves, elle descend à 338 F pour les personnes vivant en couple.

La dépense élevée des veuves et veufs est due surtout à un effet de l'âge ; ces personnes étant souvent âgées. En revanche, pour les personnes divorcées ou séparées, leur forte consommation n'est pas un effet de l'âge ou du sexe.

3.2.2 La taille du ménage

Les personnes vivant seules sont souvent des personnes âgées, leur âge moyen étant de 61 ans. Ces personnes âgées sont de fortes consommatrices. Cependant, une part de célibataires plus jeunes maintient la consommation des personnes vivant seules en deçà de celle des personnes appartenant à des ménages à deux personnes. Ces dernières représentent les plus gros consommateurs : parmi elles, 6 personnes sur 10 consomment au moins une analyse biologique en un an pour un montant annuel de 426 F. Leur forte consommation est également confirmée par l'indice à âge et sexe comparable⁴ qui est de 1,2. Ensuite, la taille de la famille augmente avec l'apparition d'enfants dans le ménage. Ceux-ci étant de faibles consommateurs, ils entraînent une diminution graduelle de la consommation.

Graphique n° 5
Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et
dépense annuelle par personne selon la taille du ménage



Source : EPAS-ESPS 1992

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 vivant dans un ménage de 2 personnes, à la dépense qu'aurait l'ensemble de la population si elle avait la même structure démographique que celle des personnes vivant dans un ménage de 2 personnes.

3.3 La consommation selon le niveau social

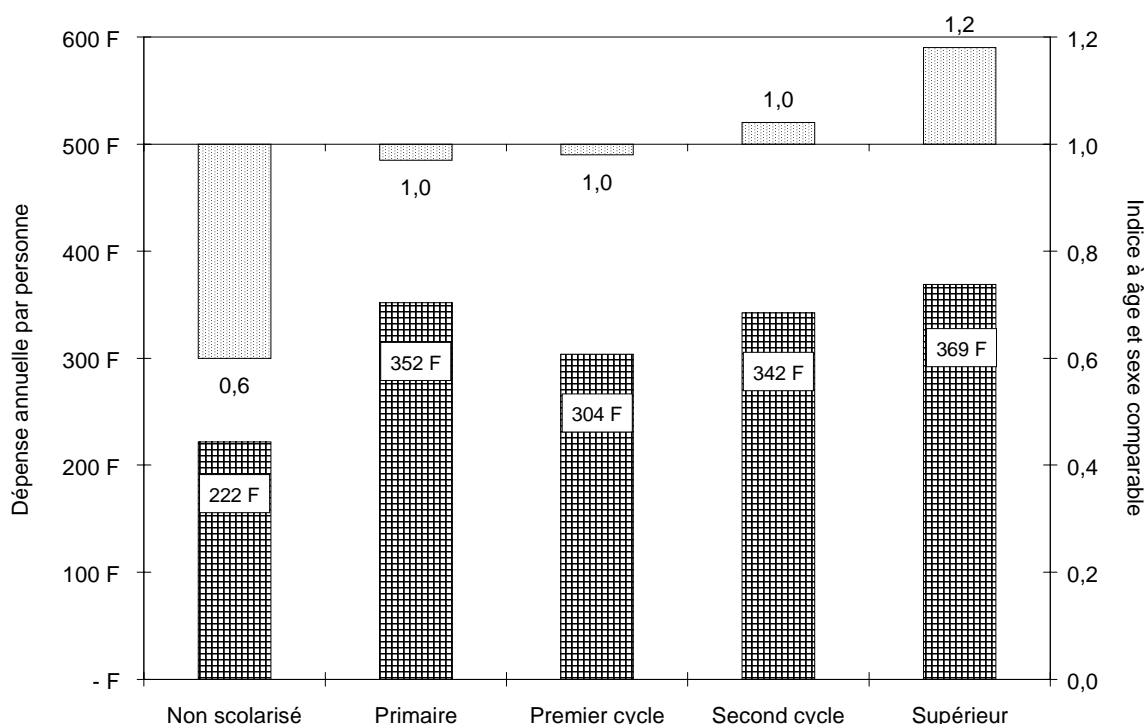
[Cf. Tableau n° 10 et Tableau n° 11 en annexe 1]

3.3.1 Le niveau d'études des adultes

Si on s'intéresse aux personnes qui ont fini leurs études, les taux de consommateurs les plus faibles sont ceux des personnes n'ayant pas été scolarisées (47 %) et ceux des personnes ayant atteint un niveau d'études supérieur (48 %).

La dépense annuelle par adulte n'ayant pas été scolarisé (222 F) est nettement plus faible que la moyenne. Par contre, les personnes ayant atteint un niveau d'études supérieur consomment bien plus que la moyenne, soit environ 370 F par an et par personne. Enfin, les personnes ayant suivi des études primaires seulement ou atteint le premier ou le second cycle consomment entre 300 F et 350 F. A âge et sexe comparables, ces personnes présentent une consommation proche de la moyenne, à l'inverse des deux autres catégories dont la sous ou la surconsommation sont confirmées.

Graphique n° 6
Dépense annuelle de biologie médicale par personne selon le niveau d'études des adultes

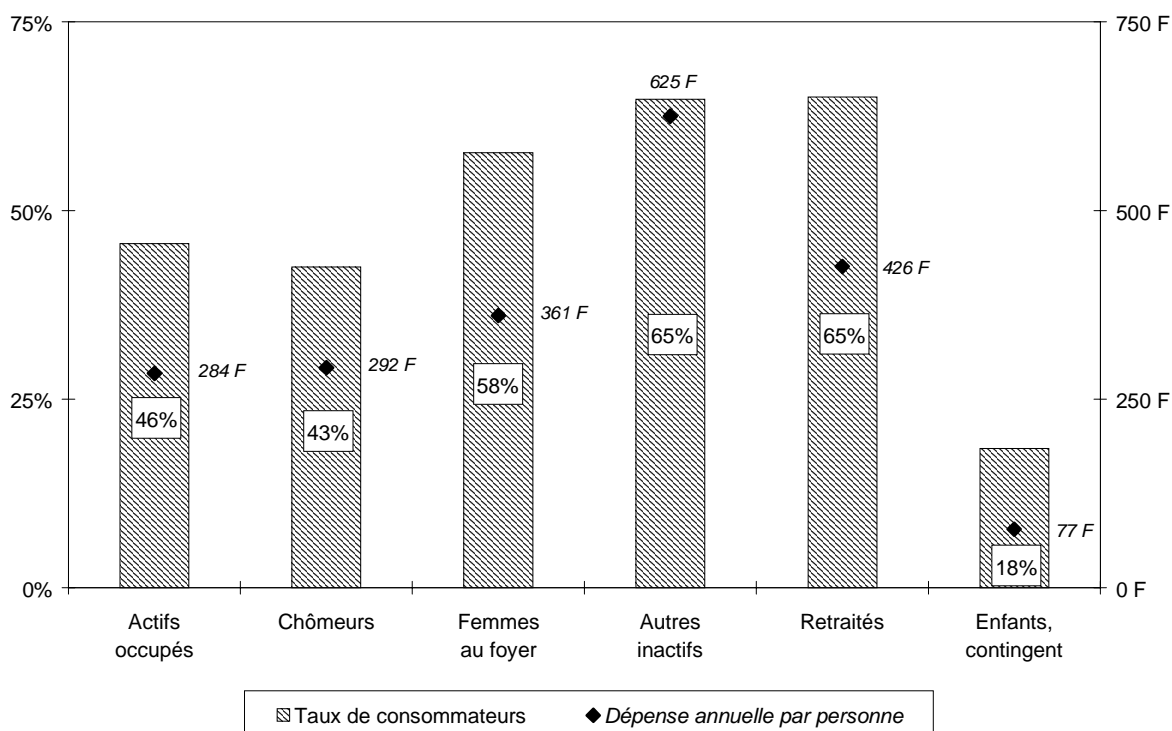


Source : EPAS-ESPS 1992

3.3.2 L'occupation principale

Avec 65 % de consommateurs, les retraités et les « autres inactifs » sont les plus forts consommateurs ; les premiers en raison de leur âge, l'âge moyen de cette classe étant de 70 ans, les seconds en raison de leur mauvais état de santé, ces personnes étant inactives souvent pour raison de santé. D'ailleurs, leur taux de prise en charge* est très élevé, 95 % correspondant à une fréquence élevée de l'exonération du ticket modérateur*. Ensuite, viennent les femmes au foyer avec 58 % de consommatrices. Leur consommation élevée est liée à la période d'activité génitale. Les plus faibles consommateurs sont les enfants et les militaires du contingent avec un taux de 18 % de consommateurs [Cf. Tableau n° 10 en Annexe].

Graphique n° 7
Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et
dépense annuelle par personne selon l'occupation principale



Source : EPAS-ESPS 1992

La dépense annuelle d'un « autre inactif » se distingue par son montant élevé : 625 F. Elle est nettement plus forte que la dépense d'un retraité, 426 F, malgré des taux de consommateurs identiques. Les « autres inactifs » consomment donc des analyses biologiques plus onéreuses ; la dépense par consommateur s'élève à environ 960 F, contre 655 F pour un retraité consommateur. Contrairement aux retraités, leur forte consommation n'est pas due à un effet de l'âge ou du sexe.

Par contre, la dépense annuelle des femmes au foyer, plus élevée que la moyenne, est due à un effet du sexe et de l'âge. L'effet de l'âge et du sexe éliminé, elles consomment moins que la moyenne. Les actifs occupés et les chômeurs ont une dépense annuelle similaire.

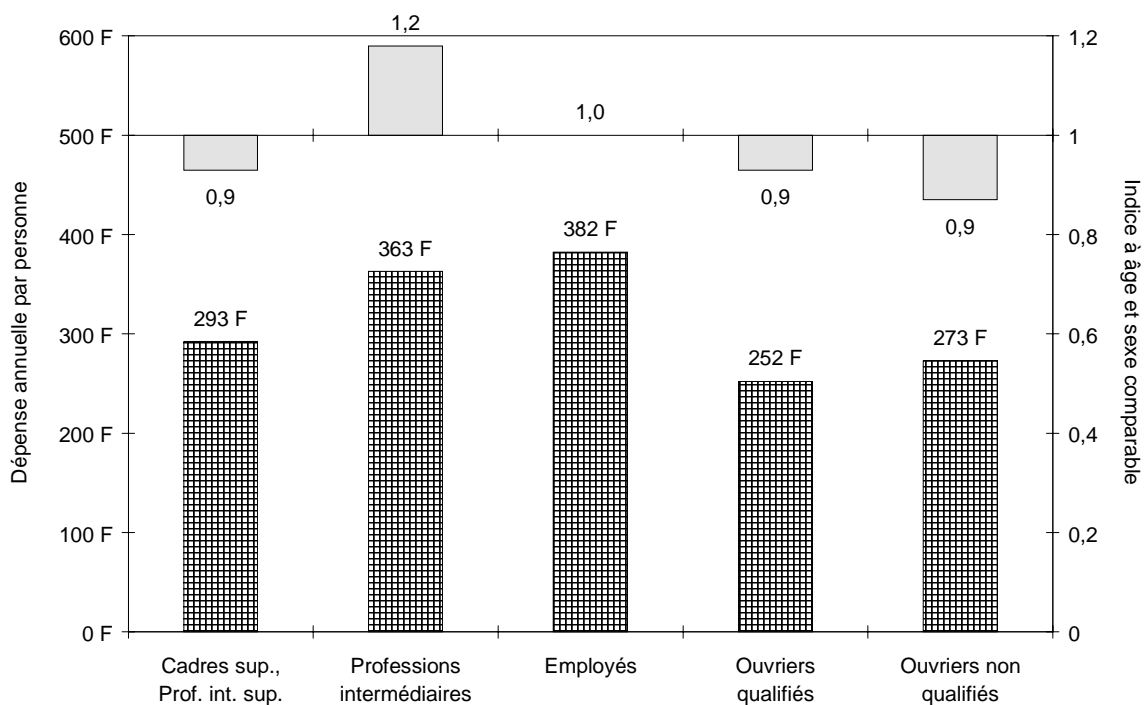
La dépense très faible des enfants et des militaires du contingent s'explique à la fois par le très faible taux de consommateurs et par des actes peu onéreux. Leur dépense par consommateur est de 400 F contre plus de 600 F pour les autres.

3.3.3 La profession

Avec 57 % de consommateurs, les employés sont les plus forts consommateurs, suivis de près par les professions intermédiaires, 53 %. Ensuite viennent les ouvriers non qualifiés avec 48 % de consommateurs, les cadres supérieurs et enfin les ouvriers qualifiés ayant un taux de consommateurs similaires, environ 45 % [Cf. Tableau n° 11 en Annexe].

La dépense annuelle est supérieure à 350 F pour les employés et les professions intermédiaires. La consommation élevée des employés est due essentiellement à la forte féminisation de cette profession. En revanche, la forte consommation des personnes ayant une profession intermédiaire n'est pas due à un effet de l'âge ou du sexe.

Graphique n° 8
Dépense annuelle de biologie médicale par personne
selon la profession ou la dernière profession*



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

Source : EPAS-ESPS 1992

La consommation des cadres supérieurs avoisine les 300 F par an, celle des ouvriers qualifiés est d'environ 250 F et celle des ouvriers non qualifiés de 270 F. La faible proportion de femmes parmi les ouvriers non qualifiés ne suffit pas à expliquer cette dépense inférieure.

D'autre part, alors que les taux de prise en charge* fluctuent autour de 75 %, on remarque que les ouvriers, qualifiés ou non, ont des taux de prise en charge* proches de 80 %. Cela peut être dû à une part sensible d'accidents du travail pris en charge à 100 %.

Dans les annexes (Cf. Tableau n° 11) figure également la consommation selon la profession de chef de ménage.

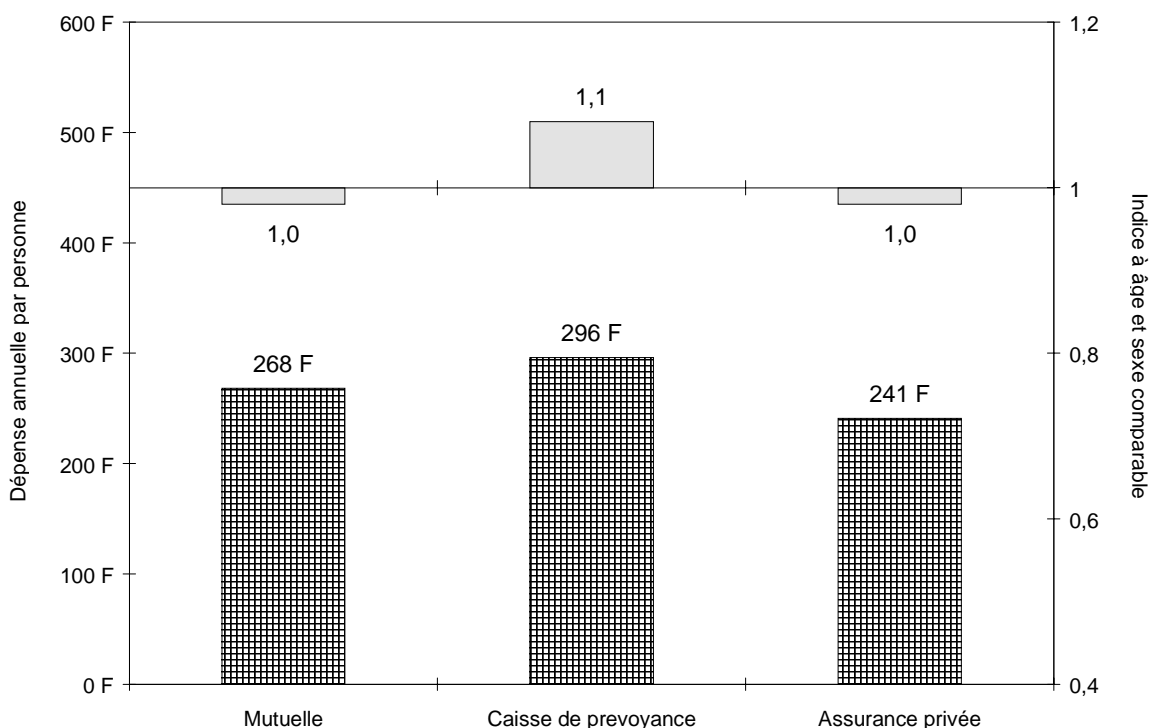
3.4 La consommation selon la protection sociale

[Cf. Tableau n° 12 en annexe 1]

L'exonération du ticket modérateur* correspond à un taux de remboursement* de 100 % par l'Assurance maladie. Le motif en est généralement un état de santé nécessitant des soins importants. Il n'est donc pas étonnant de constater que plus de 7 personnes exonérées du ticket modérateur sur 10 consomment au moins une analyse biologique pendant l'année. Elles dépensent en moyenne 734 F dans l'année, dont 92 % sont remboursés par l'Assurance maladie. A l'opposé, parmi les personnes non exonérées du ticket modérateur, seulement 4 sur 10 consomment de la biologie. Par personne, leur dépense s'élève à environ 210 F et le taux moyen de prise en charge* est de 70 %. Les personnes exonérées du ticket modérateur dépensent ainsi 3,5 fois plus que les personnes non exonérées, la première cause invoquée étant leur état de santé, leur âge étant aussi plus élevé.

Par ailleurs, les personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire consomment davantage que celles qui n'en bénéficient pas ; les taux de consommateurs respectifs sont de 44 % contre 32 % et les dépenses annuelles d'environ 270 F contre 210 F. Par contre, il existe peu de différence de consommation selon le type de couverture complémentaire. Les personnes couvertes par une caisse de prévoyance consomment cependant légèrement plus que les personnes adhérant à une mutuelle ou à une assurance privée. Mais la petite différence constatée entre mutuelle et assurance privée est due à l'âge plus élevé des personnes adhérant à une mutuelle comparativement à celles adhérant à une assurance privée.

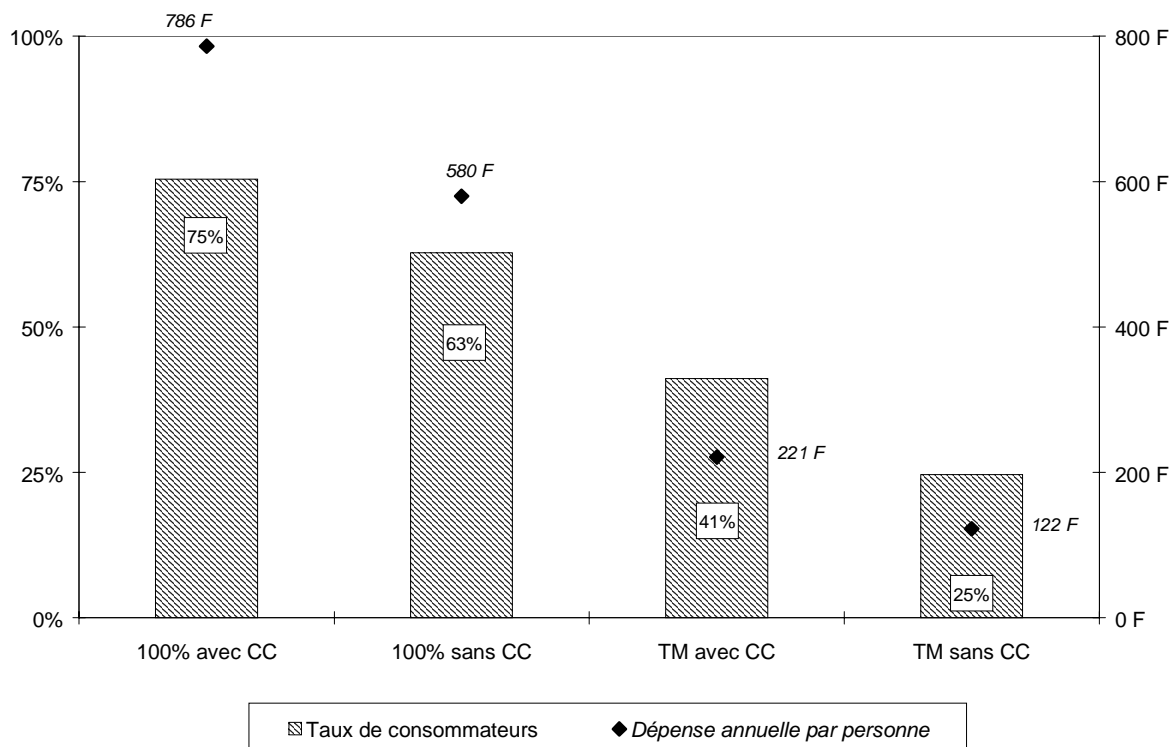
Graphique n° 9
Dépense annuelle de biologie médicale par personne
selon le type de couverture complémentaire



Source : EPAS-ESPS 1992

La variable couverture sociale combine les deux variables précédentes. Elle montre que l'augmentation de consommation liée à l'existence d'une couverture complémentaire joue plus fortement chez les personnes non exonérées du ticket modérateur (facteur 1,8 sur la dépense annuelle moyenne) que chez les personnes prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie (facteur 1,4).

Graphique n° 10
Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et dépense annuelle par personne selon la couverture sociale



Source : EPAS-ESPS 1992

3.5 La consommation selon la morbidité

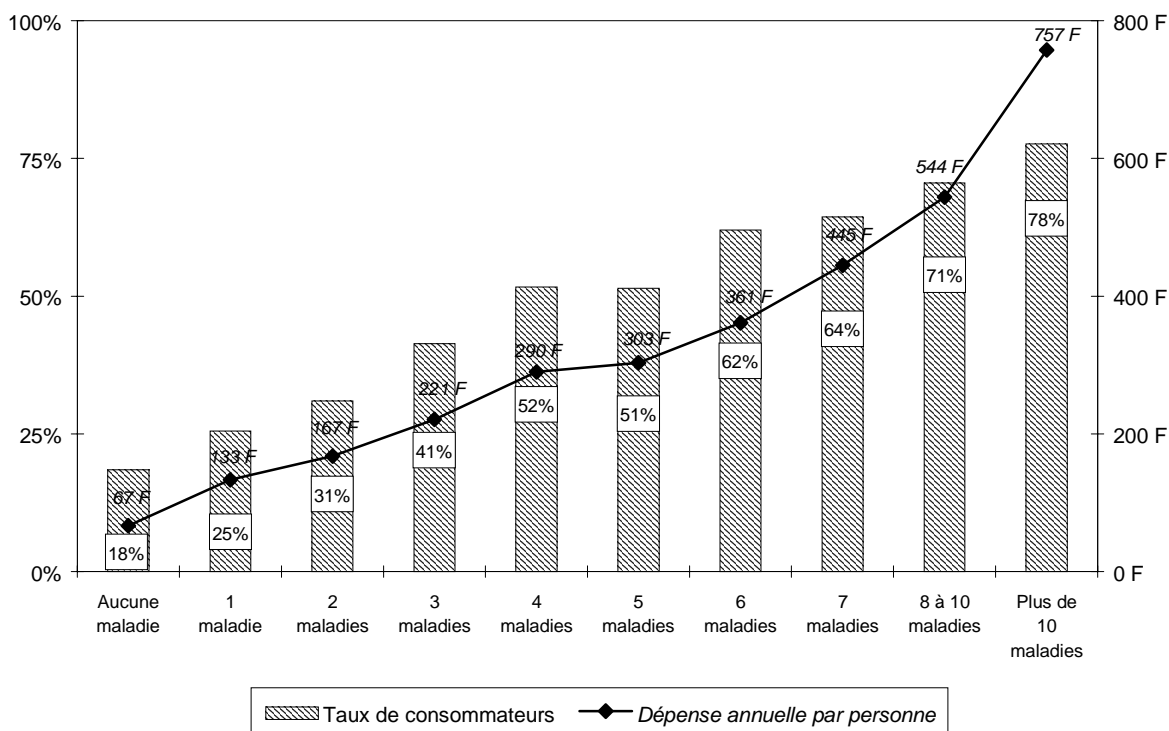
[Cf. Tableau n° 13 et Tableau n° 14 en annexe 1]

3.5.1 Le nombre de maladies

L'état de santé étant un déterminant majeur de la consommation médicale, il est logique de voir s'élever la consommation avec le nombre de maladies dont souffrent les personnes. Ceci est vérifié pour les consommations de biologie médicale de ville : le nombre de consommateurs passe progressivement de 25 % lorsque la personne déclare souffrir d'une maladie au moment de l'enquête, à 78 % lorsqu'elle déclare souffrir de plus de 10 maladies ; parallèlement, la dépense annuelle moyenne par personne protégée passe de 133 F à 757 F.

Parmi les personnes qui déclarent souffrir d'aucune maladie, 18 % d'entre elles ont cependant consommé des actes de biologie au cours de l'année 1992, la dépense annuelle moyenne de l'ensemble de ces personnes étant non négligeable (67 F). Ces analyses peuvent correspondre aux actes prescrits dans un but préventif ou de suivi médical (par exemple le suivi d'une contraception ou un bilan de santé).

Graphique n° 11
Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et dépense annuelle par personne selon le nombre de maladies déclarées



Source : EPAS-ESPS 1992

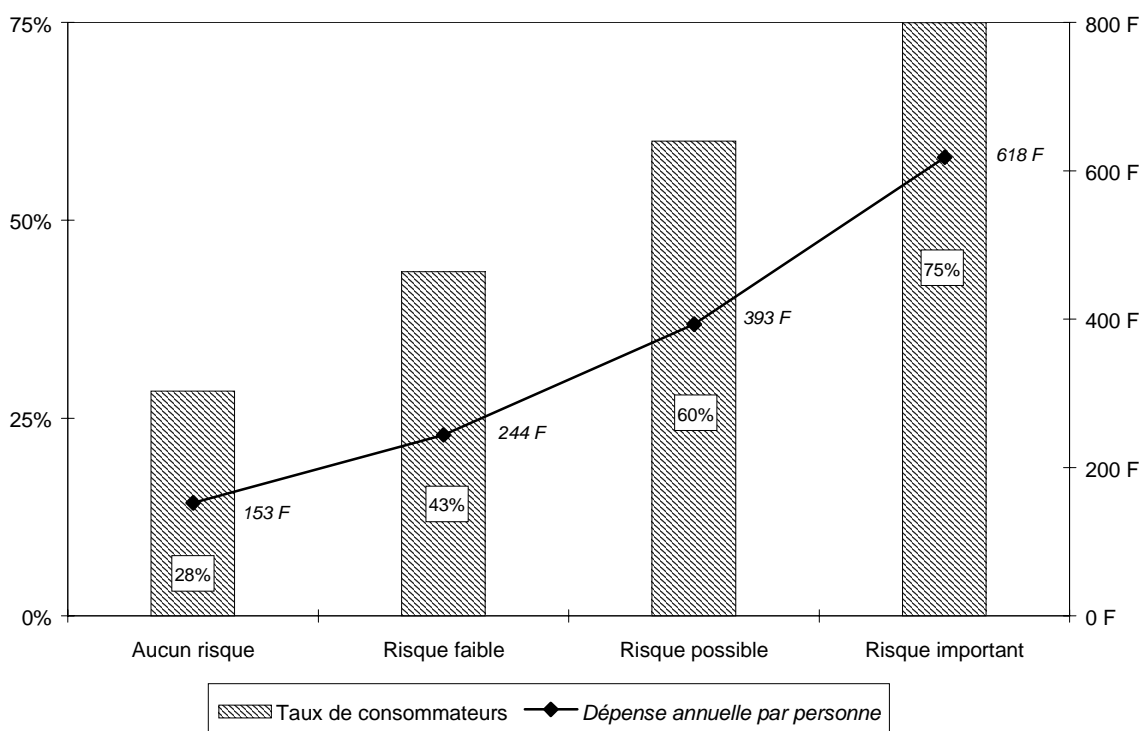
Ces résultats sont à mettre en parallèle avec les taux de consommateurs et les dépenses qui s'élèvent avec l'âge en même temps que le nombre moyen de maladies par personne, mais avec également une particularité importante qui tient à la consommation élevée des femmes en période d'activité génitale. Toutefois, à âge et sexe comparable, la consommation augmente bien avec le nombre de maladies, la progression s'accroissant au-delà de 6 maladies.

3.5.2 Le degré de risque vital

Si l'on classe les personnes selon des indicateurs synthétiques de morbidité* intégrant à la fois le nombre de maladies et de facteurs de risque, leur gravité et leurs conséquences, nous obtenons également une progression de la consommation de biologie médicale de ville.

Selon le degré de risque vital*, le taux de consommateurs passe progressivement de 28 % (aucun risque sur le plan vital) à 75 % lorsque le risque est important, c'est-à-dire lorsque le pronostic est probablement mauvais (50 % de survie à 10 ans), voire sûrement mauvais (80 % de survie à 5 ans). Les dépenses augmentent parallèlement de 153 F à 618 F par personne.

Graphique n° 12
Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et dépense annuelle par personne selon le degré de risque vital

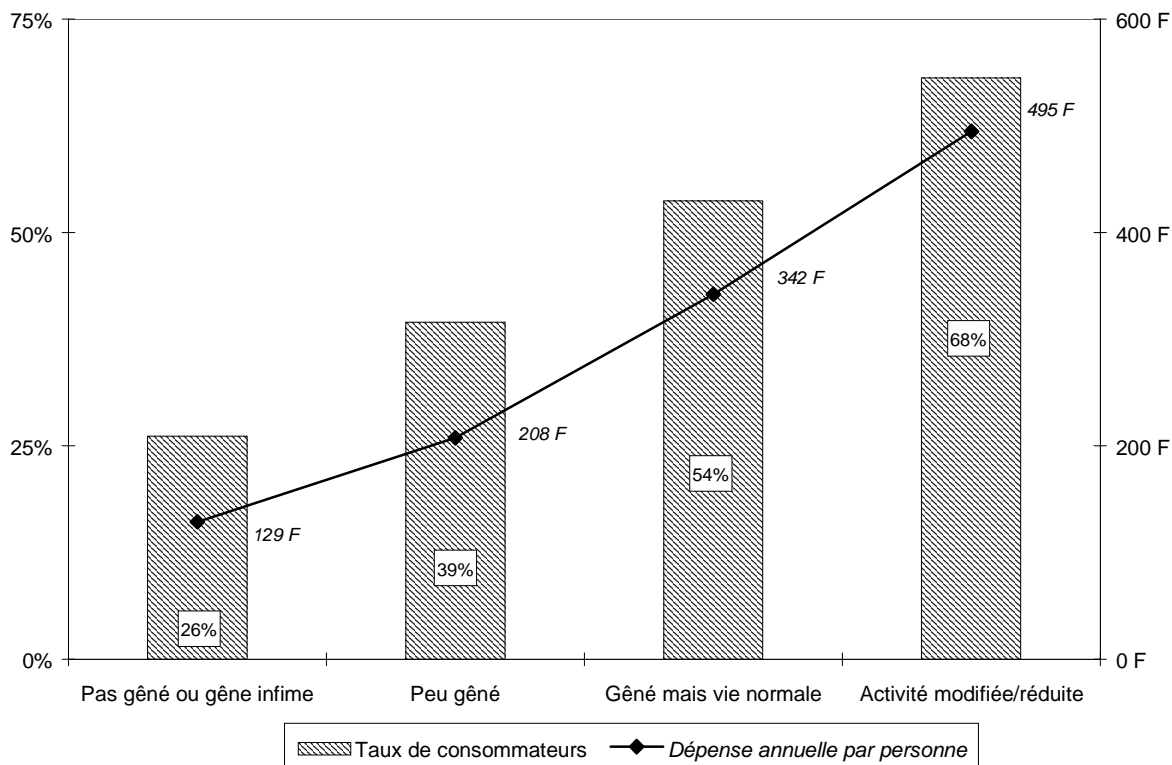


Source : EPAS-ESPS 1992

3.5.3 Le degré d'invalidité

Selon le degré d'invalidité*, la consommation augmente régulièrement : le taux de consommateurs passe progressivement de 26 % pour les personnes totalement valides à 68 % pour les personnes devant modifier, voire restreindre leurs activités professionnelles et/ou domestiques. Parallèlement, la dépense annuelle moyenne passe de 129 F à 495 F par personne protégée.

Graphique n° 13
Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et dépense annuelle par personne selon le degré d'invalidité

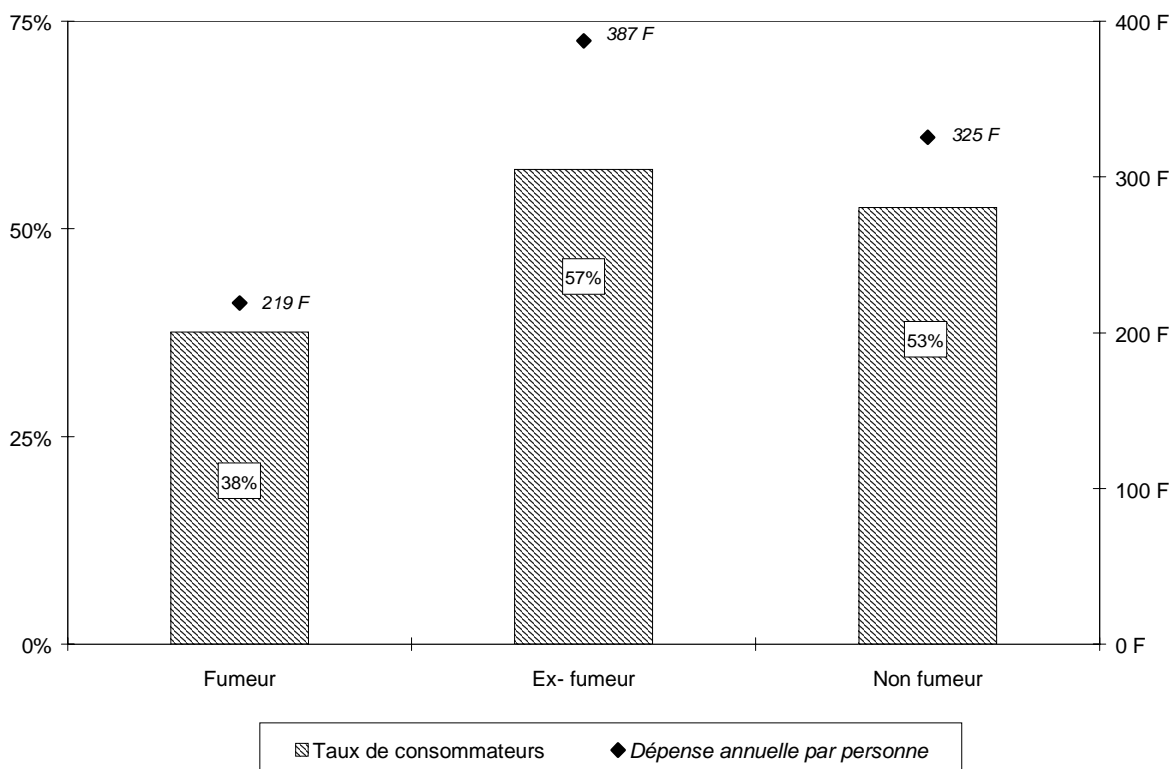


Source : EPAS-ESPS 1992

3.5.4 Le risque tabagique

A l'égard du seul facteur de risque tabagique, les résultats concernant les personnes de 16 ans et plus montrent une consommation plus élevée chez les personnes qui ont arrêté de fumer que chez les fumeurs actuels. Cette différence n'est pas liée à l'âge mais à l'état de santé. En effet, les méfaits du tabac sur la santé surviennent après une longue pratique et l'arrêt du tabagisme correspond souvent à l'apparition de maladies liées au tabac. L'« effet tabac » n'est pas encore apparu sur les fumeurs actuels.

Graphique n° 14
Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et dépense annuelle par personne selon l'existence d'un risque tabagique ou non



Source : EPAS-ESPS 1992

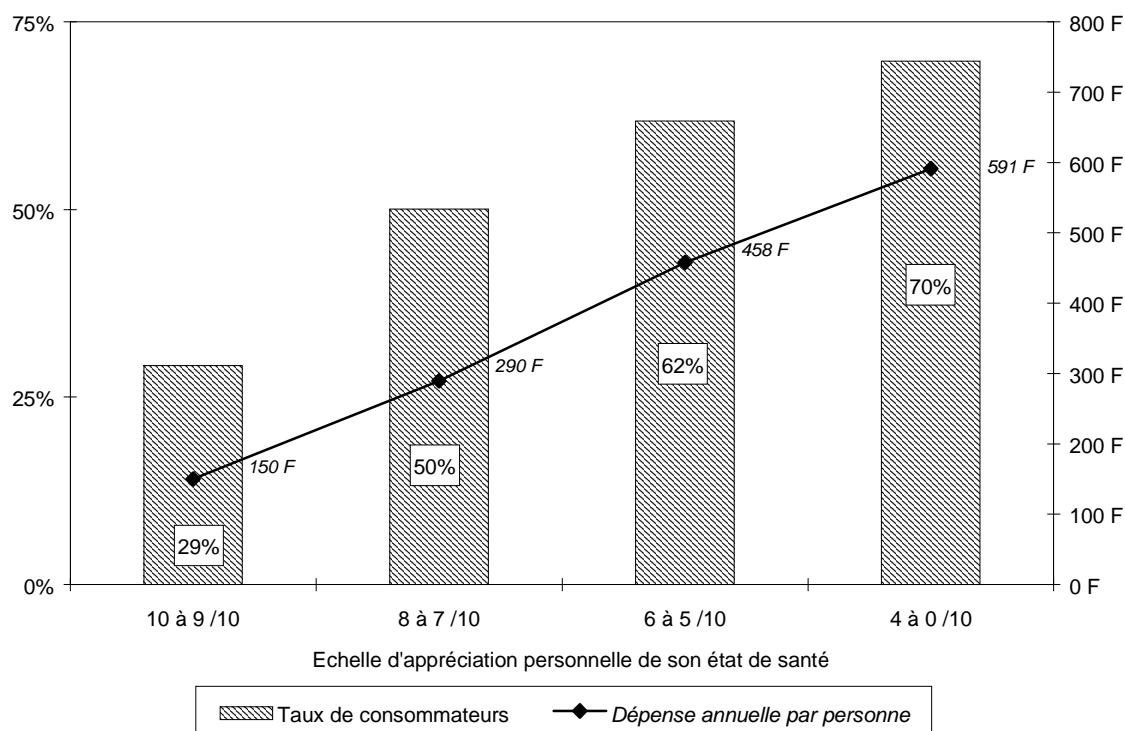
Enfin, les non fumeurs de 16 ans ou plus ont un âge moyen proche de celui des anciens fumeurs (50 ans) mais ils consomment en proportion moins d'actes de biologie de ville (325 F versus 387 F), ce que confirme les indices à âge et sexe comparable.

Plusieurs hypothèses peuvent être émises pour expliquer la plus faible consommation des fumeurs par rapport aux non fumeurs : les fumeurs ont une moindre propension à se soigner ; mais par ailleurs, les non fumeurs sont probablement en moins bonne santé que les fumeurs.

3.5.5 L'appréciation personnelle de son état de santé

Si l'on classe les personnes selon leur propre appréciation de leur état de santé sur une échelle de zéro à dix, on obtient des résultats cohérents avec le classement selon le degré de risque vital attribué par un médecin-chiffreur. Les personnes qui se sentent en bonne santé obtiennent des scores proches de celles classées comme n'ayant aucun degré de risque vital (moins de 30 % de consommateurs et une dépense annuelle moyenne de 150 F). Par ailleurs, elles sont également jeunes (âge moyen : 31 ans). Lorsque l'état de santé se déprécie, l'âge moyen augmente ainsi que la proportion de consommateurs et le niveau des dépenses pour atteindre 70 % de consommateurs et 591 F de dépense annuelle lorsque l'état de santé est noté de 4 à 0/10 (âge moyen 61 ans).

Graphique n° 15
Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et dépense annuelle par personne selon l'appréciation personnelle de son état de santé



Source : EPAS-ESPS 1992

Toutefois, à âge et sexe comparable, on observe toujours une augmentation de la consommation avec une diminution de la note, confirmant un effet de cette variable.

3.5.6 Les antécédents d'hospitalisation récente

Le fait d'avoir été hospitalisé dans une période récente peut également être considéré comme un indicateur relatif d'état de santé. La consommation d'actes de biologie médicale des hospitalisées au cours des trois mois précédant l'enquête est en effet supérieure à celle des personnes non hospitalisées au cours de cette même période, et ceci pour un âge moyen identique autour de 45 ans. Les personnes ayant été hospitalisées ont consommé plus souvent de la biologie de ville en 1992 (68 % d'entre elles contre 41 % des personnes non hospitalisées) et leur dépense annuelle moyenne s'élève à 592 F (versus 248 F), sans qu'il s'agisse d'un effet de l'âge ou du sexe.

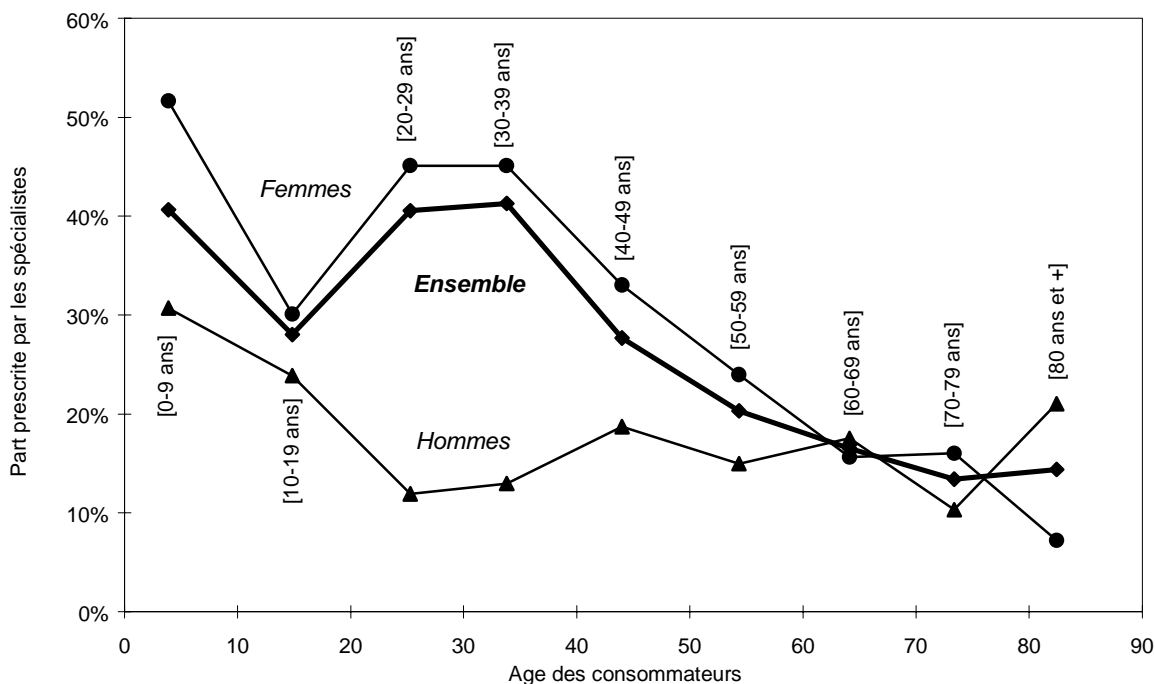
3.6 La consommation selon le type de prescripteur

[Cf. Tableaux en annexe 1]

La part de la dépense de biologie médicale prescrite par les médecins généralistes (omnipraticiens) en 1992 est de 73 %, les autres praticiens, dits spécialistes (médecins spécialistes, sages-femmes, dentistes), étant à l'origine des 27 % restant. Ces parts respectives varient selon le type de consommateur, en particulier selon son âge et son sexe, mais aussi selon son lieu de résidence, sa catégorie socioprofessionnelle et sa morbidité.

Le premier facteur déterminant la part de consommation de biologie médicale prescrite par les omnipraticiens est l'âge des patients : plus il augmente et plus cette part est importante. Mais ceci ne se fait pas de la même manière chez les hommes et les femmes. Globalement, elle est de 83 % chez les hommes contre 67 % chez les femmes. Cet écart est maximum chez les adultes jeunes (32 points) ; ils présentent la part la plus grande de consommation biologique prescrite par des praticiens spécialistes. L'écart est un peu moindre chez les enfants (moins de 20 points), se réduit nettement après 40 ans (10 points entre 40 et 64 ans) pour s'inverser chez les personnes âgées.

Graphique n° 16
Part de la prescription de biologie médicale due aux praticiens spécialistes selon l'âge et le sexe des consommateurs



Source : EPAS-ESPS 1992

En effet, les enfants présentent une part de consommation plus importante d'analyses prescrites par des spécialistes (pédiatres, mais aussi oto-rhino-laryngologistes...) : 38 % chez les moins de 16 ans, ceci étant surtout dû aux filles (47 % contre 30 % chez les garçons). Les femmes de 16 à 39 ans présentent la consommation la plus importante de biologie médicale prescrite par des spécialistes, tant en termes de part qu'en termes de montant ; liée à leur période d'activité génitale, elle est due essentiellement aux gynéco-obstétriciens.

Si l'on regarde la part de consommation prescrite par des spécialistes selon les autres caractéristiques des personnes, on reconnaît l'effet de l'âge et/ou du sexe le plus souvent. Par exemple, cette part est plus faible chez les veufs ou veuves, les retraités, les personnes souffrant de polyopathie ou exonérées du ticket modérateur. Elle est plus forte chez les célibataires, chez les personnes appartenant aux ménages de 2 à 5 personnes (familles), chez les employés (plus souvent des femmes), les personnes s'estimant en bonne santé mais aussi à la suite d'une hospitalisation.

Par contre, on peut parfois invoquer des raisons différentes à la plus forte part de consommation biologique prescrite par des spécialistes. Par exemple, l'effet de l'offre de soins intervient en région parisienne (plus grande densité de spécialistes). L'effet du niveau social (de revenus en particulier) joue dans le même sens pour la consommation des cadres supérieurs et professions intellectuelles et celle des personnes possédant une couverture complémentaire par une assurance privée.

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. L'appariement EPAS-ESPS fournit une estimation de la consommation moyenne d'actes de biologie par personne protégée par l'Assurance maladie de la Sécurité sociale de 261 F en 1992 contre 288 F selon les données publiées par la CNAMTS [1, 5]. La sous-estimation globale moyenne est donc de l'ordre de 9 % sur cet indicateur, mais en fait, elle est concentrée sur les plus gros consommateurs qui nous échappent.

On peut donc considérer comme proche de la réalité la description de la consommation de biologie médicale faite dans ce rapport à partir de l'appariement EPAS-ESPS. La richesse qu'apporte l'éclairage des variables socio-démographiques, 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).

Les deux premiers appariements sur le premier quart de l'EPAS à quatre ans d'intervalle ont été effectués à des dates charnières. En 1988 d'abord, le premier appariement éclaire sur la situation avant la modification de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale en 1989. En 1992 ensuite, juste après la signature de la nouvelle convention le deuxième appariement tient compte des résultats de l'application des premiers OQN en 1992 et permet de dresser un début d'évolution.

Dès 1993, les premières RMO comportent 36 références relatives à la prescription de biologie de ville. Il est donc important de continuer ce travail et 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). Le codage des actes, devenu effectif pour la biologie médicale depuis mars 1997, permettra une recherche plus riche dès 1998.

La publication des résultats de l'analyse socio-économique des dépenses de santé en 1992 à partir de l'appariement EPAS-ESPS, initiée par l'analyse des dépenses d'hospitalisation, est entièrement complétée par le balayage successif des dépenses ambulatoires d'actes d'auxiliaires, 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'INED⁵, 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 [18]. Ce pourcentage peut paraître faible mais il prend en compte² 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.

⁵ 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 et Schéma n° 2).

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 48]

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 [15].

Bilan de l'appariement des personnes :

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

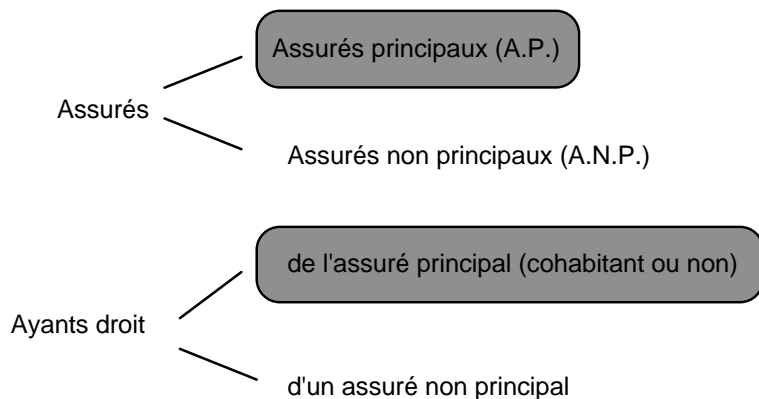
2.2 Appariement des prestations

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

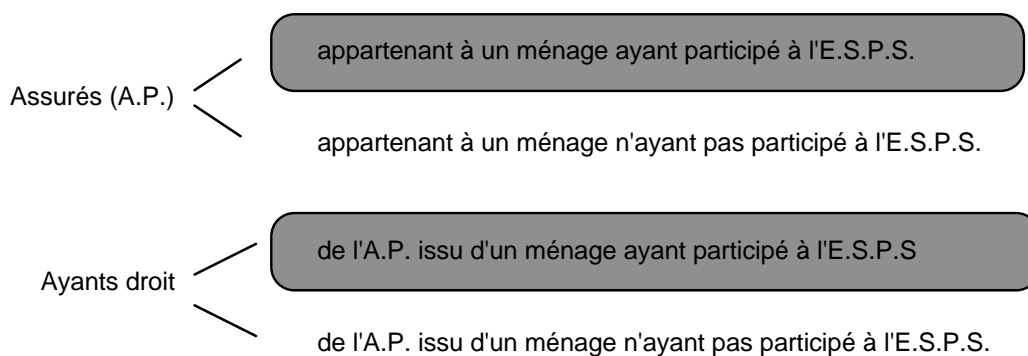
- les **actes professionnels** comportant les séances de médecins, les analyses, les radiographies, les soins de dentistes et d'auxiliaires, les frais de déplacement (indemnités kilométriques...), certains frais relatifs à la maternité ou aux Interruptions Volontaires de Grossesse (il s'agit en principe de montants se rapportant à des hospitalisations privées) ;
- les **prestations sanitaires diverses** regroupant les prestations de pharmacie, d'appareillage ou de prothèse, les frais de transport (ambulance, taxis...) et les frais de cure thermale ;
- les **hospitalisations-séjours** comprenant toutes les hospitalisations 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 droit⁶.

⁶ 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° 3 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° 4 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° 4). 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 sa grappe-assuré [15].

Tableau n° 3
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 ⁷ 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° 3 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° 3 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

⁷ Le total des ayants droit inclut les ayants droit conjoints, les ayants droit enfants et les ayants droit autres.

Tableau n° 4
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	86,8	88,2	88,6	88,7	82,8
non	13,0	11,6	11,3	11,2	17,2
ne sait pas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0
Hospitalisation < 3 mois					
oui	3,9	4,2	4,2	4,2	24,1
non	96,1	95,7	95,7	95,8	75,9

*** 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 Paris, certains départements de l'Île-de-France, Lyon et Grenoble [17]. Ce même premier quart de l'EPAS a de nouveau été apparié pour l'année 1992, mais en intégrant toutes les CPAM [15]. Par conséquent, ces deux années d'appariement ayant des champs différents, elles ne sont pas strictement comparables.

4. La nature des actes de biologie médicale

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*.

Les actes de biologie médicale ou analyses biologiques sont des examens de laboratoire à visée diagnostique qui sont effectués par des biologistes, des médecins biologistes et, parfois, dans la mesure de leur compétence, par des auxiliaires de laboratoire. Ces analyses sont des prescriptions, elles sont destinées à éclairer le médecin sur l'état de santé du patient et à le suivre. Elles sont classées en plusieurs chapitres distincts dans la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale de la Sécurité sociale qui en fixe les tarifs.

Dans cette nomenclature, chaque acte noté est ainsi désigné par une **lettre-clé** et un **coefficient**, déterminant leur cotation ou valeur.

La lettre-clé désigne le type d'acte qui est effectué : B pour la plupart des analyses biologiques, BM pour les dosages du chapitre D « immunologie » utilisant une technique avec marqueur, BP ou P pour les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques selon qu'ils sont effectués par un biologiste non médecin ou un biologiste médecin. La **valeur d'une lettre-clé en francs** varie dans le temps et, en 1992, chacune des lettres-clés applicables en biologie médicale valait 1,76 F.

Tableau n° 5
Répartition des actes de biologie médicale selon le type de lettre-clé
et valeur moyenne d'une séance de biologie médicale

Répartition des actes de biologie médicale		
Type de lettre-clé	Effectif <i>brut</i>	% <i>redressé</i>
B	19 764	94,4
BM	572	2,7
BP	265	1,2
P	385	1,7
Ensemble	20 986	100,0

Notion de séance de biologie médicale		
	Données brutes	Données redressées
Nombre total de séances de biologie*	4 713	8 363
Nombre moyen d'analyses par séance de biologie		4,5
Valeur moyenne d'une séance de biologie :		
- en nombre de séances		131
- en francs		131*1,76 = 231 F

* Une séance de biologie regroupe l'ensemble des analyses effectuées le même jour, quel que soit le type de lettre-clé.

Source : EPAS-ESPS 1992

Le coefficient est un nombre indiquant la valeur relative de chaque acte. Par exemple, une glycémie est cotée B 10 dans la nomenclature et valait donc $1,76 * 10 = 17,60$ F en 1992.

Le taux de remboursement* par les caisses permet le calcul de la participation des organismes de Sécurité sociale à la dépense occasionnée, c'est-à-dire le montant du remboursement. Dans le cas précédent, avec un taux de remboursement à 65 %, la participation des organismes de Sécurité sociale se monte à 11,44 F et le solde à la charge du patient est de 6,16 F.

Des prélèvements sont nécessaires pour obtenir les échantillons de produits humains sur lesquels sont effectuées les analyses biologiques. Ces prélèvements sont effectués par des praticiens, des auxiliaires médicaux, des biologistes ou des techniciens de laboratoire. Ils reçoivent, tout comme les actes de biologie, une **cotation** inscrite à la Nomenclature Générale des Actes Professionnels ou à la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale, selon la qualification de la personne qui effectue le prélèvement. Cette cotation se compose d'une **lettre-clé** et d'un **coefficient** qui sont déterminés par les nomenclatures respectives. Ainsi, certains prélèvements effectués par des praticiens sont cotés en K (actes de spécialité), les prélèvements effectués par les auxiliaires et les techniciens de laboratoire autorisés sont cotés en AMI (actes infirmiers) et ceux effectués par un biologiste non médecin sont cotés en KB (prélèvements par directeur de laboratoire). A ces prélèvements sont parfois associés des **frais de déplacement** cotés en IF, ISD et IK.

Dans les données de prestations de l'EPAS, les prélèvements effectués par des auxiliaires, par exemple, ne peuvent pas être distingués des autres actes qu'effectuent ces auxiliaires car ils sont également cotés en AMI. Ainsi, nous ne pouvons pas les étudier ici, mais ils sont intégrés à

l'ensemble des actes infirmiers exposés par ailleurs, lors de l'étude des actes d'auxiliaires médicaux [13]. Il en est de même pour les prélèvements effectués par les praticiens à leur cabinet et qui sont intégrés à l'ensemble des actes médicaux exposés par ailleurs, lors de l'étude des actes de praticiens [11].

Tableau n° 6
Répartition de certains actes de prélèvement selon le type de lettre-clé
et valeur moyenne d'une séance de prélèvement biologique

	<i>Effectif brut</i>	<i>% redressé</i>
K	72	5,8
KB	1 150	93,6
Déplacement (IF, ISD)	9	0,7
Ensemble	1 231	100,0

	<i>Données brutes</i>	<i>Données redressées</i>
Nombre total de séances de prélèvement*	844	1 538
Nombre moyen de prélèvements par séance de prélèvement		1,5
Valeur moyenne d'une séance* de prélèvement médical :		
- en nombre de coefficients		2
- en francs		2*12,40 = 24,80 F

* Une séance de prélèvement regroupe l'ensemble des actes de prélèvement effectués le même jour.

Source : EPAS-ESPS 1992

Les prélèvements étudiés ici ne représentent donc qu'une partie des prélèvements effectués pour les analyses biologiques. Nous étudions uniquement les prélèvements effectués par des biologistes non médecins, cotés en KB, par des anatomo-cyto-pathologistes ou des anatomo-pathologistes ou encore par des médecins biologistes cotés en K. Les prélèvements effectués par les infirmières sont intégrés aux actes d'auxiliaires médicaux et étudiés avec eux [13] ; ceux effectués par des praticiens sont inclus dans les actes de médecins et étudiés également avec eux [11].

Annexe 1

*Dépenses d'actes de biologie médicale de ville : tableaux détaillés**

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

Tableau n° 7
Dépense moyenne d'actes de biologie médicale 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	102	857	165	19%	6,8	72 F	49 F	23 F	23 F	72 F	68%	371 F	30%
16-39 ans	640	121	1 101	206	19%	29,2	74 F	53 F	23 F	23 F	75 F	70%	403 F	12%
40-64 ans	656	286	1 125	497	44%	52,7	264 F	203 F	61 F	59 F	264 F	77%	597 F	16%
>=65 ans	166	122	394	292	74%	72,8	527 F	450 F	85 F	83 F	535 F	84%	722 F	16%
Ensemble	1 990	631	3 476	1 161	33%	47,0	186 F	145 F	42 F	42 F	187 F	78%	562 F	17%
	FEMMES													
<16 ans	494	83	793	132	17%	7,1	80 F	55 F	25 F	24 F	80 F	69%	481 F	47%
16-39 ans	862	484	1 388	775	56%	29,2	400 F	303 F	99 F	96 F	403 F	75%	721 F	44%
40-64 ans	753	443	1 226	727	59%	51,6	353 F	260 F	93 F	91 F	352 F	74%	594 F	26%
>=65 ans	262	167	554	352	64%	73,0	423 F	339 F	84 F	83 F	424 F	80%	666 F	14%
Ensemble	2 371	1 177	3 961	1 986	50%	43,7	324 F	245 F	80 F	78 F	325 F	75%	649 F	33%
	ENSEMBLE													
<16 ans	1 022	185	1 650	297	18%	6,9	76 F	52 F	24 F	23 F	76 F	68%	420 F	38%
16-39 ans	1 502	605	2 489	981	39%	29,2	256 F	192 F	66 F	64 F	258 F	75%	654 F	40%
40-64 ans	1 409	729	2 351	1 224	52%	52,0	310 F	233 F	77 F	76 F	310 F	75%	595 F	22%
>=65 ans	428	289	947	644	68%	72,9	466 F	386 F	85 F	83 F	470 F	82%	691 F	15%
Ensemble	4 361	1 808	7 437	3 147	42%	44,9	260 F	198 F	62 F	61 F	261 F	76%	617 F	27%

* personnes protégées par l'Assurance maladie

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

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 8
Dépense moyenne d'actes de biologie médicale 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	67	537	110	20%	3,9	79 F	53 F	26 F	26 F	79 F	67%	385 F	31%
10-19 ans	293	43	470	68	14%	13,6	49 F	35 F	17 F	17 F	52 F	68%	360 F	24%
20-29 ans	258	46	468	82	18%	25,1	81 F	58 F	23 F	23 F	81 F	72%	465 F	12%
30-39 ans	289	67	483	112	23%	33,4	82 F	57 F	26 F	25 F	82 F	69%	354 F	13%
40-49 ans	311	111	503	180	36%	43,9	199 F	146 F	53 F	51 F	199 F	73%	555 F	19%
50-59 ans	205	99	368	179	49%	54,5	316 F	252 F	64 F	62 F	316 F	80%	649 F	15%
60-69 ans	198	118	379	230	61%	64,0	384 F	312 F	80 F	80 F	392 F	80%	645 F	18%
70-79 ans	81	62	202	154	76%	73,3	504 F	413 F	92 F	92 F	505 F	82%	661 F	10%
>=80 ans	27	18	67	46	69%	82,2	606 F	562 F	42 F	34 F	605 F	93%	893 F	21%
Ensemble	1 990	631	3 476	1 161	33%	47,0	186 F	145 F	42 F	42 F	187 F	78%	562 F	17%
FEMMES														
<10 ans	296	53	480	85	18%	3,9	80 F	56 F	24 F	22 F	80 F	70%	448 F	52%
10-19 ans	306	70	487	110	23%	15,6	101 F	70 F	32 F	32 F	102 F	68%	452 F	30%
20-29 ans	320	183	531	301	57%	25,3	448 F	346 F	106 F	103 F	451 F	77%	795 F	45%
30-39 ans	434	261	683	410	60%	33,9	429 F	322 F	109 F	104 F	431 F	75%	718 F	45%
40-49 ans	362	194	564	302	54%	44,1	300 F	213 F	85 F	84 F	298 F	71%	556 F	33%
50-59 ans	271	165	453	279	62%	54,3	372 F	277 F	96 F	94 F	373 F	74%	606 F	24%
60-69 ans	217	142	403	264	66%	64,2	426 F	330 F	97 F	96 F	427 F	77%	653 F	16%
70-79 ans	120	80	263	172	65%	73,5	455 F	363 F	91 F	90 F	455 F	80%	696 F	16%
>=80 ans	45	29	97	63	65%	82,7	386 F	329 F	58 F	57 F	386 F	85%	599 F	7%
Ensemble	2 371	1 177	3 961	1 986	50%	43,7	324 F	245 F	80 F	78 F	325 F	75%	649 F	33%
ENSEMBLE														
<10 ans	624	120	1 017	196	19%	3,9	79 F	54 F	25 F	24 F	79 F	68%	413 F	41%
10-19 ans	599	113	956	177	19%	14,9	76 F	53 F	25 F	24 F	77 F	68%	417 F	28%
20-29 ans	578	229	1 000	383	38%	25,3	276 F	211 F	67 F	66 F	278 F	76%	725 F	41%
30-39 ans	723	328	1 165	522	45%	33,8	285 F	212 F	75 F	72 F	287 F	74%	640 F	41%
40-49 ans	673	305	1 066	482	45%	44,0	252 F	181 F	70 F	68 F	251 F	72%	556 F	28%
50-59 ans	476	264	821	458	56%	54,4	347 F	266 F	81 F	80 F	348 F	77%	623 F	20%
60-69 ans	415	260	782	494	63%	64,1	406 F	321 F	89 F	88 F	410 F	78%	650 F	17%
70-79 ans	201	142	464	326	70%	73,4	477 F	385 F	92 F	91 F	477 F	81%	679 F	13%
>=80 ans	72	47	165	108	65%	82,5	476 F	424 F	51 F	47 F	476 F	89%	723 F	14%
Ensemble	4 361	1 808	7 437	3 147	42%	44,9	260 F	198 F	62 F	61 F	261 F	76%	617 F	27%

* 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 4 : la biologie médicale

Novembre 1997 - CREDES

Tableau n° 9
Dépense moyenne d'actes de biologie médicale 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 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 consommateurs	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	1 190	3 950	2 079	53%	48,9	337 F	258 F	80 F	78 F	338 F	76%	641 F	28%	1,02
Divorcé(e) / séparé(e)	126	74	214	128	60%	50,0	452 F	357 F	94 F	93 F	451 F	79%	757 F	24%	1,23
Veuf / veuve	207	136	403	265	66%	70,8	417 F	340 F	79 F	77 F	419 F	81%	636 F	11%	-
Célibataire (18 ans et +)	618	202	1 074	344	32%	34,4	188 F	142 F	50 F	50 F	192 F	74%	599 F	33%	0,81
Enfant (- de 18 ans)	1 113	206	1 795	330	18%	7,9	75 F	51 F	24 F	23 F	75 F	68%	410 F	37%	-
TAILLE DU MENAGE															
1 personne	393	214	735	407	55%	61,2	380 F	307 F	75 F	74 F	381 F	80%	688 F	18%	1,07
2 personnes	940	558	1 740	1 051	60%	56,6	422 F	333 F	94 F	91 F	426 F	78%	705 F	28%	1,22
3 personnes	970	407	1 615	675	42%	38,0	240 F	179 F	61 F	60 F	240 F	75%	573 F	27%	0,97
4 personnes	1 198	396	1 953	638	33%	30,7	176 F	126 F	50 F	48 F	176 F	71%	539 F	34%	0,85
5 personnes	591	179	949	287	30%	31,5	149 F	107 F	42 F	41 F	148 F	72%	490 F	31%	0,75
6 personnes et plus	269	54	446	89	20%	30,1	103 F	82 F	25 F	24 F	106 F	77%	535 F	23%	0,61
LIEU DE RESIDENCE CLASSE EN ZONES D'ETUDE ET D'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE [ZEAT]															
Région parisienne	771	325	1 610	697	43%	46,7	278 F	211 F	71 F	67 F	282 F	75%	652 F	38%	1,06
Bassin parisien	822	331	1 330	547	41%	43,2	223 F	165 F	59 F	58 F	224 F	74%	544 F	28%	0,89
Nord	302	108	504	189	38%	45,1	234 F	175 F	58 F	57 F	233 F	75%	621 F	23%	0,91
Est	444	182	678	282	42%	43,8	255 F	216 F	39 F	39 F	255 F	85%	615 F	29%	1,02
Ouest	608	253	935	395	42%	43,4	245 F	182 F	63 F	63 F	245 F	74%	580 F	25%	0,95
Sud-Ouest	396	191	639	313	49%	46,3	327 F	246 F	80 F	79 F	327 F	75%	667 F	23%	1,15
Centre-Est	556	225	912	378	41%	45,7	193 F	147 F	47 F	47 F	194 F	76%	468 F	24%	0,75
Méditerranée	451	189	796	338	42%	44,2	350 F	272 F	78 F	78 F	350 F	78%	822 F	18%	1,33
Non déclarée	11	4	32	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 808	7 437	3 147	42%	44,9	260 F	198 F	62 F	61 F	261 F	76%	617 F	27%	1,00

* 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 4 : la biologie médicale

Novembre 1997 - CREDES

Tableau n° 10
Dépense moyenne d'actes de biologie médicale 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 consommateurs	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	35	133	62	47%	56,1	222 F	184 F	37 F	36 F	222 F	83%	471 F	36%	0,60
Primaire	901	491	1 616	908	56%	60,8	352 F	282 F	70 F	69 F	352 F	80%	627 F	13%	0,97
Premier cycle	1 255	616	2 116	1 045	49%	44,3	304 F	231 F	73 F	71 F	304 F	76%	615 F	24%	0,98
Second cycle	442	223	769	386	50%	43,4	341 F	247 F	96 F	92 F	342 F	72%	682 F	30%	1,04
Supérieur	405	194	724	348	48%	44,2	359 F	279 F	90 F	89 F	369 F	76%	769 F	4%	1,18
Autres ou NSP	13	9	21	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etude en cours	1 271	240	2 057	383	19%	9,5	77 F	53 F	25 F	25 F	78 F	68%	419 F	35%	-
OCCUPATION PRINCIPALE DE LA PERSONNE															
Actifs occupés	1 808	832	2 989	1 364	46%	39,8	282 F	208 F	76 F	74 F	284 F	73%	623 F	36%	1,00
Chômeurs	230	99	381	162	43%	39,3	292 F	217 F	75 F	74 F	292 F	74%	684 F	24%	0,97
Femmes au foyer	395	221	692	399	58%	49,4	362 F	275 F	86 F	84 F	361 F	76%	626 F	30%	0,90
Autres inactifs	60	39	105	68	65%	52,3	617 F	591 F	34 F	33 F	625 F	95%	959 F	4%	1,94
Retraités	581	376	1 181	768	65%	70,0	426 F	347 F	79 F	78 F	426 F	81%	655 F	13%	-
Enfants, contingent	1 285	241	2 084	385	18%	9,5	77 F	53 F	25 F	24 F	77 F	68%	419 F	35%	-
Non déclarée	2	0	3	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 808	7 437	3 147	42%	44,9	260 F	198 F	62 F	61 F	261 F	76%	617 F	27%	1,00

* 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 de biologie médicale 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 consommateurs	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	79	59%	59,4	374 F	276 F	98 F	93 F	374 F	74%	637 F	32%	-
Cadres, prof. intell., prof. lib.	192	86	361	163	45%	50,5	277 F	216 F	76 F	76 F	293 F	74%	647 F	35%	0,93
Professions intermédiaires	595	310	1 043	550	53%	49,2	361 F	275 F	88 F	87 F	363 F	76%	688 F	28%	1,18
Employés	977	555	1 650	936	57%	45,9	383 F	291 F	91 F	88 F	382 F	76%	673 F	33%	1,00
Ouvriers qualifiés	703	302	1 227	541	44%	53,5	251 F	198 F	54 F	53 F	252 F	79%	572 F	12%	0,93
Ouvrier non qualifiés	333	158	566	272	48%	51,7	273 F	219 F	53 F	53 F	273 F	80%	568 F	20%	0,87
Non déclarée, sans profession	1 484	357	2 451	604	25%	25,4	126 F	92 F	35 F	34 F	127 F	73%	515 F	30%	-
CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE DU CHEF DE MENAGE															
Agriculteurs***	41	22	67	34	51%	33,9	215 F	146 F	69 F	69 F	215 F	68%	428 F	29%	-
Artisans, comm., chefs ent.***	234	107	407	193	47%	44,1	337 F	248 F	90 F	87 F	338 F	73%	711 F	43%	-
Cadres, prof. intell., prof. lib.	421	178	757	324	43%	45,0	264 F	195 F	76 F	74 F	271 F	72%	632 F	28%	1,03
Professions intermédiaires	982	425	1 664	739	44%	42,9	292 F	223 F	69 F	68 F	292 F	76%	659 F	33%	1,19
Employés	689	318	1 193	561	47%	50,3	290 F	219 F	72 F	70 F	291 F	75%	618 F	25%	1,00
Ouvriers qualifiés	1 541	570	2 590	976	38%	44,1	213 F	165 F	48 F	47 F	213 F	77%	564 F	22%	0,86
Ouvrier non qualifiés	417	176	697	299	43%	44,3	261 F	211 F	52 F	51 F	263 F	80%	614 F	22%	1,02
Non précisée	36	12	62	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 808	7 437	3 147	42%	44,9	260 F	198 F	62 F	61 F	261 F	76%	617 F	27%	1,00

* personnes protégées par l'Assurance maladie

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

*** non représentatif

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 12
Dépense moyenne d'actes de biologie médicale 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	284	752	543	72%	59,6	726 F	678 F	56 F	54 F	734 F	92%	1 015 F	22%	1,99
Non (= TM)	3 945	1 520	6 649	2 597	39%	41,9	208 F	145 F	63 F	62 F	209 F	70%	534 F	29%	0,84
Non déclaré	21	4	36	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COUVERTURE COMPLEMENTAIRE [CC]															
Oui (avec CC)	3 785	1 630	6 402	2 818	44%	44,7	269 F	203 F	66 F	65 F	269 F	75%	612 F	27%	1,03
Non (sans CC)	569	176	1 021	324	32%	46,9	204 F	171 F	38 F	37 F	209 F	82%	658 F	27%	0,79
Non déclaré	7	2	13	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TYPE DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE															
Mutuelle	2 016	878	3 375	1 504	45%	46,1	268 F	201 F	68 F	66 F	268 F	75%	602 F	26%	0,98
Caisse de prévoyance	670	284	1 174	518	44%	46,5	294 F	230 F	66 F	64 F	296 F	78%	670 F	26%	1,08
Assurance	885	372	1 480	620	42%	38,1	242 F	177 F	64 F	63 F	241 F	73%	576 F	32%	0,98
CC indéterminée	214	96	373	175	47%	50,0	305 F	236 F	68 F	67 F	304 F	78%	648 F	32%	-
Sans CC	569	176	1 021	324	32%	46,9	204 F	171 F	38 F	37 F	209 F	82%	658 F	27%	-
Ne sait pas si CC	7	2	13	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COUVERTURE SOCIALE COMBINEE															
100% avec CC	297	222	553	417	75%	58,3	785 F	729 F	57 F	54 F	786 F	93%	1 042 F	24%	2,15
100% sans CC	97	61	196	123	63%	63,6	556 F	526 F	54 F	54 F	580 F	91%	923 F	19%	1,53
TM avec CC	3 469	1 404	5 817	2 394	41%	42,4	221 F	154 F	68 F	66 F	221 F	69%	537 F	29%	0,88
TM sans CC	467	115	817	201	25%	36,7	122 F	88 F	35 F	34 F	122 F	72%	497 F	35%	0,51
Non assuré, non déclaré	31	6	54	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 808	7 437	3 147	42%	44,9	260 F	198 F	62 F	61 F	261 F	76%	617 F	27%	1,00

* personnes protégées par l'Assurance maladie

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

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 13
Dépense moyenne d'actes de biologie médicale 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	78	698	129	18%	13,1	67 F	47 F	20 F	20 F	67 F	70%	361 F	23%	0,63
1 maladie	754	193	1 232	314	25%	24,1	133 F	96 F	37 F	36 F	133 F	72%	522 F	34%	0,82
2 maladies	699	216	1 142	354	31%	32,2	167 F	123 F	44 F	43 F	167 F	74%	540 F	46%	0,76
3 maladies	580	243	967	400	41%	38,5	221 F	161 F	60 F	59 F	221 F	73%	535 F	33%	0,84
4 maladies	427	221	724	374	52%	45,5	286 F	212 F	78 F	76 F	290 F	73%	561 F	30%	0,95
5 maladies	322	163	558	287	51%	50,4	303 F	222 F	81 F	81 F	303 F	73%	589 F	19%	0,94
6 maladies	231	144	418	259	62%	56,1	361 F	269 F	92 F	92 F	361 F	74%	581 F	25%	0,99
7 maladies	202	129	365	235	64%	56,8	439 F	337 F	108 F	102 F	445 F	76%	692 F	31%	1,20
8 à 10 maladies	285	199	547	386	71%	62,4	545 F	434 F	110 F	107 F	544 F	80%	770 F	19%	1,41
Plus de 10 maladies	105	81	210	163	78%	65,4	737 F	661 F	96 F	95 F	757 F	87%	976 F	16%	1,86
Non déclaré, inexploitable	330	141	574	245	43%	45,4	305 F	242 F	63 F	62 F	305 F	79%	716 F	24%	-
DEGRE DE RISQUE VITAL															
Aucun risque	1 660	468	2 723	773	28%	28,5	152 F	109 F	43 F	42 F	153 F	72%	538 F	39%	0,92
Risque faible	1 522	664	2 545	1 107	43%	41,8	244 F	176 F	68 F	67 F	244 F	72%	561 F	32%	0,82
Risque possible	602	358	1 096	658	60%	57,7	389 F	297 F	96 F	94 F	393 F	75%	655 F	22%	1,13
Risque important	229	169	463	347	75%	66,0	613 F	556 F	62 F	59 F	618 F	90%	825 F	11%	1,56
Indéterminé	348	149	609	262	43%	46,6	306 F	242 F	64 F	63 F	306 F	79%	711 F	26%	-
DEGRE D'INVALIDITE															
Pas gêné ou gêne infime	1 613	421	2 646	692	26%	25,7	129 F	93 F	35 F	34 F	129 F	73%	492 F	36%	0,78
Peu gêné	791	314	1 309	517	39%	37,3	208 F	148 F	60 F	59 F	208 F	71%	526 F	31%	0,77
Géné mais vie normale	1 097	589	1 893	1 017	54%	50,0	340 F	248 F	94 F	92 F	342 F	73%	637 F	31%	1,04
Activité modifiée/réduite	489	323	934	636	68%	62,4	491 F	418 F	77 F	76 F	495 F	84%	727 F	16%	1,32
Sans autonomie alitement	22	12	44	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indéterminé	349	149	610	262	43%	46,6	306 F	241 F	65 F	64 F	305 F	79%	711 F	26%	-
Ensemble	4 361	1 808	7 437	3 147	42%	44,9	260 F	198 F	62 F	61 F	261 F	76%	617 F	27%	1,00

* 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 4 : la biologie médicale

Novembre 1997 - CREDES

Tableau n° 14
Dépense moyenne d'actes de biologie médicale 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	67	182	127	70%	61,1	573 F	509 F	82 F	80 F	591 F	86%	845 F	14%	1,65
5 à 6/10	502	306	922	570	62%	57,2	455 F	364 F	94 F	93 F	458 F	79%	741 F	19%	1,32
7 à 8/10	1 296	640	2 209	1 106	50%	47,3	289 F	213 F	77 F	75 F	290 F	74%	579 F	30%	0,98
9 à 10/10	1 880	548	3 106	907	29%	31,1	150 F	109 F	41 F	40 F	150 F	72%	514 F	36%	0,78
Non déclaré	586	247	1 016	436	43%	46,8	298 F	234 F	64 F	62 F	299 F	78%	696 F	24%	-
RISQUE TABAGIQUE															
Fumeur	944	351	1 599	601	38%	41,7	218 F	163 F	56 F	55 F	219 F	75%	583 F	29%	0,81
Ex- fumeur	680	385	1 226	701	57%	52,4	383 F	300 F	87 F	85 F	387 F	78%	677 F	25%	1,17
Non fumeur	1 439	748	2 474	1 301	53%	50,0	325 F	249 F	77 F	75 F	325 F	76%	619 F	27%	1,02
Non déclaré	276	139	488	246	50%	50,7	379 F	299 F	80 F	79 F	379 F	79%	753 F	23%	-
Moins de 16 ans	1 022	185	1 650	297	18%	6,9	76 F	52 F	24 F	23 F	76 F	68%	420 F	38%	-
ANTECEDENT D'HOSPITALISATION AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS															
Oui	168	112	288	196	68%	45,3	586 F	471 F	121 F	118 F	592 F	80%	871 F	35%	1,85
Non	4 189	1 695	7 141	2 949	41%	44,9	247 F	188 F	60 F	59 F	248 F	76%	600 F	27%	0,96
Ne sait pas	4	1	7	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 808	7 437	3 147	42%	44,9	260 F	198 F	62 F	61 F	261 F	76%	617 F	27%	1,00

* personnes protégées par l'Assurance maladie

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

Source : EPAS-ESPS 1992

Annexe 2

*Dépenses de biologie médicale de ville
(analyses et prélèvements) : tableaux détaillés**

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

Tableau n° 15
Dépense moyenne d'actes de biologie de ville (analyses et prélèvements) 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
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur			
	HOMMES												
<16 ans	528	102	857	165	19%	6,8	73 F	49 F	23 F	23 F	73 F	68%	376 F
16-39 ans	640	121	1 101	206	19%	29,2	75 F	54 F	23 F	23 F	77 F	70%	410 F
40-64 ans	656	286	1 125	497	44%	52,7	268 F	207 F	61 F	60 F	268 F	77%	606 F
>=65 ans	166	122	394	292	74%	72,8	547 F	470 F	87 F	85 F	556 F	84%	751 F
Ensemble	1 990	631	3 476	1 161	33%	47,0	190 F	149 F	43 F	42 F	192 F	78%	575 F
	FEMMES												
<16 ans	494	83	793	132	17%	7,1	80 F	55 F	25 F	24 F	81 F	69%	485 F
16-39 ans	862	484	1 388	775	56%	29,2	406 F	308 F	101 F	98 F	409 F	75%	733 F
40-64 ans	753	444	1 226	729	59%	51,5	360 F	266 F	95 F	93 F	361 F	74%	607 F
>=65 ans	262	167	554	352	64%	73,0	434 F	349 F	86 F	85 F	435 F	80%	683 F
Ensemble	2 371	1 178	3 961	1 988	50%	43,7	330 F	250 F	82 F	80 F	332 F	75%	661 F
	ENSEMBLE												
<16 ans	1 022	185	1 650	297	18%	6,9	76 F	52 F	24 F	24 F	76 F	68%	424 F
16-39 ans	1 502	605	2 489	981	39%	29,2	260 F	195 F	67 F	65 F	262 F	75%	665 F
40-64 ans	1 409	730	2 351	1 226	52%	52,0	316 F	238 F	79 F	77 F	316 F	75%	607 F
>=65 ans	428	289	947	644	68%	72,9	481 F	399 F	86 F	85 F	485 F	82%	714 F
Ensemble	4 361	1 809	7 437	3 148	42%	44,9	265 F	203 F	64 F	62 F	266 F	76%	629 F

* personnes protégées par l'Assurance maladie

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

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 16
Dépense moyenne d'actes de biologie de ville (analyses et prélèvements) 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
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur			
	HOMMES												
<10 ans	328	67	537	110	20%	3,9	80 F	54 F	26 F	26 F	80 F	67%	389 F
10-19 ans	293	43	470	68	14%	13,6	50 F	36 F	17 F	17 F	53 F	68%	367 F
20-29 ans	258	46	468	82	18%	25,1	82 F	59 F	23 F	23 F	82 F	72%	473 F
30-39 ans	289	67	483	112	23%	33,4	84 F	58 F	26 F	26 F	84 F	69%	361 F
40-49 ans	311	111	503	180	36%	43,9	203 F	149 F	54 F	52 F	203 F	73%	567 F
50-59 ans	205	99	368	179	49%	54,5	321 F	257 F	65 F	63 F	321 F	80%	660 F
60-69 ans	198	118	379	230	61%	64,0	395 F	323 F	81 F	80 F	404 F	80%	664 F
70-79 ans	81	62	202	154	76%	73,3	519 F	428 F	93 F	93 F	521 F	82%	681 F
>=80 ans	27	18	67	46	69%	82,2	628 F	585 F	45 F	36 F	630 F	93%	930 F
Ensemble	1 990	631	3 476	1 161	33%	47,0	190 F	149 F	43 F	42 F	192 F	78%	575 F
	FEMMES												
<10 ans	296	53	480	85	18%	3,9	80 F	56 F	24 F	22 F	80 F	70%	450 F
10-19 ans	306	70	487	110	23%	15,6	103 F	70 F	33 F	32 F	103 F	68%	458 F
20-29 ans	320	183	531	301	57%	25,3	455 F	351 F	108 F	105 F	459 F	76%	809 F
30-39 ans	434	261	683	410	60%	33,9	435 F	327 F	111 F	106 F	438 F	75%	729 F
40-49 ans	362	195	564	304	54%	44,1	304 F	216 F	88 F	85 F	303 F	71%	563 F
50-59 ans	271	165	453	279	62%	54,3	383 F	287 F	97 F	96 F	385 F	75%	624 F
60-69 ans	217	142	403	264	66%	64,2	437 F	339 F	99 F	98 F	438 F	77%	670 F
70-79 ans	120	80	263	172	65%	73,5	465 F	372 F	94 F	92 F	465 F	80%	712 F
>=80 ans	45	29	97	63	65%	82,7	400 F	341 F	59 F	58 F	400 F	85%	620 F
Ensemble	2 371	1 178	3 961	1 988	50%	43,7	330 F	250 F	82 F	80 F	332 F	75%	661 F
	ENSEMBLE												
<10 ans	624	120	1 017	196	19%	3,9	80 F	55 F	25 F	24 F	80 F	68%	416 F
10-19 ans	599	113	956	177	19%	14,9	77 F	53 F	25 F	25 F	78 F	68%	423 F
20-29 ans	578	229	1 000	383	38%	25,3	280 F	214 F	68 F	67 F	283 F	76%	738 F
30-39 ans	723	328	1 165	522	45%	33,8	289 F	215 F	76 F	73 F	291 F	74%	650 F
40-49 ans	673	306	1 066	484	45%	44,0	256 F	184 F	72 F	70 F	256 F	72%	564 F
50-59 ans	476	264	821	458	56%	54,4	355 F	274 F	83 F	81 F	356 F	77%	638 F
60-69 ans	415	260	782	494	63%	64,1	416 F	331 F	90 F	89 F	421 F	79%	667 F
70-79 ans	201	142	464	326	70%	73,4	489 F	396 F	93 F	92 F	489 F	81%	697 F
>=80 ans	72	47	165	108	65%	82,5	493 F	440 F	53 F	49 F	494 F	89%	750 F
Ensemble	4 361	1 809	7 437	3 148	42%	44,9	265 F	203 F	64 F	62 F	266 F	76%	629 F

* 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 4 : la biologie médicale

Novembre 1997 - CREDES

Tableau n° 17
Dépense moyenne d'actes de biologie de ville (analyses et prélèvements) par personne protégée en 1992
selon la situation familiale et le lieu de résidence

	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
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	Ticket modérateur			
ETAT MATRIMONIAL DE LA PERSONNE													
Marié(e) / en ménage	2 297	1 191	3 950	2 081	53%	48,9	344 F	263 F	81 F	79 F	345 F	76%	655 F
Divorcé(e) / séparé(e)	126	74	214	128	60%	50,0	469 F	372 F	97 F	95 F	469 F	79%	786 F
Veuf / veuve	207	136	403	265	66%	70,8	426 F	348 F	80 F	79 F	428 F	81%	649 F
Célibataire (18 ans et +)	618	202	1 074	344	32%	34,4	191 F	144 F	51 F	51 F	195 F	74%	608 F
Enfant (- de 18 ans)	1 113	206	1 795	330	18%	7,9	76 F	52 F	24 F	24 F	76 F	68%	415 F
TAILLE DU MENAGE													
1 personne	393	214	735	407	55%	61,2	391 F	316 F	76 F	76 F	392 F	81%	707 F
2 personnes	940	558	1 740	1 051	60%	56,6	433 F	342 F	95 F	93 F	437 F	78%	724 F
3 personnes	970	408	1 615	676	42%	38,0	243 F	182 F	62 F	61 F	244 F	74%	582 F
4 personnes	1 198	396	1 953	638	33%	30,7	178 F	127 F	51 F	49 F	178 F	71%	546 F
5 personnes	591	179	949	287	30%	31,5	150 F	108 F	42 F	42 F	150 F	72%	497 F
6 personnes et plus	269	54	446	89	20%	30,1	104 F	82 F	25 F	25 F	107 F	77%	540 F
LIEU DE RESIDENCE CLASSE EN ZONES D'ETUDE ET D'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE [ZEAT]													
Région parisienne	771	325	1 610	697	43%	46,7	285 F	217 F	72 F	68 F	289 F	75%	668 F
Bassin parisien	822	331	1 330	547	41%	43,2	226 F	167 F	59 F	59 F	227 F	74%	552 F
Nord	302	108	504	189	38%	45,1	239 F	180 F	59 F	58 F	238 F	75%	636 F
Est	444	182	678	282	42%	43,8	259 F	219 F	40 F	39 F	259 F	85%	624 F
Ouest	608	253	935	395	42%	43,4	250 F	186 F	64 F	64 F	251 F	74%	593 F
Sud-Ouest	396	191	639	313	49%	46,3	331 F	249 F	81 F	80 F	331 F	75%	675 F
Centre-Est	556	225	912	378	41%	45,7	196 F	150 F	48 F	47 F	198 F	76%	477 F
Méditerranée	451	190	796	340	43%	44,2	361 F	282 F	81 F	80 F	362 F	78%	848 F
Non déclarée	11	4	32	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 809	7 437	3 148	42%	44,9	265 F	203 F	64 F	62 F	266 F	76%	629 F

* 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 biologie de ville (analyses et prélèvements) 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
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur			
NIVEAU D'ETUDES													
Non scolarisé	74	35	133	62	47%	56,1	227 F	190 F	37 F	36 F	228 F	84%	484 F
Primaire	901	491	1 616	908	56%	60,8	361 F	290 F	71 F	70 F	361 F	80%	644 F
Premier cycle	1 255	616	2 116	1 045	49%	44,3	310 F	236 F	75 F	73 F	310 F	76%	629 F
Second cycle	442	223	769	386	50%	43,4	346 F	251 F	97 F	93 F	348 F	72%	693 F
Supérieur	405	195	724	349	48%	44,2	365 F	284 F	91 F	90 F	375 F	76%	779 F
Autres ou NSP	13	9	21	15	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Etude en cours	1 271	240	2 057	383	19%	9,5	78 F	54 F	25 F	25 F	79 F	68%	424 F
OCCUPATION PRINCIPALE DE LA PERSONNE													
Actifs occupés	1 808	833	2 989	1 365	46%	39,8	286 F	211 F	77 F	75 F	289 F	73%	632 F
Chômeurs	230	99	381	162	43%	39,3	299 F	222 F	77 F	76 F	299 F	74%	702 F
Retraités	581	376	1 181	768	65%	70,0	438 F	359 F	81 F	80 F	439 F	82%	676 F
Femmes au foyer	395	221	692	399	58%	49,4	369 F	280 F	89 F	86 F	369 F	76%	640 F
Autres inactifs	60	39	105	68	65%	52,3	634 F	608 F	35 F	34 F	642 F	95%	985 F
Enfants, contingent	1 285	241	2 084	385	18%	9,5	77 F	53 F	25 F	25 F	78 F	68%	423 F
Non déclarée	2	0	3	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 809	7 437	3 148	42%	44,9	265 F	203 F	64 F	62 F	266 F	76%	629 F

* 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 biologie de ville (analyses et prélèvements) 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
	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	79	59%	59,4	385 F	286 F	100 F	95 F	386 F	74%	657 F
Cadres, prof. intell., prof. lib.	192	86	361	163	45%	50,5	281 F	219 F	77 F	77 F	296 F	74%	655 F
Professions intermédiaires	595	311	1 043	552	53%	49,2	369 F	281 F	90 F	89 F	371 F	76%	702 F
Employés	977	555	1 650	936	57%	45,9	392 F	298 F	94 F	90 F	392 F	76%	690 F
Ouvriers qualifiés	703	302	1 227	541	44%	53,5	257 F	203 F	54 F	54 F	257 F	79%	584 F
Ouvriers non qualifiés	333	158	566	272	48%	51,7	279 F	225 F	54 F	54 F	279 F	81%	581 F
Non déclarée, sans profession	1 484	357	2 451	604	25%	25,4	128 F	94 F	35 F	34 F	129 F	73%	522 F
CATEGORIE SOCIOPROFESSIONNELLE [CSP] DU CHEF DE MENAGE													
Agriculteurs***	41	22	67	34	51%	33,9	218 F	148 F	70 F	70 F	217 F	68%	432 F
Artisans, comm., chefs ent.***	234	107	407	193	47%	44,1	346 F	256 F	92 F	89 F	348 F	74%	731 F
Cadres, prof. intell., prof. lib.	421	178	757	324	43%	45,0	267 F	197 F	77 F	75 F	274 F	72%	640 F
Professions intermédiaires	982	425	1 664	739	44%	42,9	300 F	229 F	71 F	69 F	300 F	76%	676 F
Employés	689	318	1 193	561	47%	50,3	295 F	223 F	73 F	71 F	296 F	75%	629 F
Ouvriers qualifiés	1 541	571	2 590	978	38%	44,1	217 F	168 F	49 F	48 F	217 F	78%	575 F
Ouvriers non qualifiés	417	176	697	299	43%	44,3	267 F	216 F	53 F	52 F	269 F	80%	628 F
Non précisée	36	12	62	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 809	7 437	3 148	42%	44,9	265 F	203 F	64 F	62 F	266 F	76%	629 F

* personnes protégées par l'Assurance maladie

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

*** non représentatif

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 20
Dépense moyenne d'actes de biologie de ville (analyses et prélèvements) 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
	brut pers.* cons.**		redressé pers.* cons.**						Total (b)	dont Ticket modérateur			
EXONERATION DU TICKET MODERATEUR [TM] (= prise en charge à 100%)													
Oui (= 100%)	395	284	752	543	72%	59,6	751 F	701 F	58 F	55 F	760 F	92%	1 051 F
Non (= TM)	3 945	1 521	6 649	2 598	39%	41,9	211 F	147 F	64 F	63 F	212 F	70%	542 F
Non déclarée	21	4	36	7	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COUVERTURE COMPLEMENTAIRE [CC]													
Oui (avec CC)	3 785	1 631	6 402	2 820	44%	44,7	274 F	207 F	68 F	66 F	275 F	75%	624 F
Non (sans CC)	569	176	1 021	324	32%	46,9	210 F	176 F	39 F	38 F	215 F	82%	677 F
Non déclarée	7	2	13	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TYPE DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE													
Mutuelle	2 016	878	3 375	1 504	45%	46,1	273 F	205 F	69 F	67 F	274 F	75%	615 F
Caisse de prévoyance	670	284	1 174	518	44%	46,5	301 F	236 F	67 F	65 F	303 F	78%	687 F
Assurance	885	372	1 480	620	42%	38,1	245 F	180 F	65 F	64 F	246 F	73%	586 F
CC indéterminée	214	97	373	177	47%	50,0	308 F	239 F	69 F	68 F	308 F	78%	649 F
Sans CC	569	176	1 021	324	32%	46,9	210 F	176 F	39 F	38 F	215 F	82%	677 F
Ne sait pas si CC	7	2	13	5	-	-	-	-	-	-	-	-	-
COUVERTURE SOCIALE COMBINEE													
100% avec CC	297	222	553	417	75%	58,3	809 F	753 F	59 F	55 F	813 F	93%	1 078 F
100% sans CC	97	61	196	123	63%	63,6	578 F	546 F	56 F	55 F	602 F	91%	958 F
TM avec CC	3 469	1 405	5 817	2 396	41%	42,4	224 F	156 F	69 F	67 F	225 F	69%	545 F
TM sans CC	467	115	817	201	25%	36,7	124 F	89 F	35 F	34 F	124 F	72%	505 F
Non assuré, non déclaré	31	6	54	11	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 809	7 437	3 148	42%	44,9	265 F	203 F	64 F	62 F	266 F	76%	629 F

* personnes protégées par l'Assurance maladie

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

Source : EPAS-ESPS 1992

Tableau n° 21
Dépense moyenne d'actes de biologie de ville (analyses et prélèvements) 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
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur			
NOMBRE DE MALADIES DECLAREES													
Aucune maladie	426	78	698	129	18%	13,1	68 F	47 F	20 F	20 F	68 F	70%	367 F
1 maladie	754	193	1 232	314	25%	24,1	135 F	97 F	38 F	37 F	135 F	72%	531 F
2 maladies	699	216	1 142	354	31%	32,2	170 F	125 F	45 F	43 F	170 F	74%	548 F
3 maladies	580	243	967	400	41%	38,5	225 F	163 F	61 F	60 F	225 F	73%	543 F
4 maladies	427	222	724	376	52%	45,5	291 F	216 F	79 F	78 F	295 F	73%	569 F
5 maladies	322	163	558	287	51%	50,4	306 F	225 F	82 F	82 F	307 F	73%	598 F
6 maladies	231	144	418	259	62%	56,1	373 F	278 F	95 F	94 F	373 F	75%	601 F
7 maladies	202	129	365	235	64%	56,8	445 F	341 F	110 F	104 F	452 F	76%	702 F
8 à 10 maladies	285	199	547	386	71%	62,4	557 F	445 F	112 F	108 F	557 F	80%	789 F
Plus de 10 maladies	105	81	210	163	78%	65,4	768 F	690 F	98 F	96 F	788 F	88%	1 016 F
Non déclaré, inexploitable	330	141	574	245	43%	45,4	313 F	249 F	64 F	63 F	313 F	79%	735 F
DEGRE DE RISQUE VITAL													
Aucun risque	1 660	469	2 723	774	28%	28,5	154 F	111 F	44 F	43 F	155 F	72%	546 F
Risque faible	1 522	664	2 545	1 107	43%	41,8	248 F	179 F	69 F	68 F	248 F	72%	570 F
Risque possible	602	358	1 096	658	60%	57,7	394 F	302 F	98 F	95 F	400 F	75%	666 F
Risque important	229	169	463	347	75%	66,0	639 F	582 F	63 F	61 F	645 F	90%	861 F
Indéterminé	348	149	609	262	43%	46,6	314 F	249 F	66 F	64 F	314 F	79%	730 F
DEGRE D'INVALIDITE													
Pas gêné ou gêne infime	1 613	421	2 646	692	26%	25,7	131 F	95 F	36 F	35 F	131 F	73%	500 F
Peu gêné	791	315	1 309	518	40%	37,4	211 F	150 F	61 F	59 F	211 F	71%	532 F
Gêné mais vie normale	1 097	589	1 893	1 017	54%	50,0	346 F	252 F	96 F	93 F	348 F	72%	648 F
Activité modifiée/réduite	489	323	934	636	68%	62,4	504 F	429 F	79 F	77 F	508 F	84%	747 F
Sans autonomie alitement	22	12	44	24	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indéterminé	349	149	610	262	43%	46,6	313 F	248 F	65 F	64 F	313 F	79%	730 F
Ensemble	4 361	1 809	7 437	3 148	42%	44,9	265 F	203 F	64 F	62 F	266 F	76%	629 F

* 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 biologie de ville (analyses et prélèvements) 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 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
	brut pers.*	cons.**	redressé pers.*	cons.**					Total (b)	dont Ticket modérateur			
ETAT DE SANTE RESENTI PAR LA PERSONNE													
0 à 4/10	97	67	182	127	70%	61,1	590 F	526 F	86 F	80 F	612 F	86%	875 F
5 à 6/10	502	306	922	570	62%	57,3	465 F	373 F	96 F	95 F	468 F	80%	758 F
7 à 8/10	1 296	640	2 209	1 106	50%	47,3	294 F	217 F	78 F	76 F	295 F	74%	590 F
9 à 10/10	1 880	548	3 106	907	29%	31,1	152 F	111 F	42 F	41 F	152 F	72%	522 F
Non déclaré	586	248	1 016	438	43%	46,7	307 F	242 F	66 F	64 F	307 F	79%	714 F
RISQUE TABAGIQUE													
Fumeur	944	351	1 599	601	38%	41,7	222 F	167 F	57 F	56 F	223 F	75%	594 F
Ancien fumeur	680	385	1 226	701	57%	52,4	392 F	308 F	89 F	87 F	397 F	78%	694 F
Non fumeur	1 439	749	2 474	1 303	53%	50,0	332 F	254 F	79 F	76 F	333 F	76%	632 F
Non déclaré	276	139	488	246	50%	50,7	388 F	307 F	81 F	80 F	388 F	79%	772 F
Moins de 16 ans	1 022	185	1 650	297	18%	6,9	76 F	52 F	24 F	24 F	76 F	68%	424 F
ANTECEDENT D'HOSPITALISATION AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS													
Oui	168	112	288	196	68%	45,3	601 F	485 F	123 F	120 F	608 F	80%	894 F
Non	4 189	1 696	7 141	2 950	41%	44,9	252 F	192 F	61 F	60 F	253 F	76%	612 F
Ne sait pas	4	1	7	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ensemble	4 361	1 809	7 437	3 148	42%	44,9	265 F	203 F	64 F	62 F	266 F	76%	629 F

* personnes protégées par l'Assurance maladie

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

Source : EPAS-ESPS 1992

Glossaire

Les dépenses de biologie médicale

Le mode de protection sociale

Les indicateurs de morbidité

Les dépenses de biologie médicale

- * **Base de remboursement** ou **tarif de responsabilité** : tarif d'un acte fixé par la nomenclature de la Sécurité sociale relative à cet acte : la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale pour les analyses biologiques ou la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) pour certains prélèvements.
- * **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, les 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)*. Ce 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 de biologie médicale, 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.
- * **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 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.
- * **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, et peut-être collective, individuelle, obligatoire ou non obligatoire. En cas de consommation médicale, si ce risque est couvert, les caisses de prévoyance interviennent alors en complément des remboursements effectués par l'Assurance maladie obligatoire des organismes de Sécurité sociale.
- * **Couverture complémentaire** : organisme qui rembourse tout ou partie des soins médicaux non pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Cette couverture complémentaire peut être une caisse de prévoyance, une mutuelle ou une assurance privée.

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

Indicateur 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 de biologie médicale

- [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, 100 pages.
- [6] CARNETS STATISTIQUES 1993 « Le secteur libéral dans les professions de santé en 1992, Chirugiens-dentistes, Sages-femmes, Laboratoires », Paris, CNAMTS, n°75, 50 pages.
- [7] CARNETS STATISTIQUES 1994 « Le secteur libéral dans les professions de santé en 1993, Chirugiens-dentistes, Sages-femmes, Laboratoires », Paris, CNAMTS, n°81, 50 pages.
- [8] Confédération Française des syndicats de biologistes (CFSB), « Evaluation sur les prescriptions d'analyses dans les laboratoires de biologie médicale et sur la profession de biologiste », Paris, CFSB, 1993.
- [9] SANESCO, Centre National des Biologistes (CNB), « La biologie médicale en France : état des lieux et perspectives », Paris, CNB, 1995, 132 pages.
- [10] Logiciel ECO-Santé France, logiciel pour l'analyse du système de santé français, Paris, CREDES, 1996.

sur les données ESPS - EPAS

- [11] 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.
- [12] 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.
- [13] L. Com-Ruelle, S. Dumesnil, « Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 - Tome 3 : les auxiliaires médicaux », Paris, CREDES, 1997, biblio n° 1200, 127 pages.

- [14] N. Grandfils, P. Le Fur, An. Mizrahi, Ar. Mizrahi, « Santé, soins et protection sociale en 1995 », Paris, CREDES, 1996, biblio n°1162.
- [15] 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.
- [16] A. Aligon, N. Grandfils, « Analyse socio-économique des dépenses d'hospitalisation en 1992 », Paris, CREDES, 1997, biblio n°1157.
- [17] 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.
- [18] A. Bocognano, N. Grandfils, P. Le Fur, An. Mizrahi, Ar. Mizrahi, « Santé, soins et protection sociale en 1992 », Paris, CREDES, 1993, biblio n°982.
- [19] A. Boccognano, « Méthode et déroulement de l'enquête sur la santé et la protection sociale, mise à jour », Paris, CREDES, 1992, biblio n°935.
- [20] An., Ar. Mizrahi, « Méthode de sondage. Enquête permanente dans les dossiers de la Sécurité Sociale. » CREDOC, 1978, biblio n° 395, 50 pages.
- [21] 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	
Concentration des dépenses de biologie médicale en ambulatoire en 1992 (en quantiles)	18
Tableau n° 2	
Dépense moyenne d'actes de prélèvements biologiques de ville par personne protégée en 1992 selon l'âge et le sexe de la personne	19
Tableau n° 3	
Taux de consommateurs de l'ensemble des soins médicaux selon l'âge, le sexe et le statut.....	51
Tableau n° 3 bis	
Effectif des consommateurs de l'ensemble des soins médicaux selon l'âge, le sexe et le statut...	51
Tableau n° 3 ter	
Répartition des personnes protégées selon l'âge, le sexe et le statut	51
Tableau n° 4	
Répartition des effectifs de personnes protégées et de consommateurs de l'ensemble des soins médicaux selon diverses caractéristiques.....	52
Tableau n° 5	
Répartition des actes de biologie médicale selon le type de lettre-clé et valeur moyenne d'une séance de biologie médicale.....	54
Tableau n° 6	
Répartition de certains actes de prélèvement selon le type de lettre-clé et valeur moyenne d'une séance de prélèvement biologique	55
Tableau n° 7	
Dépense moyenne d'actes de biologie médicale de ville par personne protégée en 1992 selon le sexe et l'âge de la personne (âge en 4 classes).....	59
Tableau n° 8	
Dépense moyenne d'actes de biologie médicale de ville par personne protégée en 1992 selon le sexe et l'âge de la personne (âge en 9 classes).....	60
Tableau n° 9	
Dépense moyenne d'actes de biologie médicale de ville par personne protégée en 1992 selon la situation familiale et le lieu de résidence.....	61
Tableau n° 10	
Dépense moyenne d'actes de biologie médicale de ville par personne protégée en 1992 selon la catégorie sociale	62
Tableau n° 11	
Dépense moyenne d'actes de biologie médicale de ville par personne protégée en 1992 selon la situation professionnelle.....	63
Tableau n° 12	
Dépense moyenne d'actes de biologie médicale de ville par personne protégée en 1992 selon le degré de protection sociale de la personne	64

Tableau n° 13

Dépense moyenne d'actes de biologie médicale de ville par personne protégée en 1992 selon trois indicateurs de morbidité de la personne 65

Tableau n° 14

Dépense moyenne d'actes de biologie médicale de ville par personne protégée en 1992 selon trois autres indicateurs d'état de santé de la personne 66

Tableau n° 15

Dépense moyenne d'actes de biologie de ville (analyses et prélèvements) par personne protégée en 1992 selon le sexe et l'âge de la personne (âge en 4 classes) 69

Tableau n° 16

Dépense moyenne d'actes de biologie de ville (analyses et prélèvements) par personne protégée en 1992 selon le sexe et l'âge de la personne (âge en 9 classes) 70

Tableau n° 17

Dépense moyenne d'actes de biologie de ville (analyses et prélèvements) par personne protégée en 1992 selon la situation familiale et le lieu de résidence 71

Tableau n° 18

Dépense moyenne d'actes de biologie de ville (analyses et prélèvements) par personne protégée en 1992 selon la catégorie sociale 72

Tableau n° 19

Dépense moyenne d'actes de biologie de ville (analyses et prélèvements) par personne protégée en 1992 selon la situation professionnelle 73

Tableau n° 20

Dépense moyenne d'actes de biologie de ville (analyses et prélèvements) par personne protégée en 1992 selon le degré de protection sociale de la personne 74

Tableau n° 21

Dépense moyenne d'actes de biologie de ville (analyses et prélèvements) par personne protégée en 1992 selon trois indicateurs de morbidité de la personne 75

Tableau n° 22

Dépense moyenne d'actes de biologie de ville (analyses et prélèvements) par personne protégée en 1992 selon trois autres indicateurs d'état de santé de la personne 76

Liste des graphiques

Graphique n° 1	
Structure de la dépense annuelle moyenne d'analyses biologiques par personne protégée.....	17
Graphique n° 2	
Taux de consommateurs de biologie médicale selon l'âge et le sexe en un an	23
Graphique n° 3	
Dépense annuelle de biologie médicale par personne selon l'âge et le sexe	24
Graphique n° 4	
Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et dépense annuelle par personne selon l'état matrimonial.....	25
Graphique n° 5	
Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et dépense annuelle par personne selon la taille du ménage.....	26
Graphique n° 6	
Dépense annuelle de biologie médicale par personne selon le niveau d'études des adultes.....	27
Graphique n° 7	
Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et dépense annuelle par personne selon l'occupation principale.....	28
Graphique n° 8	
Dépense annuelle de biologie médicale par personne selon la profession ou la dernière profession	29
Graphique n° 9	
Dépense annuelle de biologie médicale par personne selon le type de couverture complémentaire	30
Graphique n° 10	
Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et dépense annuelle par personne selon la couverture sociale	31
Graphique n° 11	
Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et dépense annuelle par personne selon le nombre de maladies déclarées.....	32
Graphique n° 12	
Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et dépense annuelle par personne selon le degré de risque vital.....	33
Graphique n° 13	
Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et dépense annuelle par personne selon le degré d'invalidité	34
Graphique n° 14	
Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et dépense annuelle par personne selon l'existence d'un risque tabagique ou non.....	35

Graphique n° 15

Taux de consommateurs de biologie médicale en un an et dépense annuelle par personne selon l'appréciation personnelle de son état de santé..... 36

Graphique n° 16

Part de la prescription de biologie médicale due aux praticiens spécialistes selon l'âge et le sexe des consommateurs 37

Achévé d'imprimé le 28 novembre 1997
ELECTROGELOZ, 58, rue de Rochechouart
75009 PARIS
Dépôt légal : Novembre 1997