

CONSEIL NATIONAL DE L'INFORMATIQUE STATISTIQUE

Formation Santé, protection sociale

Rapport du groupe de travail

**CONNAISSANCE STATISTIQUE
DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION**

Président : M. Jean de KERVASDOUE

Rapporteurs : M. Pierre BOISSELOT
Mme Catherine MERMILLIOD

Septembre 2002

Conseil national de l'information statistique

Septembre 2002

**Rapport du groupe de travail
sur la connaissance statistique
de l'état de santé de la population**

SOMMAIRE

	page
Introduction	5
A - État des lieux	9
B – Préconisations	23
De la CIH à la CIF	29
Tableau « Connaissances et limites par domaine »	31
Tableau « Cohortes et enquêtes de l'INSERM »	39
Tableau « Registres qualifiés par le comité national des registres »	47
Fiches descriptives de sources	55
Listes des participants	189
Sigles utilisés dans le rapport	191

Le CNIS, dans son avis adopté par l'assemblée plénière du 3 juillet 1997 (Rapport N°37, juillet 1997), a approuvé la mise en place d'un groupe de travail sur l'état de santé de la population en considérant qu'il était « indispensable de procéder à un état des lieux des sources existantes, de leur qualité, de détecter les lacunes et de proposer des voies d'amélioration ».

Cet avis a été réaffirmé à deux reprises (rapports d'activité n° 40 de février 1998 et n° 49 de mars 1999). Le premier document précisait l'importance de ce travail à faire dans le contexte de la mise en application « des ordonnances sur la Sécurité sociale, la conférence nationale et les conférences régionales de santé, la volonté de fixer des objectifs de santé publique dans le cadre de la maîtrise des dépenses de santé ». Le second, tout en rappelant le contexte, mettait l'accent sur la nécessité de « répondre aux problèmes d'épidémiologie en général et notamment en ce qui concerne les personnes âgées ».

La mise en œuvre de ces recommandations a été lancée au dernier trimestre de l'année 1999.

La première étape a été la journée d'étude organisée en janvier 2000 par le CNIS et la DREES sur l'observation statistique en matière de santé. Son objet était d'abord de dresser un état des lieux des données requises pour l'observation de la santé des populations, ensuite de mesurer les progrès accomplis dans le recueil et la pertinence de ces données, enfin de repérer les insuffisances et de proposer des améliorations du système statistique, au moment où se profilait le renouvellement de l'importante enquête de l'INSEE sur la santé et les soins médicaux, dont l'apport incontestable a été largement souligné au cours de la journée.

Cette journée a permis la rencontre de représentants des partenaires sociaux, des principaux producteurs de données, des services chargés de la mise en œuvre de la politique sanitaire ainsi que différents experts. Après avoir dressé l'état des lieux de la connaissance de l'état de santé, les participants à cette journée ont bénéficié de l'éclairage des expériences internationales et de l'énoncé des besoins d'informations sur la santé aux niveaux régional et local. Une table ronde a traité de l'expression des besoins avec des partenaires sociaux. Le diagnostic convergent esquissé à l'issue de cette journée mettait principalement en exergue la diversité et la complexité de la demande d'information d'une part, la multiplicité des sources et des institutions productrices d'autre part.

Plus précisément, la très grande hétérogénéité de la demande n'est pas propre au secteur de la santé tandis que l'éclatement des acteurs est vraiment une de ses spécificités. L'état du système d'information est moyen : très riche en données mais « faible en ponts ». L'évaluation y est peu développée mais ce défaut touche bien d'autres domaines en France. Les aspects méthodologiques doivent être très renforcés compte tenu de l'importance du débat public sur le thème de la santé pour éviter des interprétations erronées. L'utilisation accrue des données pour prendre des décisions implique une meilleure prise en compte des comportements et une approche plus économique du système de santé.

Il a été souligné que la diversité et la complexité de la connaissance de l'état de santé de la population ainsi que la diversité de la demande sociale ne sont pas nécessairement négatives mais que la diversité conforte toutefois les barrières de gestion.

De tels constats conduisaient, dès cette étape, à énoncer des premières pistes d'amélioration susceptibles d'être mises en œuvre par les producteurs d'informations :

- transparence et lisibilité des opérations statistiques ;
- mise en commun et ouverture d'un « patrimoine statistique commun » par un système de conventions entre producteurs de données permettant notamment de répondre aux attentes des chercheurs en sciences humaines et sociales ;
- valorisation et diffusion d'informations compréhensibles et interprétables (besoins de synthèses partielles multi-sources y compris en faisant apparaître des contradictions) : par exemple annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale et rapport du HCSP ;

- progresser par des techniques appropriées et économes en moyens dans l'articulation entre les niveaux national et régional, promouvoir des approches différentes au delà des disciplines spécifiques (épidémiologiques, économique-statistiques), accepter des démarches de travail un peu imprécises tout en étant très clairs sur les concepts et méthodes, envisager des instruments communs et coopératifs pour éviter les redondances ;
- élaborer des données interprétables et qui font sens, ce sont en fait celles qui constituent des ponts entre la ville et l'hôpital, les usagers et les structures, le quantitatif et le qualitatif, l'information et l'évaluation ;
- obligation d'interpréter en indiquant au moins les alternatives ;
- mise en place d'instruments fédérateurs tels que l'enquête décennale de santé.

Les actes de cette journée ont été publiés (Rapport N° 60, juin 2000).

Dans la perspective d'assurer une transparence et une lisibilité des opérations statistiques qui constitue un préalable à la définition des contours du patrimoine commun à organiser, il est apparu nécessaire de faire un inventaire critique des sources mobilisables.

L'année 2000 a été consacrée à des contacts avec les principaux producteurs de données, à un recueil et à une présentation de l'information sous forme de fiches et de tableaux de synthèse.

Un premier projet de rapport a ensuite été discuté, en juillet 2001, par un groupe de travail, présidé par Jean de Kervasdoué - président de la formation « Santé, protection Sociale » du CNIS-. Cette réunion de juillet 2001 a permis de valider « l'état des lieux » et de dégager quelques pistes de préconisations.

Enfin, une réunion de ce groupe de travail en mars 2002 a permis la validation du projet de rapport qui a été examiné et adopté par la formation « Santé, protection Sociale » le 10 avril 2002.

Ce rapport se compose d'un état des lieux, de préconisations et d'annexes.

INTRODUCTION

Décrire l'état de santé, analyser son évolution sont devenus pour la collectivité des nécessités, afin de mettre en lumière les choix et les orientations qui structureront le système de santé au cours des années à venir. Il s'agit notamment de connaître les fragilités de la population pour donner la meilleure réponse possible en matière de prévention et de soins. Les responsables de la santé souhaitent mieux percevoir les dynamiques des systèmes de santé et de soins, leurs tendances d'évolution : les déterminants des fragilités et des inégalités de santé, les problèmes les plus lourds, actuels ou prévisibles, les gains de santé qu'ils peuvent espérer des actions visant à diminuer les comportements à risque et à accroître la prévention.

Aujourd'hui, les attentes des usagers du dispositif de santé et plus largement du grand public rejoignent pour une large part ces préoccupations, avec d'autres attentes telles que la satisfaction des besoins de proximité, ou la qualité dans toutes ses dimensions. A travers les nouvelles formes de débats sur la santé associant les citoyens, émergent des interrogations sur les inégalités d'états de santé qui se manifestent entre groupes sociaux. Enfin, dans une perspective d'action, le public exprime une sensibilité plus soutenue sur les déterminants de l'état de santé, qu'il s'agisse des déterminants sociaux déjà évoqués, des déterminants environnementaux ou des comportements individuels, ces derniers faisant l'objet d'interrogations sur la question de la responsabilité individuelle par rapport à la santé.

On pourrait aussi considérer que le recueil d'informations statistiques dans le domaine de la santé a principalement pour objet:

- De porter un diagnostic d'ensemble sur les points faibles de la santé des Français comme celui de la mortalité évitable ;
- D'identifier les problèmes importants en termes de santé publique (pathologies, déterminants) ainsi que leurs conséquences (invalidité, mauvaise qualité de vie, aspects sociaux) ;
- De fournir des données permettant la définition et l'évaluation des politiques de santé ;
- De faire ressortir les inégalités et disparités existantes en matière de santé (point mis en exergue par le dernier rapport du Haut comité de la santé publique) afin de les réduire.

Une importante difficulté soulignée par l'ensemble des travaux d'études et de recherches réside cependant en ce que la mesure de l'état de santé est largement dépendante du modèle de santé auquel les instruments statistiques se réfèrent, explicitement ou non. Par exemple, le modèle biomédical définit la santé comme l'absence de maladie. L'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) fait, quant à elle, référence à un modèle plus global, positif, et psychosocial, définissant la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social ».

Se pose encore la question de la définition temporelle d'une maladie et des différents effets de celle-ci. Les études convergent aujourd'hui pour envisager la santé comme un processus dynamique, d'adaptation continue aux multiples événements extérieurs, auxquels l'individu fait face chaque jour, en interaction avec son environnement. En outre, l'OMS vient d'adopter la classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé⁽¹⁾ qui vise à rendre compte des différents plans sur lesquels se manifeste une altération de l'état physique et psychique.

Ces brèves remarques mettent en évidence que le point de vue adopté pour définir la santé a des implications sur ce que l'on mesure, et que la mesure de l'état de santé est donc un exercice complexe, nécessitant de combiner diverses approches.

Enfin, il est important de souligner que l'objet du présent rapport est de s'intéresser exclusivement à la notion d'observation statistique en laissant de côté ce qui relève de la notion de veille ou d'alerte.

⁽¹⁾ Cf. présentation des nomenclatures de classification en page 32

A - ÉTAT DES LIEUX

Un premier panorama critique des sources d'informations statistiques existantes en matière d'état de santé de la population a été dressé en 1994 par le Haut comité de la santé publique dans le cadre de son premier rapport triennal.

Depuis cette date, un certain nombre de progrès ont été accomplis comme le faisait ressortir le rapport introductif présenté par le docteur Claudine Parayre (DREES) lors de la journée de janvier 2000. Il s'agit dès lors de compléter et de mettre à jour ce panorama en faisant ressortir les améliorations déjà en vigueur, ce que font le présent état des lieux et les fiches annexes.

L'état des lieux est développé selon les axes suivants :

- Les approches globales de la santé,
- La connaissance des maladies,
- Les déterminants de l'état de santé.

Il traite ensuite la question du recoupement entre ces différents angles d'approche.

Il aborde par ailleurs les besoins de mise en œuvre de démarches comparatives :

- dans le temps,
- entre niveaux géographiques.

Enfin, il pose la question de l'optimisation des ressources existantes.

I - LES APPROCHES GLOBALES DE LA SANTÉ

1. Les données relatives à la durée de vie

Les données d'état civil permettent d'établir les grands indicateurs synthétiques relatifs à la durée de vie (espérances de vie, mortalité périnatale, mortalité infantile...).

L'échantillon démographique permanent que gère l'INSEE constitue une source de données de mortalité par professions et catégories socio-professionnelles (PCS).

Jusqu'alors, pour des raisons de confidentialité, l'INSEE n'a jamais pu utiliser l'information sur la cause de décès au niveau individuel au moment du couplage entre les individus constituant l'échantillon tiré du recensement et leurs bulletins de décès. Le poids des différentes causes de décès dans la mortalité sociale ne pouvait donc être apprécié qu'indirectement en appliquant aux risques de décès toutes causes par PCS les proportions de décès par cause et PCS tirées de l'état civil. Grâce à une autorisation récente de la CNIL, le couplage individuel est désormais rendu possible en incluant la cause de décès. Une nouvelle voie d'analyse associant INSEE, INSERM et INED est donc ouverte.

Enfin, il faut noter l'intérêt, pour éclairer les décisions politiques, de développer des indicateurs isolant la mortalité prématurée et au sein de celle-ci, la mortalité évitable.

2. La qualité de la vie

Il s'agit ici de mesurer les conséquences de l'état de santé sur la qualité de vie. On étudie là le retentissement de la maladie sur les activités des personnes, parfois sur leur entourage. Les conséquences de l'état de santé sur l'activité professionnelle (arrêts de travail, invalidité) entrent dans ce volet.

Il existe différents outils de mesure de la qualité de la vie liée à la santé. Ils ont pour objectif de mesurer l'impact de la maladie sur la qualité de la vie et combinent le plus souvent quatre dimensions principales :

1) l'état physique du sujet, 2) ses symptômes somatiques, 3) son état psychologique et 4) son insertion sociale et son rapport à l'environnement. Ils accordent un poids important aux capacités fonctionnelles, présupposant ainsi qu'une personne ayant des difficultés à marcher a une qualité de vie moindre qu'une

autre qui n'a pas de difficultés. Enfin, un certain nombre d'approches combinent espérance de vie et indicateurs de qualité de la vie liée à la santé.

Les échelles existantes peuvent être sommairement divisées en deux groupes en fonction du type de mesure obtenue: les profils et les index. Les premiers proposent une mesure multidimensionnelle de la qualité de la vie tandis que les seconds fournissent un score synthétique. Dans ce dernier cas, la question de la pondération des différents items est essentielle.

Certaines échelles sont déjà utilisées dans des enquêtes en France (enquête ESTEV de l'INSERM, baromètre santé du comité français d'éducation pour la santé (CFES) et prochaine enquête décennale de santé). Ces échelles doivent être utilisées avec prudence et confrontées notamment aux résultats d'études qualitatives. Une autre difficulté de leur utilisation découle du fait qu'elles sont destinées à la fois à rendre compte des symptômes diffus de mal être (les maux de tête, du dos etc...) et des pathologies très invalidantes.

Construite jusqu'à présent à partir des données de l'enquête décennale de santé, l'espérance de vie sans incapacité peut également être considérée comme un indicateur synthétique de la qualité de vie.

Il faut noter également que l'enquête handicap, incapacité, dépendance (HID) permet de disposer de données relatives à la qualité de la vie.

3. La santé perçue

La santé vécue ou perçue fait partie intégrante de la santé au sens de la définition de l'OMS. Ce thème est présent dans diverses enquêtes depuis longtemps : enquête décennale santé, « enquête santé, soins et protection sociale » (ESPS) du CREDES, baromètre santé du CFES.

La perception de sa propre santé est dépendante de l'opinion générale du public sur les enjeux de santé. Ainsi, dans son rapport de 1998, le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) s'est appuyé sur les données de deux enquêtes d'opinion réalisées en 1992 et 1997 par le centre de recherches et d'études pour l'observation des conditions de vie (CREDOC) pour mettre en relief les évolutions de l'opinion, sans doute sensible aux crises sanitaires et à l'éventuelle réapparition de risques non maîtrisés. Il faut noter qu'une enquête en cours réalisée par le centre collaborateur OMS, en population générale, donne également quelques repères sur la perception des problèmes de santé mentale par la population. L'indicateur de santé perçue est fortement corrélé à la morbidité diagnostiquée et à la consommation de soins.

II - LA CONNAISSANCE DES MALADIES

1. Les causes médicales de décès

Fondées sur un diagnostic médical, ces données de mortalité sont utilisées pour calculer des indicateurs classiques (taux comparatif, indice synthétique de mortalité), mais peuvent l'être aussi pour estimer l'importance relative des principales affections à l'origine des décès.

Historiquement, les données sur la mortalité sont le plus ancien indicateur de l'état sanitaire de la population (elles sont recueillies depuis 1906). Le recueil de l'information se fait grâce au certificat individuel de décès, base de la statistique des causes médicales de mortalité. C'est l'INSERM (CépiDC – centre d'épidémiologie sur les causes de décès-) qui a en charge le codage des causes de décès et leur analyse (causes de décès par âge, sexe, études selon la PCS, etc....).

L'exhaustivité de ces données et le long historique dont on dispose permettent de décrire l'évolution des causes de mortalité dans le temps, en tenant compte des modifications des classifications des maladies.

Elles permettent également de décrire les particularités régionales et de réaliser des comparaisons internationales.

La France dispose d'un outil précieux et exhaustif permettant d'indiquer les causes de mortalité de sa population et de suivre leurs évolutions dans le temps. Les limites ont trait à la précision de la cause de décès mentionnée par les médecins au moment de l'établissement des certificats et à l'absence de mention de la PCS antérieure pour les retraités.

On observe une surmortalité du groupe « ouvriers-employés » pour toutes les causes de décès à l'exception du sida. Les plus fortes disparités entre ce groupe et le groupe « cadres supérieurs et professions libérales » sont observées pour les causes liées à l'alcool avec des écarts très importants : taux de décès multipliés par 10 pour la cirrhose et les cancers des voies aéro-digestives supérieures, taux de décès multipliés par 5 pour le diabète, les pathologies respiratoires, taux de décès multipliés par 3 ou 4 pour le cancer du poumon, les accidents vasculaires cérébraux, le cancer de l'estomac...

2. La morbidité

On se reportera à la page ci-après pour l'ensemble des définitions employées.

QU'EST-CE QUE LA MORBIDITE

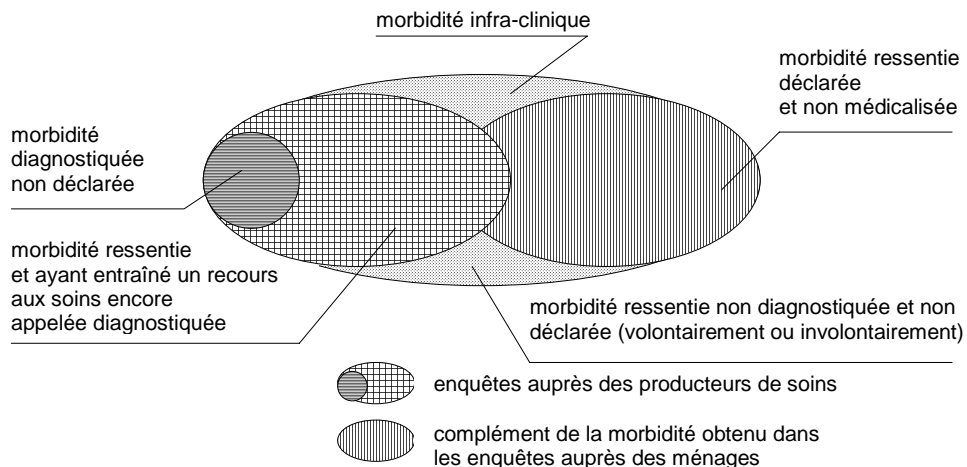
La morbidité d'une population se définit comme étant le « *nombre de personnes malades ou le nombre de cas de maladies dans une population déterminée, à un moment donné*¹ ». On distingue habituellement plusieurs types de morbidité² :

- une *morbidity diagnostiquée* qui correspond aux affections diagnostiquées et traitées par le corps médical, chez des individus ayant eu recours à des médecins ;
- une *morbidity dite ressentie* qui recouvre l'ensemble des affections, des troubles tels que les individus les ressentent et les interprètent, dont un sous-ensemble constitue la *morbidity déclarée* ;
- enfin, la *morbidity infra-clinique* : ce sont les affections dont on ne peut encore déceler l'existence, faute de signes cliniques ou de moyens d'investigation suffisamment sensibles ;
- l'ensemble constitue la *morbidity réelle*, comprenant la totalité des affections existant chez un individu, connues ou non de lui, diagnostiquées ou non.

Enfin, ces définitions doivent être précisées dès que l'on s'interroge sur la signification du « moment donné » et on est donc amené à considérer deux types de *mesures* de morbidité¹ :

- la *morbidity prévalente* : il s'agit du nombre de cas d'une maladie donnée ou de personnes atteintes de cette maladie ou de tout autre événement morbide (accidents ou suicides par exemple), existant dans une population déterminée à un moment donné, sans distinction entre les cas nouveaux et les anciens ;
- la *morbidity incidente* : il s'agit du nombre de nouveaux cas d'une maladie donnée ou des personnes qui sont atteintes de cette maladie, pendant une période donnée, dans une population déterminée.

LES DIFFERENTES COMPOSANTES DE LA MORBIDITE REELLE



¹ A. JAMMAL, R. ALLARD, G. LOSLIER, *Dictionnaire d'épidémiologie*, 1988, Edisem/Maloine

² G. BRUCKER, D. FASSIN, *Santé publique*, 1989, Ellipses

Extrait de : **De quoi souffre-t-on ? - Solidarité-Santé n° 1-1994**

Description et évolution de la morbidité déclarée – 1990-1991
Catherine SERMET - CREDES

2.1. La morbidité diagnostiquée

Par définition, celle-ci est identifiée par un professionnel qui porte le diagnostic. C'est pourquoi son observation est dépendante de la propension des individus à recourir au système de soins, ce qui génère un biais dans l'observation. Cette propension est souvent considérée comme elle-même dépendante de la densité locale de l'offre de soins, mais aussi de la catégorie sociale de l'intéressé, du type de sa commune de résidence etc...

Elle fait l'objet de recueils variés utilisant des méthodologies différentes (enregistrement systématique, enquêtes ad hoc, etc..) en fonction d'objectifs spécifiques. Plusieurs organismes interviennent dans la production et l'analyse des données.

On peut distinguer deux grands types de sources :

- des sources à vocation générale permettant d'étudier un ensemble de pathologies et de motifs de recours aux soins ;
- des sources sectorielles, centrées sur des pathologies ou des problèmes de santé spécifiques.

2.1.1. Les sources ou recueils à vocation générale

Trois catégories de recueils peuvent être distinguées :

Dans le cadre des examens systématiques de santé

D'une façon générale, on constate que plus on avance en âge et plus on se situe dans la sphère hors travail moins on dispose de données : on dispose de données nombreuses sur la population en bas âge et de données peu nombreuses sur la santé des personnes âgées, des hommes adultes, des femmes en dehors de l'aspect gynécologique.

Les sources existantes :

- Pour les enfants de moins de deux ans, on dispose de façon exhaustive des certificats de santé du nouveau-né et du petit enfant.
- En milieu scolaire, un certain nombre d'informations médicales issues des bilans de santé portant notamment sur les dépistages sensoriels, les maladies chroniques, les vaccinations, les facteurs de risque, l'état de la dentition sont collectées par les médecins de santé scolaire, en vue d'une exploitation sur un échantillon représentatif. Effectuées selon un rythme triennal, les enquêtes portent en 2000 sur les enfants de 6 ans, elles viseront ensuite dans l'ordre, les élèves de classe de troisième en 2001 puis les enfants de classe de CM2, en 2002.
- Lors d'une session par an de la journée de préparation à la défense, désormais destinée aux filles et aux garçons, une enquête annuelle réalisée sur échantillon porte en particulier sur l'usage des produits addictifs, complété par quelques questions relatives à l'état de santé.
- Le dispositif européen ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) cherche à mesurer et à comparer les consommations des diverses substances psycho-actives des jeunes scolarisés dans une trentaine de pays européens.
- En milieu professionnel, des examens cliniques réalisés par les médecins du travail constituent une autre source, du même type, dont l'exploitation nationale n'est pas régulière. La remontée d'informations en matière d'accidents du travail est très réduite. Il faut cependant signaler la centralisation de données sur les accidents du travail et les maladies professionnelles effectuée par la CNAMTS et la Mutualité Sociale Agricole, la centralisation de données sur les accidents du travail et les maladies professionnelles graves effectuée par la Direction des relations du Travail (DRT), la cohorte GAZEL suivie par l'INSERM qui concerne les salariés d'EDF et de GDF...

- En population générale, il resterait à apprécier la pertinence d'une utilisation des données issues des examens de santé pratiqués par l'assurance maladie auprès d'assurés qui les demandent.

Dans la mesure où ce type de recueil est réalisé par un grand nombre d'opérateurs et dans le cadre d'une activité dont l'objectif d'observation n'est pas toujours au premier plan pour disposer d'informations homogènes, il faut limiter les ambitions en terme d'information à recueillir pour établir des statistiques. Cependant, de tels dispositifs peuvent fournir des informations précieuses par exemple sur le poids et la taille ou sur des problèmes de santé courants. Des premières indications pourraient, d'ailleurs, être fournies par une étude que vient d'entreprendre une unité de l'INSERM sur la qualité des données produites par ces examens.

A l'hôpital

Ce domaine est en pleine évolution, avec la montée en charge du PMSI : jusqu'ici, on disposait d'enquêtes en milieu hospitalier sur échantillon représentatif, désormais le PMSI apporte des enregistrements continus et exhaustifs sur le court séjour.

Outre qu'il permet d'étudier les motifs de recours au système de soins, le PMSI peut donner lieu à de multiples et fécondes exploitations sur la morbidité prise en charge à l'hôpital. Il est particulièrement intéressant de les confronter aux résultats d'autres sources comme les registres ou les fichiers concernant les affections de longue durée (ALD) pour connaître mieux l'état de santé de la population.

L'application de nouvelles consignes de codage devrait permettre une amélioration de l'observation des IVG, des tentatives de suicides et, à travers une prise en compte améliorée des diagnostics associés, des poly-pathologies. En outre, un travail est en cours pour mieux repérer les situations de précarité.

Cependant, par rapport à l'enjeu de connaissance de la santé de la population, l'apport informationnel du PMSI ne doit pas être surestimé. Conçu comme un outil d'éclairage pour l'allocation de ressources aux établissements, le PMSI compte des séjours dont l'homogénéité est assurée par rapport au traitement qui conduit à consommer la majeure partie des dites ressources.

En d'autres termes, toutes les pathologies que présente une même personne ne sont pas nécessairement enregistrées si ces informations n'ont pas de conséquence sur le classement dans un GHM. Ceci limite tout particulièrement la pertinence de l'information pour les personnes âgées, qui présentent souvent des poly-pathologies.

Par ailleurs, l'unité de compte étant le séjour, plusieurs séjours peuvent être enregistrés pour une même personne au cours de la période d'observation (année civile). De fait, sauf cas particuliers, les informations sur les séjours par pathologie ne peuvent être utilisées ni pour construire des indicateurs d'**incidence** puisque la (ou les) affection(s) enregistrées pouva(i)en)t être déjà connue(s) avant l'hospitalisation, ni pour construire des indicateurs de **prévalence** puisque pour des affections longues et graves, une personne atteinte peut, dans certains cas, être hospitalisée plusieurs fois et, dans d'autres cas, passer des périodes de plus d'un an sans hospitalisation. A terme, le chaînage des séjours pour une même personne grâce à l'utilisation d'un numéro crypté pourra en partie permettre de lever certaines de ces difficultés.

Dans l'immédiat, les seuls cas d'utilisation possible pour une approche de la santé des populations correspondent à des situations de relation quasiment biunivoque entre un problème de santé et un traitement ou une gamme de traitements, et qui supposent, pour ce faire, une prise en charge hospitalière unique (cas de la hernie inguinale ou de la cataracte par exemple).

A l'opposé, le PMSI ne donne pas d'information aisément interprétable sur la façon dont la population est touchée par des maladies longues et évolutives, telles que le cancer¹, ou pour celles dont le traitement est peu consommateur de plateau technique. En outre, ses données de mortalité ne peuvent guère être utilisées sans précaution.

¹ Même s'il permet la connaissance de certains types de traitement, comme la mastectomie.

Enfin le PMSI en est encore au stade de l'expérimentation pour la psychiatrie, il n'est pas encore disponible pour les soins de suite et de réadaptation dans les établissements privés sous objectif quantifié national (OQN) ni pour les soins de longue durée et des difficultés méthodologiques subsistent pour son extension aux urgences et aux consultations externes.

Lors d'une séance de médecin en ville

La question d'une approche d'ensemble de l'état de santé à travers les séances de médecins en ville et les consultations externes est posée depuis de nombreuses années, l'idée étant d'avoir une connaissance de la morbidité des Français par la codification, prévue par la loi, de ce qui est diagnostiqué et effectué par le médecin au cours d'une séance.

L'hypothèse d'application généralisée de la loi de 1994 ouvrant la perspective de codage et transmission de tous les actes médicaux pratiqués ainsi que des pathologies des patients concernés a sans aucun doute brouillé les perspectives, s'agissant de la pathologie repérée en ville. Pour le codage des actes, l'opération est enclenchée et le champ sera couvert progressivement. Pour les pathologies, outre les problèmes méthodologiques (nomenclatures) et techniques (sécurisation des informations) à résoudre, l'acceptation des professionnels est loin d'être acquise.

En ce qui concerne les seuls besoins de connaissance statistique, il n'est pas nécessaire, bien au contraire, de disposer de données collectées selon un principe d'exhaustivité, d'autant que celle-ci est rarement atteinte dans le cadre d'une remontée administrative.

Développés principalement dans une perspective d'utilisation par les industriels du secteur pharmaceutique, seuls deux dispositifs d'initiative privée (IMS-Health et CEGEDIM/BKL-consultants/Thalès) apportent des informations assez systématiques et représentatives dans ce domaine. Là aussi, les problèmes d'interprétation par rapport à la santé des consultants sont nombreux. L'image de la morbidité diagnostiquée ainsi obtenue n'est pas toujours claire car la variabilité des données est très importante et leur standardisation est imparfaite. De plus, elle repose sur le volontariat des médecins participants ce qui peut engendrer des biais difficiles à quantifier. Enfin, des problèmes d'accès à ce type de données se posent également.

2.1.2. Les approches sectorielles ou spécifiques

Entrent dans cette rubrique des recueils relevant de finalités assez différentes. La possibilité d'une mobilisation de ces ressources pour concourir à une connaissance statistique doit donc être examinée au cas par cas; chacune présente en effet des particularités liées à sa logique d'utilisation, mais celles-ci ne sont pas nécessairement un obstacle à une utilisation dans une perspective d'éclairage quantitatif sur un problème de santé.

Le domaine des maladies infectieuses occupe une place importante. Outre les *déclarations obligatoires* qui existent pour certaines d'entre elles, la surveillance par des réseaux de médecins (notamment le réseau de médecins sentinelles de l'INSERM) ou de laboratoires s'est considérablement développée au cours des dernières années. Le champ d'investigation du réseau de *médecins sentinelles* s'est étendu récemment à d'autres problèmes de santé comme les crises d'anxiété et les tentatives de suicides. L'InVS, dans le cadre de sa mission de surveillance, centralise les données en ce domaine.

Les accidents de la vie courante font aussi l'objet d'une observation de la part de la CNAMTS et de l'InVS (dispositif EPAC - Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante-). Les accidents de la route sont également suivis par l'Observatoire National Interprofessionnel de la Sécurité Routière (ONISR). Ces dispositifs ne fournissent toutefois que des données relativement partielles: il est difficile par exemple de mesurer les conséquences à moyen terme des accidents en terme d'incapacité.

L'enquête sur la santé bucco-dentaire réalisée périodiquement par l'Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire auprès d'échantillons d'enfants âgés de 6, 9 et 12 ans permet de disposer de données en indice CAO (dents Cariées, Absentes, Obturées) recueillies par des chirurgiens dentistes.

Certaines affections font l'objet d'un suivi particulier par un *registre*. Il existe ainsi 2 registres sur les malformations congénitales, 3 sur les cardiopathies ischémiques et 6 sur d'autres événements de santé. C'est surtout la pathologie des cancers qui bénéficie de ce type d'observation. Les 21 registres du cancer enregistrent de façon exhaustive les cas de cancer dans une zone géographique donnée. Ils représentent

un moyen de connaître la fréquence des nouveaux cas. Les données sont souvent départementales, mais un récent travail mené par FRANCIM, réseau des registres du cancer, en collaboration avec la Direction générale de la santé, a permis de disposer d'estimations nationales d'incidence.

Il faut par ailleurs noter que *l'échelon national du service médical de la CNAMTS* a lancé ces dernières années de nouveaux chantiers qui donnent des éclairages quantitatifs complémentaires sur certains problèmes de santé :

- un effort de standardisation des grandes bases de données issues de l'activité du contrôle médical : ALD, invalidité, maladies professionnelles ;

- des démarches d'étude à partir du codage des médicaments et de certains actes (biologiques dans l'immédiat) comportant, le cas échéant, un recueil complémentaire d'information qu'on peut définir de la façon suivante :

- . dans les cas où il existe une **relation biunivoque entre une affection et un type de traitement médicamenteux**, comme le diabète de type 2, on peut repérer tous les bénéficiaires à qui un médicament antidiabétique a été remboursé au cours des 2 derniers mois. On associe alors à cette information toutes celles qui figurent dans les fichiers (notamment sexe, âge, CPAM d'affiliation, bénéfice d'une ALD, ancienneté de l'exonération correspondante, ainsi que toutes les informations de consommation recueillies pour la liquidation). Les médecins conseils peuvent aussi y associer les informations recueillies au cours des entretiens réalisés, dans le cadre du contrôle médical, lors des demandes d'exonération pour ALD.

- . le cas échéant, recueil complémentaire d'information concernant un échantillon d'assurés à l'occasion de leur admission en ALD par *entretien du médecin conseil avec leur médecin traitant*. Une telle démarche a été organisée pour la première fois sur l'hypertension artérielle (en coordination avec le régime agricole et les indépendants). Cette opération avait pour vocation d'évaluer la prise en charge des malades par référence aux recommandations de l'ANAES. Les informations recueillies concernaient des résultats de bilans, des co-facteurs de risque, la comorbidité et le traitement.

De la même façon, on citera certaines grandes *cohortes* suivies par des *équipes de l'INSERM* qui peuvent apporter des éléments significatifs sur l'envergure de certains problèmes de santé tels que : l'asthme aigu de l'adulte, l'autisme, les démences, la fécondation in vitro, la contraception...

Elles visent notamment à rechercher les facteurs explicatifs déclenchant une affection et à étudier la genèse des problèmes dus à cette affection au cours du temps. Elles ne permettent cependant qu'une approche fragmentaire du champ de la santé.

D'autres suivis de cohortes sont a priori plus intéressants du point de vue statistique. Les cohortes GAZEL (suivi du personnel d'EDF et de GDF), E3N (suivi du personnel adhérent à la Mutuelle générale de l'Éducation Nationale) par exemple permettent d'étudier comment apparaissent et se cumulent les affections au cours du temps. La limite de ce type d'outil réside toutefois dans la difficulté d'extrapoler les conclusions tirées d'une population particulière à la population générale.

Enfin, sur certains thèmes, des opérations à vocation statistique sont développées. On peut notamment citer l'enquête périnatale, co-animée par la DREES, la DGS et l'INSERM qui complète l'information issue des certificats de santé du huitième jour, et la réalisation récente d'une première enquête, (DREES - FNORS) sur la prévalence de l'alcoolisation excessive parmi les usagers du système de soins.

Les thèmes de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) font également l'objet de suivis particuliers. Outre le suivi de la cohorte COCON (contraception et IVG) par l'INSERM, une exploitation systématique des bulletins de déclaration d'IVG est réalisée conjointement par l'INED, l'INSERM et la DREES. A l'avenir, les données du PMSI et des ventes de produits permettant une IVG médicamenteuse devront être mobilisées pour préparer un suivi statistique qui pourrait se substituer aux bulletins actuels.

Enfin, en milieu pénitentiaire, un certain nombre d'informations médicales sont collectées au cours d'exams de santé en vue d'une exploitation statistique sur un échantillon représentatif.

2.2 La morbidité déclarée

La plupart des enquêtes en ce domaine concerne l'ensemble de la morbidité.

Les enquêtes décennales de santé

Depuis 1970, les enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux permettent de réaliser une description la plus complète possible de la morbidité déclarée de la population des « ménages ordinaires » (à l'exclusion donc des personnes vivant en collectivité). Menées environ tous les 10 ans par l'INSEE en collaboration avec le CREDES, l'INSERM et le SESI (aujourd'hui la DREES), elles ont gardé les mêmes caractéristiques générales permettant une comparaison et une étude des évolutions dans le temps. Des aménagements ont été réalisés pour enrichir l'information fournie. A l'origine, cette enquête décennale portait en priorité sur la consommation et sur ses motifs médicaux. Le volet santé s'est développé progressivement sous divers aspects : incapacités, facteurs de risque, pathologies de la vie quotidienne.

Dans ces enquêtes, la morbidité déclarée est analysée par une équipe de médecins qui la met en regard des consommations de soins pour obtenir une morbidité qui se rapproche ainsi, d'une certaine manière, de la morbidité diagnostiquée.

D'une manière plus générale, l'intérêt de cette enquête est de mettre en relation la morbidité avec divers aspects du comportement ou de l'environnement des individus.

Un certain nombre de nouveautés s'appliquant à la prochaine version de l'enquête devraient apporter des améliorations importantes :

- Passage désormais d'un questionnaire par ménage au cours de 5 visites à un questionnaire individuel au cours de 2 des 3 visites ;
- Mise en place d'une série de questionnements sur des pathologies particulières (différentes selon que l'enquêté a de 11 à 14 ans, de 15 à 17 ans ou 18 ans et plus) ;
- Organisation d'exams de santé facultatifs permettant de se rapprocher de la morbidité diagnostiquée et de comparer la pathologie diagnostiquée à la pathologie déclarée ;
- Accent particulier apporté à la prévention ;
- Essai d'appariement avec les fichiers de l'assurance maladie pour tenter d'évaluer les coûts des différentes affections.

L'enquête santé et protection sociale du CREDES

Elle constitue depuis 1988 la deuxième source de données intéressante en population générale. Désormais menée à partir d'un échantillon d'assurés de la CNAMTS, de la MSA et de la CANAM, elle n'est pas, par construction, strictement représentative de l'ensemble de la population, cependant, son champ s'est progressivement élargi et sa représentativité tend à s'améliorer. A partir de l'année 2 000, elle est effectuée tous les deux ans sur un échantillon doublé. Tous les 2 ans, l'enquête concerne la moitié des bénéficiaires de l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) : la plupart des personnes enquêtées en année n sont donc ré-enquêtées en année n + 4. Il s'agit donc d'un panel de fait, c'est à dire qu'on dispose d'informations sur les mêmes individus pour différentes années. Elle complète les enquêtes décennales par des points d'observation intermédiaires et peut être enrichie de modules supplémentaires différents d'une année à l'autre, apportant un éclairage sur un problème de santé particulier (accidents de la vie domestique, asthme, dépression).

Le CREDES met en place cette année, un groupe de réflexion sur les enquêtes de santé qui associera la DREES et d'éventuels autres partenaires.

3. Les liens entre les pathologies et les différentes dimensions de l'insertion sociale

Il s'agit ici des conséquences des maladies chroniques sur la qualité de vie des personnes affectées en terme d'invalidité et sur le plan social.

En terme d'invalidité, la principale source d'information est l'enquête **handicap – incapacité – dépendance (HID)** réalisée pour la première fois de 1998 à 2001 (auprès des ménages et en institution). Les trois concepts : handicap – incapacité – dépendance sont mesurés par des grilles dont la validité est maintenant reconnue de tous.

L'enquête handicap, incapacité, dépendance, conçue par l'INSEE en partenariat avec plusieurs organismes d'études et de recherche ainsi que des associations de personnes handicapées, est la première en France de cette envergure qui s'intéresse aux conséquences des déficiences sur la vie quotidienne et sociale des personnes de tous âges. Inédite par sa thématique et par sa méthodologie, elle concerne à la fois les personnes en institution et à domicile, avec un suivi à deux ans des personnes interrogées une première fois. L'enquête actuellement en cours d'exploitation a plusieurs ambitions : fournir des données de cadrage sur le handicap et ses conséquences, estimer des flux d'entrée et de sortie d'institutions, mais aussi répondre aux besoins d'information des acteurs et des décideurs. Elle se révèle extrêmement riche et permet de nombreuses études complémentaires thématiques. En outre, une observation obéissant à la même finalité a été conduite en milieu pénitentiaire.

L'exploitation des causes médicales d'attribution de pensions d'invalidité par l'échelon national du service médical de la CNAMTS, publiée en avril 2001, complète cette approche et donne des indications sur les conséquences durables d'une pathologie sur l'aptitude des salariés concernés à exercer leur profession antérieure. D'autres sources peuvent être mobilisées : informations détenues par les commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et les commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) ainsi que par le dispositif de suivi de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA).

Sur le plan de la prise en charge et des différents aspects de la vie sociale, il convient de mentionner une étude déjà réalisée et l'enquête VESPA que l'INSERM met en place sur la prise en charge des patients atteints du SIDA.

Enfin, l'état de santé peut lui même expliquer des comportements différenciés dans des domaines par ailleurs bien explorés par des enquêtes statistiques (fécondité, choix de transport, conditions de vie). Cependant ces enquêtes ne comportent pas, en général, de questions sur la santé qu'il pourrait être utile de systématiser.

III - LES DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Sous l'angle de l'apport de la production statistique à cette question, le propos n'est pas de progresser sur la compréhension des relations causales en jeu mais plutôt, en s'appuyant sur les conclusions des travaux scientifiques aboutis dans ce domaine, de s'interroger sur la connaissance statistique dont on dispose sur le niveau d'exposition de la population aux risques avérés et sur la fréquence des comportements à risque, en général et pour des populations spécifiques.

1. Facteurs environnementaux

L'INSERM a produit une expertise collective sur le plomb qui a donné lieu à des recommandations tandis que l'InVS est chargé de la surveillance du plomb et du saturnisme. L'InVS poursuit des travaux sur la mise en place d'une surveillance épidémiologique des effets sur la santé de la pollution de l'air en milieu urbain, des facteurs responsables d'allergies, des rayonnements ionisants, de la pollution de l'eau...D'autres sources d'information existent. Les services santé et environnement des DDASS et des DRASS produisent un grand nombre de données sur l'exposition notamment en matière de risque hydrique. L'Agence Française de sécurité Sanitaire des aliments (AFSSA) dispose de données sur les risques alimentaires. Le centre scientifique et technique du bâtiment (CSTB) étudie notamment les risques sanitaires liés à l'habitat.

2. Facteurs liés aux conditions d'emploi et de travail

Les sources disponibles sont parcellaires et ne permettent pas une approche de l'ensemble des questions relatives à ce domaine. Ces différentes sources sont les suivantes :

- La CNAMTS et la MSA effectuent des comptages des accidents du travail et des maladies professionnelles. Ceux-ci peuvent ne pas être exempts de critiques mais fournissent des données de cadrage indispensables et sont de qualité supérieure à ceux des régimes spéciaux de salariés et notamment à celui des fonctionnaires.
- La Direction des Relations du Travail dispose d'une remontée systématique d'informations sur les accidents du travail graves et mortels par l'intermédiaire des services d'inspection du travail.
- On dispose également de l'enquête nationale sur la surveillance médicale des risques réalisée par la médecine du travail (SUMER) en 1994 qui permet de dresser une nouvelle cartographie des expositions professionnelles à des contraintes ou nuisances (contraintes physiques, agents biologiques ou chimiques, contraintes organisationnelles) ; cette enquête associe DARES, DRT et médecine du travail. Une extension au champ hospitalier, jusqu'à maintenant non couvert, de la prochaine enquête SUMER est prévue.
- L'INSERM réalise, par ailleurs, des travaux sur cohortes ou par études cas – témoins sur les risques professionnels (cf. tableau « Cohortes et enquêtes de l'INSERM ») parmi lesquels il convient de mentionner l'enquête ESTEV (qui associe de nombreux partenaires autour notamment du Centre de recherche et d'étude sur l'âge et la population au travail) qui étudie les liens entre santé, travail et vieillissement).

En outre, trois difficultés sont à souligner dans ce domaine :

- Le suivi des populations très mobiles (chômeurs, jeunes...) ;
- Le décalage temporel très grand qui peut apparaître entre la période d'exposition au risque et la survenue des troubles pouvant nécessiter un suivi des personnes exposées après leur départ en retraite ;
- L'apparition de nouvelles pathologies liées aux changements de l'organisation du travail (stress...), l'apparition ou le développement de pathologies liées à des contextes particuliers.

3. Comportements individuels

Les enquêtes du CFES déjà mentionnées comportent des éléments importants pour l'étude des comportements et des attitudes dans le domaine de la santé. Les baromètres santé abordent depuis une dizaine d'années, auprès des adultes et des jeunes, la question des comportements en matière de facteurs de risque et de prévention (nutrition, alcool, tabac, sexualité).

D'autres enquêtes existent à cet égard sur des populations particulières ou des risques spécifiques : enquête INSERM sur les jeunes d'âge scolaire, de l'OFDT sur les risques addictifs (enquête annuelle réalisée sur échantillon lors d'une session par an de la journée de préparation à la défense, par exemple).

On dénonce habituellement en France l'insuffisante attention apportée à la prévention notamment en ce qui concerne la connaissance qu'on peut en avoir sur le plan statistique.

A cet égard, un renforcement de l'enquête décennale sur les comportement individuels de prévention est effectué. Il s'y ajoute les enquêtes permanentes sur les conditions de vie (EPCV) des ménages réalisées par l'INSEE. Les enquêtes EPCV se déroulent de deux manières. Le volet permanent de cette enquête comprend, dans sa partie lancée au mois de mai, quelques questions sur les comportements en matière de santé parmi d'autres indicateurs. Un volet complémentaire s'intitulant « comportements vis-à-vis de la santé » a été réalisé en mai 2001 et devrait fournir des informations détaillées sur les attitudes de prévention et les pratiques des individus confrontés au système de soins.

En matière de pratiques alimentaires, on dispose des informations fournies par les baromètres du CFES, par la partie variable de l'enquête permanente sur les conditions de vie des ménages (INSEE), par des travaux du CREDOC, par le suivi de la cohorte SU VI MAX de l'INSERM, et par l'enquête INCA2 conduite par l'agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) et des partenaires.

4. Les caractéristiques socio-démographiques

Si le sexe et l'âge des individus enquêtés sont disponibles dans la quasi totalité des enquêtes inventoriées ci-dessus, il n'en est pas de même pour d'autres variables telles que la PCS, le revenu, le niveau de couverture sociale, la composition du ménage, l'habitat rural ou urbain. Or ces informations s'avèrent indispensables dès lors qu'un questionnement en termes d'inégalités est énoncé.

A un niveau plus global, des travaux réalisés par des caisses d'allocations familiales permettent de dégager les caractéristiques sociales synthétiques de zones géographiques fines puis de les rapprocher des caractéristiques sanitaires de ces mêmes zones.

5. L'offre de soins

Les caractéristiques de l'offre locale de soins (densité et diversité) ont bien sûr une influence sur les modalités de prise en charge des troubles de santé. La question de leur effet sur la précision de l'observation de l'état de santé de la population locale, voire de son effet sur cet état de santé n'est pas tranchée et est susceptible de faire l'objet de nouvelles études. Les données mobilisables pour caractériser l'offre dans ces analyses sont la statistique annuelle des établissements (SAE) et le PMSI ainsi que les répertoires des professionnels de santé.

IV - CONSTATS TRANSVERSAUX

1. Rapprochements entre les différents axes d'observation

Au-delà de dispositifs spécifiques permettant l'observation respective de la santé perçue, des diagnostics portés par les professionnels et la qualité de vie qui en résulte, le besoin d'opérer des rapprochements entre ces différents points de vue est manifeste.

Il s'agit notamment d'observer le passage de l'état de maladie à l'apparition de déficiences, puis d'incapacités, enfin de désavantages sociaux en résultant. En cette matière, l'enquête HID apporte une expérience précieuse sur les trois derniers plans mais montre la difficulté de l'exercice de rapprochement des différents axes à partir des résultats d'un enquête déclarative, en particulier pour le recueil des déficiences et leur codage. S'est trouvé posé dans ce contexte le problème de la nomenclature à employer.

Il s'agit également de rapprocher le constat des professionnels et la perception qu'ont les intéressés de leur état. La nouvelle enquête santé prévoit des enrichissements substantiels dans cette perspective puisqu'à l'approche déclarative qu'elle met traditionnellement en œuvre s'ajoutera un recueil de la morbidité diagnostiquée à travers des examens de santé facultatifs

2. Les comparaisons dans le temps

Cette demande exprimée de façon insistante correspond à au moins trois types de besoins :

- comparer l'état de santé de la population dans le temps ;
- comparer l'état de santé des mêmes individus à plusieurs périodes ;
- apprécier l'évolution de maladies longues ou chroniques chez les malades atteints.

Chacun de ces besoins relève d'outils d'observation différents.

Pour *comparer l'état de santé de la population au cours du temps*, tous les dispositifs qui sont mis en œuvre de façon répétée avec un protocole inchangé peuvent concourir à cette approche.

Les enquêtes décennales de santé et SPS qui tendent à préserver le plus possible un questionnaire identique d'une échéance à la suivante rendent cependant compte essentiellement d'évolutions de perception de la santé difficiles à interpréter. En outre certains dispositifs d'observation systématique tels que les certificats de santé des jeunes enfants ou l'enquête « périnatalité » sont également des outils de réponse dans leurs domaines.

Pour *comparer l'état de santé des mêmes individus au cours du temps*, les solutions sont plus lourdes et rencontrent l'obstacle des phénomènes d'attrition d'échantillon. Les deux opérations majeures dans ce domaine sont :

- le dispositif appliqué dans le cadre de l'enquête HID (retour auprès des enquêtés au bout de deux ans) ; il faut cependant noter que les personnes vivant à domicile lors du premier passage ne sont pas ré-enquêtées si elles sont entrées en institution ;
- la mise en panel de l'enquête SPS qui ré-enquête les mêmes assurés tous les 4 ans et dont les travaux correspondants seront publiés.

Par ailleurs, on peut citer quelques cohortes qui couvrent une population non sélectionnée sur critères de santé, comme GAZEL ou E3N ; celles-ci correspondent à des critères administratifs de prise en charge propres à certains types d'employeurs (Électricité et Gaz de France, Éducation nationale). On peut difficilement envisager de tirer de travaux sur ces cohortes des enseignements concernant la population générale.

Pour *apprécier l'évolution de maladies longues ou chroniques chez les malades atteints*, les outils appropriés sont les suivis de cohortes spécifiques et les registres, dont une sélection est annexée (cf. tableau « Cohortes et enquêtes de l'INSERM »).

3. Les comparaisons dans l'espace

Ces comparaisons sont attendues tant à l'échelle internationale, pour apprécier la position de la France par rapport aux autres pays développés qu'à un niveau infra - national, en vue de repérer d'éventuelles spécificités locales.

Au niveau infra - national, la demande porte sur les inégalités géographiques de santé dont l'approche fine est incompatible avec la logique des enquêtes nationales par échantillons.

En effet, le principal obstacle à ce sujet est le coût que génère la réalisation d'enquêtes sur des échantillons de taille appropriée pour assurer des résultats significatifs aux niveaux géographiques où cette information est souhaitée.

Il faut cependant noter que des extensions régionales de l'enquête santé sont prévues dans 5 régions.

Par ailleurs d'autres sources permettent de disposer de données représentatives à des niveaux infra - nationaux : c'est le cas du baromètre santé (cinq extensions régionales dans le cadre du baromètre santé 2000 et deux extensions régionales dans le cadre du baromètre santé nutrition 2002) et des données administratives mobilisables à un niveau exhaustif comme les certificats de santé, les données de couverture vaccinale traités par la DREES et les dispositifs relatifs aux affections de longue durée (ALD) gérés par l'assurance maladie.

Enfin un outil comme l'atlas de la santé a l'intérêt de présenter une visualisation des disparités géographiques tout en mobilisant le maximum de sources d'informations aux niveaux infra -nationaux

4. Optimisation de l'utilisation des ressources existantes

Les échanges de la journée d'études du 20 janvier 2000 avaient abouti à la mise en avant de la notion de patrimoine statistique commun (cf. actes publiés par le CNIS).

Quelques obstacles à la mise en œuvre de cette perspective subsistent :

- dans le domaine de la santé observée par les professionnels en ville, les seules sources existantes actuellement sont mises en œuvre par des sociétés privées : IMS, CEGEDIM et leur accès est coûteux ;
- en ce qui concerne les enquêtes publiques de cadrage, la formation Santé- protection sociale a eu l'occasion de s'inquiéter par le passé de l'envergure des forces d'analyse susceptibles d'être mobilisées autour de la ressource nouvelle que représentait HID et de recommander un effort tout particulier pour que ces analyses soient mises en œuvre le plus tôt possible à partir de la disponibilité des données.

Pour répondre au vœu du CNIS, diverses actions ont été développées pour permettre la mise en commun des réflexions à partir de l'enquête HID et la mobilisation la plus large possible d'équipes de recherche : un colloque scientifique en décembre 2000, deux séminaires de recherche en octobre et décembre 2001, un colloque de valorisation des résultats de l'enquête prévu pour octobre 2002 et plusieurs réunions méthodologiques à partir de janvier 2002. Par ailleurs, l'INSERM et la DREES-MiRe lancent un appel d'offres « analyse secondaire de données » à partir de l'enquête HID.

- enfin, dans certains cas, les analyses réalisées n'ont pas nécessairement eu toute la diffusion souhaitable, même si certains ouvrages regroupent de l'information issue de plusieurs sources pour la présentation d'un panorama d'ensemble (annexe au Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale, rapports du Haut Comité de la Santé Publique, expertises collectives de l'INSERM).

*
* *
*

Par comparaison avec d'autres domaines, cet état des lieux fait ressortir quelques traits particuliers de la couverture statistique du domaine constitué par l'état de santé de la population :

- Les organismes producteurs de sources sont multiples ;
- Une part importante de ces sources n'est pas constituée d'enquêtes statistiques classiques relevant de la loi de 1951 mais aussi d'enquêtes ou de fichiers administratifs gérés par les caisses d'assurance maladie ainsi que de cohortes spécifiques mises en place à l'initiative de telle ou telle équipe de recherche avec l'appui de financements divers.

Ce constat pose tout particulièrement le problème de l'articulation des réflexions et travaux émanant de diverses professions : statisticiens, épidémiologistes, ensemble des chercheurs en sciences sociales appliquées à la santé.

B - PRÉCONISATIONS

1. Améliorer les dispositifs d'observation de la santé de l'ensemble de la population.

On doit d'abord signaler que les enquêtes en population générale font actuellement l'objet d'adaptations importantes. L'édition 2002-2003 de l'enquête décennale de santé par exemple innove dans les domaines suivants :

- augmentation substantielle du questionnement en matière de santé perçue tout en interrogeant désormais chaque membre du ménage âgé d'au moins 17 ans à la différence des éditions précédentes où seulement une personne de référence répondait pour l'ensemble des membres du ménage ;
- recueil de la morbidité diagnostiquée à travers des examens de santé facultatifs ;
- introduction d'un module de questionnaire relatif à la prévention pratiquée par les individus ;
- obtention de données représentatives au niveau régional dans 5 régions qui bénéficient d'une extension régionale ;
- appariement avec les données de consommation de soins détenues par l'assurance maladie.

Il est nécessaire de tirer tous les enseignements relatifs à l'expérimentation de ces enrichissements en mettant en place dès 2002 un groupe de travail ad hoc.

Par ailleurs les enquêtes décennales de santé et « santé, soins et protection sociale » (SPS) ne touchent que les ménages ordinaires. Les populations vivant hors ménages ordinaires telles que les personnes vivant en institutions médico-sociales (personnes âgées ou handicapées), personnes hospitalisées notamment en soins de suite et de réadaptation, en soins de longue durée et en psychiatrie, détenus, personnes vivant en foyer d'étudiants ou en foyers de travailleurs, population des habitations mobiles, personnes sans domicile fixe ne font donc pas à l'heure actuelle l'objet d'un recueil d'information de même envergure que la population vivant en ménage ordinaire alors même que des travaux partiels confirment que la santé de ces populations est plus dégradée que celle de la population générale.

Il convient de rechercher des solutions d'investigations adaptées à ces différentes populations en s'inspirant, pour les personnes en situation de précarité, des formules déjà expérimentées telles que les enquêtes auprès des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) et auprès des personnes fréquentant les distributions de repas chauds et les centres d'hébergement gratuits .

Enfin il importe de préciser les perspectives d'évolution des grandes enquêtes en population générale sur d'autres points : périodicité de chacune, articulation entre elles, voire mise en place d'instruments plus légers mais permettant l'obtention de données à rythme plus fréquent (chaque année par exemple), rapprochements entre ces enquêtes et les données produites par les fichiers de gestion administratifs.

2. Développer le recueil systématique des caractéristiques sociales dans les systèmes d'information sur la santé et introduire plus systématiquement des modules « santé » dans les enquêtes à vocation autre.

21 Développer le recueil systématique des caractéristiques sociales dans les systèmes d'information sur la santé.

En ce qui concerne les causes de mortalité, les possibilités de rapprochement ouvertes par l'autorisation de la CNIL pour les travaux qui seront menés conjointement par l'INED, l'INSEE et l'INSERM devraient permettre des progrès importants et rapides.

Des bilans de ces travaux devraient être présentés périodiquement à la formation Santé Protection Sociale du CNIS.

En matière de morbidité, l'enquête handicaps – incapacité - dépendance (HID) fournit des informations intéressantes dans la mesure où elle montre que des écarts entre milieux sociaux existent au stade de la déficience, que ces écarts se creusent lorsqu'on passe au stade de l'incapacité et s'accroissent encore en matière de placement en institutions : à handicap égal, les individus issus des milieux moins favorisés entrent davantage en institutions que ceux qui sont issus de milieux sociaux favorisés.

D'une façon générale, il convient que les outils –qu'ils soient nouveaux ou fassent l'objet d'une refonte- qui sont du ressort de la statistique ou de l'étude épidémiologique intègrent systématiquement les aspects sociaux : PCS, revenus, niveau d'étude, niveau d'accès à la couverture maladie, configuration du ménage, zone d'habitat...en croisant éventuellement ces critères (caractéristiques sociales des zones géographiques par exemple). L'introduction de ces aspects sociaux doit être standardisée au maximum. Ainsi, en matière de revenus, le bloc de questions figurant dans l'enquête conditions de vie de l'INSEE devrait être systématiquement introduit dans les enquêtes portant sur la santé.

Par ailleurs, *certains recueils administratifs pourraient, le cas échéant, être aménagés* pour intégrer une partie de ces informations dès lors que cela apparaît faisable et conforme à l'objet du recueil. C'est ainsi que des expérimentations sont en cours en vue d'identifier des situations de précarité dans le PMSI.

22 Introduire plus systématiquement des modules « santé » dans les enquêtes à vocation autre.

L'état de santé des personnes enquêtées peut expliquer une partie des situations observées dans d'autres domaines. *C'est pourquoi des modules « santé » standardisés devraient être introduits dans le « corps » des enquêtes auprès des ménages portant par exemple sur les transports, les conditions de vie, la fécondité.*

3. Développer l'information sur le thème « travail et santé ».

Différentes sources, assez parcellaires, ont été recensées:

- Comptages des accidents du travail et des maladies professionnelles par la CNAMTS et la MSA qui peuvent ne pas être exempts de critiques mais qu'on peut considérer comme étant de qualité supérieure à ceux des régimes spéciaux de salariés et notamment à celui des fonctionnaires ;
- Recueil systématique d'informations sur les accidents du travail et mortels par la direction des relations du Travail ;
- Enquêtes SUMER sur la surveillance médicale des risques réalisées par la DARES en collaboration avec divers partenaires ;
- Actions de surveillance mises en place par l'InVS dans son programme 2003;
- Suivi de cohortes par l'INSERM (ESTEV...).

Cet ensemble reste assez lacunaire.

En outre, trois difficultés sont à souligner dans ce domaine :

- Le suivi des populations très mobiles (chômeurs, jeunes...) ;
- Le décalage temporel très grand qui peut apparaître entre la période d'exposition au risque et la survenue des troubles pouvant nécessiter un suivi des personnes exposées après leur départ en retraite ;
- L'apparition de nouvelles pathologies liées aux changements de l'organisation du travail (stress...), l'apparition ou le développement de pathologies liées à des contextes particuliers.

En tout état de cause, parallèlement aux travaux de recherche associant divers partenaires, conduits sous l'égide du Ministère de la recherche, il convient de lancer une mission d'analyse qui fera le bilan critique de l'existant en matière statistique. Celle-ci élaborera des propositions à présenter au CNIS visant à mettre en place, par exemple en s'appuyant sur une grande enquête de cadrage, une approche statistique intégrée de la santé au travail, à l'horizon 2004 - 2005.

4. Améliorer le recueil d'information sur la qualité de vie, la prise en charge et l'insertion sociale des patients souffrant de maladies chroniques.

On constate l'introduction d'échelles de mesure de la qualité de la vie de la population générale dans différentes enquêtes. Il en est de même du recueil relatif à des symptômes diffus de mal-être.

Il conviendra d'analyser la qualité méthodologique de ces développements récents en particulier à l'issue de la mise en œuvre de la nouvelle enquête décennale de santé.

Par ailleurs, il est également souhaitable de *développer progressivement le recueil d'information sur la qualité de vie, les modes de prise en charge et l'insertion sociale des malades*. Une première enquête a été menée par l'INSERM qui met en place une nouvelle observation (enquête VESPA) des conditions et de la qualité de vie ainsi que de l'insertion professionnelle et sociale des malades atteints du SIDA. *Une enquête auprès des patients atteints du cancer est souhaitée par la DGS et la DREES à l'horizon 2003.*

Il conviendra de tirer les enseignements méthodologiques de ces démarches innovantes pour les étendre à d'autres populations souffrant d'autres maladies chroniques (maladies cardio-vasculaires et maladies mentales) et aux patients relevant de soins palliatifs.

5. Développer la connaissance des liens entre maladie et incapacité en accordant une attention particulière à la classification internationale du fonctionnement (CIF).

Il s'agit notamment d'observer le passage de l'apparition de déficiences à celle d'incapacités et enfin des désavantages sociaux en résultant. En cette matière, l'enquête HID apporte une expérience précieuse sur ces trois plans mais montre la difficulté de l'exercice de rapprochement des différents axes à partir des résultats d'une enquête déclarative, en particulier pour le recueil des déficiences et leur codage. S'est trouvé posé dans ce contexte le problème de la nomenclature à employer.

Il convient tout d'abord d'affirmer la nécessité de la reconduction d'enquêtes sur le handicap, l'incapacité et la dépendance et d'en préciser les modalités et la périodicité.

Il s'agit par ailleurs d'affirmer, en s'appuyant sur la coordination mise en place sous l'égide de l'INSERM, la position française par rapport à la CIF(HS) de façon à préserver les acquis qu'a apportés à l'analyse statistique la classification de Wood qui distingue déficiences, incapacités et désavantages. Il est également souhaitable d'assurer aussi un suivi des étapes de réflexion au sein d'EUROSTAT sur les applications opérationnelles du codage et les hypothèses de démarches d'enquête en population générale qui pourraient être élaborées à terme.

6. Progresser dans la connaissance des motifs de recours aux soins ambulatoires, domaine dans lequel la connaissance est actuellement très faible.

Les possibilités d'accès aux sources de données privées existantes, comme celles d'IMS-Health ou comme la base CEGEDIM/THALES/BKL-consultants, doivent être développées selon des modalités à examiner.

La formation Santé Protection sociale du CNIS a prévu de lancer prochainement un groupe de travail sur la connaissance statistique du médicament, en vue de préciser les conditions d'accès, d'exploitation et de publication relatives à l'ensemble des sources existantes. Le travail de ce groupe abordera notamment le thème des motifs ou contextes de prescription des médicaments. Il permettra donc d'approfondir l'état des lieux de l'observation de l'état de santé par la médecine ambulatoire et d'énoncer des perspectives d'amélioration appropriées sur ce volet.

De même on peut utiliser différemment certains dispositifs existants tels que le réseau des médecins sentinelles, dans la perspective d'une meilleure couverture des priorités de la politique de santé.

Enfin, des initiatives lancées à un niveau local, comme celles qu'impulsent certaines unions régionales de médecins libéraux (URML), conduisent des médecins à recueillir sur une base volontaire, pour une durée déterminée, des données relatives à un problème de santé donné. Il en est de même pour les informations produites par les unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM).

Ces démarches doivent être encouragées et faire l'objet d'une plus grande transparence et d'une coordination notamment lorsqu'elles sont menées à un niveau décentralisé dans la perspective d'assurer les conditions de recueil et d'exploitation scientifiquement pertinentes et une intégration des résultats dans le « patrimoine commun ».

D'une façon générale, les données de l'assurance maladie devraient permettre de satisfaire le besoin de suivi permanent de la prise en charge des patients en soins ambulatoires. Ceci implique une ouverture aux statisticiens et aux chercheurs de l'accès aux données contenues dans les panels (assurés et professionnels) déjà constitués notamment sous l'égide de la CNAMTS. Il en est de même pour les données issues du futur système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) qui devront être complétées par des données d'enquêtes à dimensions socio-économiques plus marquées.

7. Élargir la connaissance de certaines maladies ou problèmes de santé et de leurs modes de prise en charge pour lesquels elle est insuffisante.

Le groupe de travail a constaté :

- *des carences concernant les maladies chroniques (SIDA, cancers, maladies cardio-vasculaires, maladies mentales) qui peuvent porter sur l'aspect épidémiologique ou sur l'évolution des traitements. L'évolution de ces pathologies implique surtout de nouvelles approches de l'évolution des états de santé et des modes de prise en charge correspondants au cours du temps,*
- *des problèmes particuliers de connaissance des conditions d'apparition et de développement des maladies professionnelles, déjà cités,*
- *des lacunes concernant d'autres troubles de santé comme l'alcoolisme, les pathologies ostéo-articulaires, les troubles de l'audition, les infections nosocomiales et les accidents iatrogènes.*
- *le suivi malaisé dans le système de soins des conséquences des accidents de la route et des accidents de la vie courante.*

Il précise aussi que les critères qui devaient conduire à programmer des recueils complémentaires sont la fréquence des pathologies en termes d'incidence et de prévalence, leur gravité ou leur coût ainsi que le besoin d'évaluation d'une politique ciblée sur une pathologie.

8. Mieux connaître l'état de santé des populations exposées.

D'une façon générale, il est avéré qu'on dispose d'informations moindres que pour les autres couches de la population sur les jeunes sortis précocement du système scolaire (en particulier les garçons), les hommes d'âge actif, les personnes âgées, les chômeurs de longue durée, les populations en situation de précarité (travail, conditions de vie), les étrangers, les personnes en situation d'institutionnalisation, toutes ces catégories présentant des problèmes de santé différents mais tous non négligeables.

Ces thèmes pas ou mal couverts pourraient impliquer la mise en perspective des divers types de sources (enquêtes, cohortes...), voire de nouvelles enquêtes ad hoc.

9. Mieux répondre à la demande d'information infra – nationale.

Celle-ci porte sur les inégalités géographiques de santé dont l'approche fine est incompatible avec la logique des enquêtes nationales par échantillons. Trois voies d'amélioration existent toutefois :

- *L'exploitation des sources administratives doit être plus systématique (informations détenues par l'assurance maladie ou issues des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel –COTOREP- et des commissions départementales d'éducation spéciale –CDES- par exemple) ce qui implique, le cas échéant, d'en améliorer et d'en partager l'accès.*
- Le recours à des extensions régionales est une autre possibilité : cinq extensions de l'enquête décennale de santé sont ainsi prévues.

La mobilisation des résultats correspondants devra être mise à profit pour le développement de l'application des méthodes d'estimation sur petits domaines et, en particulier, la recherche de facteurs explicatifs de l'état de santé complémentaires à ceux déjà bien explorés comme le sexe et l'âge.

D'une façon plus générale, les extensions régionales doivent être encouragées dans la mesure où elles sont demandées, organisées et financées par les acteurs locaux.

- *Par ailleurs, sur des problèmes de santé spécifiques, les possibilités de recueil d'information par les professionnels sur une période donnée pourraient être assez largement développées, notamment en s'inscrivant dans les opérations impulsées par les URML et en mobilisant les observatoires régionaux de la santé (ORS) et les équipes universitaires locales.*

Ces dynamiques locales de renforcement des possibilités d'observation de la santé devraient être consolidées par l'application de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui introduit le principe d'une programmation régionale des statistiques et des études soumise aux conseils régionaux de santé. Ces procédures ont pour objet d'assurer une plus grande transparence sur les statistiques et études réalisées ou projetées. Il conviendra de susciter une coordination interrégionale permettant de mettre en place des conditions de recueil et d'exploitation scientifiquement pertinentes, de capitaliser les acquis des expériences et des apports méthodologiques et de réaliser une large diffusion des résultats et des outils.

10. Développer des possibilités de comparaisons internationales.

Il s'agit essentiellement :

- *d'assurer un bon niveau de participation des équipes françaises aux travaux menés par les différentes instances européennes autour des indicateurs de santé, ce qui implique de réunir systématiquement les représentants de la France dans ces instances en réfléchissant à leurs mandats et à la mise en commun du suivi des travaux,*
- *de s'assurer que les recueils réalisés en France permettent des rapprochements, tant au niveau des protocoles que des nomenclatures employées, avec ceux qui sont réalisés au niveau international,*
- *d'élargir l'accès aux sites Internet lorsqu'ils ne sont accessibles, comme c'est souvent le cas actuellement, qu'aux producteurs de données.*

Par ailleurs, la France étant mal placée par rapport aux pays comparables dans le domaine de la mortalité évitable, un effort important d'analyse des indicateurs correspondants doit être accompli.

11. Développer des comparaisons dans le temps sur l'état de santé des personnes.

Pour comparer l'état de santé de la population dans le temps, une première priorité après la réalisation de la prochaine enquête décennale consiste à redéfinir l'articulation et la périodicité des systèmes d'enquêtes composés actuellement des enquêtes décennale de santé, SPS et HID de façon à

proposer un dispositif d'ensemble fonctionnant selon une périodicité régulière. Pour l'observation par les professionnels, il serait intéressant *d'évaluer les ressources d'une analyse historique des entrées en ALD ainsi que des déclarations obligatoires.*

Pour comparer l'état de santé des mêmes individus à plusieurs périodes, il faudra tirer, le moment venu, un bilan de la mise sous forme de panel des enquêtes SPS.

12. Utiliser de façon plus complète les sources et ressources existantes.

Le groupe a constaté que, lorsqu'on évoque l'insuffisance de données, on renvoie dans certains cas à des difficultés d'accès ou à une utilisation limitée des ressources existantes.

Trois pistes peuvent être proposées :

- *assurer le plus large accès possible des organismes d'étude et de recherche aux sources existantes pour permettre une multiplicité d'analyses : ce sont les problèmes posés pour l'accès aux sources détenues par les organismes d'assurance maladie ainsi que pour celles relatives au médicament et au contexte de prescription d'une part et pour l'accès aux informations issues des suivis de cohortes d'autre part;*
- *par ailleurs, la création, à l'initiative du ministère de la Recherche, du Comité de concertation pour les données en sciences humaines et sociales, ainsi que la création par le CNRS du centre Quetelet constituent une mise en œuvre des propositions du rapport de Roxane Silberman et devraient avoir une portée significative dans le domaine de la santé. Ces innovations devraient faciliter l'accès des chercheurs aux données produites par la statistique publique et permettre de préciser les règles d'utilisation de ces données. *Il faut noter d'ailleurs que le centre Quetelet est susceptible d'assurer une contribution au financement de grandes enquêtes structurantes élaborées en lien avec les chercheurs, possibilité que pourrait notamment prendre en compte la réflexion à lancer autour du thème santé et travail.* Ces innovations devraient aussi *faciliter la mobilisation la plus large possible des chercheurs autour de sources qui, dans leur principe, constituent le patrimoine commun* telles que les grandes enquêtes de cadrage. A cet égard, l'organisation adoptée autour de l'enquête HID peut être citée en exemple. *Une mesure concrète consisterait par exemple à créer un portail Internet commun à l'ensemble des producteurs de sources « labellisées » ;**
- *poursuivre l'effort de valorisation de l'existant auprès d'un large public (baromètres santé du CFES et expertises collectives de l'INSERM par exemple).*

De plus, une attention particulière devra être apportée à la valorisation des résultats statistiques issus des suivis de cohortes, en renforçant notamment en ce domaine l'information du CNIS.

De la CIH à la CIF²

1) La "Classification Internationale des Handicaps : Déficiences, Incapacités, Désavantages" ou CIH.

L'un des enjeux d'un système d'information est d'organiser les données selon un modèle permettant leur classement ordonné et leur utilisation ultérieure. Pour ce qui concerne le handicap, le premier impératif est de définir ce dont il s'agit.

A la demande de l'OMS, en 1980, le docteur Philippe WOOD, ont proposé un outil de "classification des conséquences des maladies" dénommé "International Classification of Impairment, disability and handicap" (ICIDH) basé sur un modèle à trois plans. La version française a été diffusée en France à partir de 1988 sous le titre de "Classification Internationale des Handicaps : Déficiences, Incapacités, Désavantages" ou CIH.

L'originalité de ce modèle, par rapport à la vision très médicale alors en vigueur, est de "découper" les expériences de santé en plusieurs plans distincts, permettant de décrire la situation de handicap sous plusieurs angles à la fois. Le diagnostic et/ou la description du processus morbide, s'il intéresse au premier plan les médecins, qui sont principalement formés pour les repérer afin d'adopter une stratégie de traitement curatif, ne renseigne absolument pas sur l'état de la personne notamment dans sa vie quotidienne, et l'accomplissement de son rôle social. Il est cependant important de repérer les origines des problèmes de santé d'une population comme celle des handicapés, afin de pouvoir proposer des actions de santé publique pertinentes pour tenter de diminuer l'incidence des handicaps ou leur retentissement.

La CIH permet de faire le lien entre le processus morbide et le "résultat" sur l'état de la personne au sein de son milieu de vie. Elle énonce les concepts de **déficience**, de **incapacité** et du **désavantage** :

Déficience :

Dans le domaine de la santé, la déficience correspond à toute perte de substance ou altération d'une structure ou fonction psychologique, physiologique ou anatomique. La déficience correspond à l'aspect **lésionnel**. Elle peut être temporaire ou permanente. Elle n'implique pas que l'individu soit malade.

Incapacité :

Dans le domaine de la santé, une incapacité correspond à toute réduction (résultant d'une déficience), partielle ou totale, de la capacité d'accomplir une activité d'une façon ou dans les limites considérées comme normales pour un être humain. L'incapacité correspond à l'aspect **fonctionnel** du handicap.

Désavantage :

Dans le domaine de la santé, le désavantage social pour un individu donné résulte d'une déficience ou d'une incapacité qui limite ou interdit l'accomplissement d'un rôle normal (en rapport avec l'âge, le sexe, les facteurs sociaux et culturels). Le désavantage correspond à l'aspect **situationnel** du handicap.

Grâce à ce modèle, on peut donc mieux définir "le handicap" ou plutôt les situations de handicap, ou les processus handicapants, comme une interaction dynamique (et donc variable) entre une personne avec des difficultés de santé, et un environnement plus ou moins facilitant ou entravant.

En assurant la possibilité d'avoir plusieurs approches du problème, il permet d'avoir un langage commun autour duquel les différentes cultures des professionnels concernés par le handicap (du médecin au travailleur social) peuvent se rencontrer et dialoguer.

² Synthèse établie par les rapporteurs à partir de notes écrites par le docteur Pascale Gilbert (DGAS).

Il permet en outre de mieux objectiver les cibles des actions proposées pour lutter contre les difficultés que rencontre la personne handicapée.

2) La Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF).

Le processus de révision de la **Classification Internationale des Handicaps** a été engagé par l'OMS dès 1993, pour répondre aux critiques formulées à son encontre, concernant notamment un centrage considéré comme excessif sur la personne, un abord principalement biomédical, une conception trop statique du handicap et une prise en compte jugée insuffisante du rôle de l'environnement.

Ce processus a abouti, au terme de longs travaux et après plusieurs versions et modèles successifs, à l'adoption en mai 2001, par l'Assemblée Mondiale de la Santé, de la **Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé (CIF)**.

La France avait émis des réserves sur l'absence de tests précédant l'adoption de cette version, et la nécessité de conduire des études complémentaires. De fait, l'OMS suggère aux futurs utilisateurs de tester plusieurs possibilités de codage différentes.

Les principaux apports de la CIF sont d'utiliser dorénavant des termes neutres de préférence aux termes négatifs stigmatisants, et de proposer une nomenclature permettant de décrire l'environnement en qualifiant son impact sur la situation de la personne comme obstacle ou facilitateur. Le handicap est décrit selon deux axes principaux, celui des structures anatomiques et des fonctions des systèmes organiques, et celui des activités et de la participation, ce qui permet de décrire le fonctionnement de la personne en tant qu'individu et en tant qu'être social. Toutefois, le schéma proposé pour illustrer les relations entre ces différentes composantes ne constitue pas un support facilement compréhensible pour analyser le processus de handicap, c'est pourquoi cette version de la classification devra probablement encore évoluer afin de devenir un réel outil de connaissance et d'étude du handicap.

Le CTNERHI (Centre Technique National d'Études et de Recherches sur le Handicap et les Inadaptations) était, pour la France, le centre collaborateur de l'OMS pour la Classification Internationale des Handicaps, l'INSERM étant celui consacré à la Classification Internationale des Maladies – 10^{ème} révision (CIM10). L'OMS préconise aujourd'hui un raisonnement global sur la « famille des classifications de l'OMS », à appliquer à divers aspects de la santé, et a donc fusionné les centres collaborateurs dans tous les pays. Ainsi, l'INSERM a été désigné par l'OMS « centre collaborateur de l'OMS pour la famille des classifications » il y a quelques mois. Des modalités pratiques d'articulation entre le CTNERHI et l'INSERM pour assurer cette mission sont en cours de mise en place, l'INSERM n'entendant pas se substituer à l'organisme chargé de ce suivi depuis l'origine de la Classification Internationale des Handicaps.

CONNAISSANCES ET LIMITES PAR DOMAINE				
Domaine	Champ	Source	Références des fiches et tableaux "pour plus d'information"	Limites
Mortalité	Toutes causes, tous individus.	Certificats de décès / INSERM	cf. fiche 31	Qualité variable de la certification faite par le médecin. Absence de la mention de la PCS antérieure pour les retraités.
La morbidité infra-clinique, la morbidité ressentie non diagnostiquée et non déclarée ne sont pas connues.				
Morbidité diagnostiquée	Pathologies traitées à l'hôpital, tous individus	PMSI	cf. fiche 12	Ne concerne que la morbidité hospitalière + l'unité de compte est le séjour non le patient + mise en place du PMSI moyen séjour et psy. inachevée + difficultés méthodo. substantantes pour extension à urgences et consult. externes + par construction, pathologies les plus graves pas toujours décrites etc...
Morbidité diagnostiquée	Pathologies traitées "en ville"	Panel CEGEDIM / THALES	cf. fiche 2	Problème d'accès à cette source actuellement limité aux labo. pharmaceutiques commanditaires et au CREDES par convention, problèmes méthodologiques. Ne concerne pas la morbidité hospitalière
Morbidité diagnostiquée	Pathologies traitées "en ville"	Enquête DREES / pratiques médicales des généralistes.	cf. fiche 19	Enquête expérimentale.
Morbidité diagnostiquée	Pathologies traitées "en ville"	Observation permanente par IMS	cf. fiche 24	Problème d'accès à cette source actuellement limité aux labo. pharmaceutiques commanditaires et au CREDES par convention, problèmes méthodologiques. Ne concerne pas la morbidité hospitalière

Domaine	Champ	Source	Références des fiches et tableaux "pour plus d'information"	Limites	
Morbidity diagnostiquée	Toutes pathologies, tous bébés en principe	Certificats de santé (à 8 jours, au 9ème mois et au 24ème mois) pour les bébés jusqu'à 2 ans révolus / DREES	cf. fiche 13	Taux d'exhaustivité très élevé pour le certificat du 8ème jour allant en décroissant ensuite.	Les populations non visées ici sont moins bien connues
Morbidity diagnostiquée	Toutes pathologies, tous femmes et bébés concernés	Enquête périnatale DREES, INSERM etc...	cf. fiche 17	Périodicité irrégulière avant 1995	
Morbidity diagnostiquée	Quelques pathologies, tous enfants concernés	Enquêtes en milieu scolaire / DREES	cf. fiche 14	Manque de recul car enquête nouvelle	
Morbidity diagnostiquée	Surtout usage de drogues, tous jeunes concernés	Journée de préparation à la défense	cf. fiche 41	Manque de recul car enquête nouvelle	
Morbidity diagnostiquée	Toutes pathologies, les salariés seulement	Examens de la médecine du travail + déclaration d'accidents du travail et de maladies professionnelles	cf. fiches 9 et 23	Exploitations irrégulières. Données non exhaustives.	
Morbidity diagnostiquée	Toutes pathologies, populations particulières concernées	Suivi des cohortes GAZEL (EDF-GDF) et E3N (femmes affiliées à Mutuelle Générale Éducation Nationale)	cf. tableau "cohortes et enquêtes de l'INSERM" (GAZEL) + fiche 35 (E3N)	Conclusions non extrapolables à la population générale pour les cohortes.	

Domaine	Champ	Source	Références des fiches et tableaux "pour plus d'information"	Limites
Morbidity diagnostiquée	Toutes pathologies, population particulière concernée	Enquête / personnes SDF (INSEE)	cf. fiche 30	Manque de recul.
Morbidity diagnostiquée	Toutes pathologies, population particulière concernée	Enquêtes de la DREES sur la santé des détenus		Caractère encore expérimental
Morbidity diagnostiquée	Maladies en A.L.D.	Enregistrement par CNAMTS etc..	cf. fiches 4 et 5	Pratiques médicales variables selon les lieux. L'information sur les "stocks" n'est pas toujours disponible.
Morbidity diagnostiquée	Recensement de certaines pathologies	Maladies à déclaration obligatoire / InVS	cf. fiche 40	L'exhaustivité des données est variable selon les maladies
Morbidity diagnostiquée	Surveillance de certaines pathologies	Réseau de médecins Sentinelles / INSERM	cf. fiche 32	Suivi de certaines pathologies seulement.
Morbidity diagnostiquée	Surveillance de certaines pathologies	Registres	cf. tableau registre invs/inserm	Observation éclatée en multiples centres responsables d'où connaissances partielles malgré rattachements fréquents à des réseaux.

Domaine	Champ	Source	Références des fiches et tableaux "pour plus d'information"	Limites
Morbidité diagnostiquée	Surveillance de certaines pathologies	Suivis par échelon médical de la CNAMTS (diabète et HTA)	cf. fiches 7 (diabète) et 8 (HTA)	Suivi souhaitable d'autres affections par la CNAMTS.
Morbidité diagnostiquée	Accidents de la vie courante	Enquête EPAC	cf. fiche 39	Données très partielles. Difficultés de mesurer les conséquences futures en termes d'incapacité.
Morbidité diagnostiquée	Accidents de la circulation	Suivi par l'ONISR	cf. fiche 42	Difficultés de mesurer les conséquences futures en termes d'incapacité.
Morbidité diagnostiquée	Enquêtes sectorielles	Enquêtes de la DREES et de l'INSERM: psychiatrie, toxicomanies, hépatite C, SIDA etc..	cf. fiches 16 et 18 (DREES), 37 (INSERM)	Une partie importante de l'information provient d'enquêtes sur les clientèles à l'hôpital ou en structures spécialisées. Le secteur ambulatoire est mal connu, il existe des pathologies hors champ
Morbidité diagnostiquée	Enquêtes sectorielles	Enquête de l'UFSBD / santé bucco-dentaire.	cf. fiche 43	Besoin d'indicateurs plus fins que ceux utilisés actuellement.
Morbidité déclarée, recours aux soins etc	Toutes pathologies, tous individus	Enquête décennale de santé	cf. fiche 25	Périodicité trop longue, morbidités spécifiques mal connues (échantillon trop petit)

Domaine	Champ	Source	Références des fiches et tableaux "pour plus d'information"	Limites
Morbidité déclarée, recours aux soins etc	Toutes pathologies, tous individus	Enquête SPS du CREDES	cf. fiche 10	Morbidités spécifiques mal connues (échantillon trop petit et non strictement représentatif de la population française)
Morbidité déclarée, recours aux soins etc	Toutes pathologies, tous individus	Enquête EPCV annuelle de l'INSEE (partie santé des indicateurs sociaux)	cf. fiche 28	Quelques indicateurs seulement sont relevés
Santé perçue	Toutes pathologies, tous individus	Enquêtes santé décrites ci-dessus + baromètre santé du CFES	cf. fiches 3 (baromètre santé), 10 et 25 (enquêtes santé)	Disparités des instruments d'observation
Santé perçue	Toutes pathologies, tous individus	Volets santé dans enquêtes d'opinion du CREDOC + questions dans l'enquête barométrique IFOP commandée par la DREES		Disparités des instruments d'observation
Qualité de vie	Toutes pathologies, tous individus	Enquête HID / INSEE	cf. fiche 26	HID=Enquête nouvelle : manque de recul.
Qualité de vie	Toutes pathologies, tous individus	Plusieurs outils (cohorte ESTEV, baromètre du CFES, enquête décennale de santé).	cf. fiches 36 (ESTEV), 3 (baromètre santé), 25 (enquête décennale)	Mesure de qualité de vie par des échelles (dans les 3 outils ici visés notamment) à utiliser avec prudence.

Domaine	Champ	Source	Références des fiches et tableaux "pour plus d'information"	Limites
Qualité de vie	Tous individus handicapés	Outils divers	cf. fiches 6 (invalidité / CNAMTS), 20 (APA), 21 (CDES), 22 (COTOREP)	Enquête nouvelle (APA). Exploitations à développer pour les autres outils.
Comportements individuels	Tous domaines, tous individus	Baromètres santé sur comportements / facteurs de risques et prévention	cf. fiche 3	Certains facteurs de risque sont mal couverts.
Comportements individuels	Tous domaines, tous individus	Partie variable de l'enquête EPCV (comportements vis à vis de la santé)	cf. fiche 27	Périodicité et contenu irréguliers
Comportements individuels	Nutrition	Enquête INCA2 et cohorte SU VI MAX	f. fiches 1 (INCA2) et 34 (SU VI MAX)	Disparités des instruments d'observation. Caractère encore expérimental.
Comportements individuels	Toxicomanies	Enquête ESCAPAD (OFDT) + enquête européenne ESPAD	cf. fiches 41 (ESCAPAD) et 38 (ESPAD)	Rationalisation de l'observation en cours pour ESCAPAD.
Comportements individuels	Consommation d'alcool	Enquêtes de la DREES .	cf. fiche 15	Enquête nouvelle : manque de recul

Domaine	Champ	Source	Références des fiches et tableaux "pour plus d'information"	Limites
Risques liés au milieu	Environnement	Sources produites par divers organismes: INEIR, OPRI + InVS et INSERM		Disparités des instruments d'observation. Certains champs ne sont pas couverts. Le suivi particulier du saturnisme est assuré; il est moins développé pour les autres maladies.
Risques liés au milieu	Risques au travail	Cohorte ESTEV - santé vieillissement au travail autres travaux de l'INSERM etc..	cf. fiche 36 + tableau "cohortes et enquêtes de l'INSERM"	Périodicité irrégulière. Certains champs ne sont pas couverts.
Risques liés au milieu	Risques au travail	Enquête nationale réalisée par la médecine du travail (SUMER)	cf. fiche 11	Périodicité irrégulière. Par suite d'extensions, la prochaine enquête couvre tous les secteurs (y compris hospitalier) sauf la Fonction publique et les transports urbains.
Éclairages particuliers				
Santé des femmes	Contraception, IVG	Cohorte COCON et divers travaux de l'INSERM...	cf. fiches 17 (périnatalité) et 33 (COCON) + tableau "cohortes et enquêtes de l'INSERM"	Périodicité irrégulière ou caractère encore expérimental

Domaine	Champ	Source	Références des fiches et tableaux "pour plus d'information"	Limites
Santé des femmes	Ménopause	Divers travaux de l'INSERM sur les fractures ostéoporotiques et diverses pathologies	cf. tableau "cohortes et enquêtes de l'INSERM"	Caractère encore expérimental. Certains champs ne sont pas couverts.
Santé des femmes	Violences	ENVEFF -violences envers les femmes	cf. tableau "cohortes et enquêtes de l'INSERM"	Caractère encore expérimental
Indicateurs indirects	Consommation et offre de soins	Statistiques des caisses sur la consommation + enquêtes et répertoires de la DREES sur l'offre		Codages encore insuffisamment significatifs pour la consommation + exhaustivité non atteinte parfaitement pour l'offre

Tableaux actualisés le 17 juin 2002

COHORTES ET ENQUETES DE L'INSERM

Ce tableau a été préparé par les rapporteurs en opérant une sélection, sur le site internet de l'INSERM, parmi les cohortes et enquêtes présentées par la base de données.

Les critères de sélection appliqués sont la taille de la cohorte ou de l'échantillon ainsi que le thème d'observation.

Certaines cohortes ou enquêtes décrites par ailleurs sous forme de fiches détaillées ne figurent pas dans le présent tableau: cohortes "COCON", ESPAD, ESTEV, E3N, SU VI MAX, enquêtes périnatalité et VESPA

	intitulé	unité concernée	responsable	type	nombre de sujets prévus/inclus	pathologie visée	population concernée	dates	sujets sains	sujets malades	thèmes de rattachement
1	Étude des prédispositions génétiques aux cancers de l'enfant	U 521	Laurence Bruguières	étude familiale (question. + prélèv.sanguin)	20000/18000	facteurs génétiques prédisposant / cancer chez enfant	toutes classes d'âge	01/01/1991 01/12/2002	oui	oui	cancer / facteurs de risques (FR)
2	Radiations ionisantes environnementales et risque de leucémie de l'enfant	U 170	Jacqueline Clavel	données issues d'un question.	5000	leucémie chez l'enfant	enfants en France métropolitaine	01/01/1990 01/01/2002	oui	oui	cancer / FR
3	Cancer après irradiation pour un angiome dans l'enfance	U 521	Florent de Vathaire	cohorte : question.	8000/6000	étude de cancer radio-induit...	0-15 ans	01/01/1995 01/01/2002	oui	oui	cancer / FR
4	Cancers après un cancer de la thyroïde	U 521	Florent de Vathaire	cohorte : question.	3700	rôle de l'iode 131 dans le risque de cancer et leucémie après un cancer de la thyroïde	toutes classes d'âge	01/01/1989 01/01/2003	oui	oui	cancer / FR
5	Second cancer après cancer de l'enfant	U 521	Florent de Vathaire	cohorte : question.	4500	rôle de radiothérapie et de chimio. dans le risque de cancer...	0-15 ans	01/01/1985 01/01/2005	oui	oui	cancer / FR
6	Seconds cancers après un cancer du sein	U 521	Florent de Vathaire	cohorte : question.	7711	rôle de radiothérapie et de chimio. dans le risque de second cancer...	toutes classes d'âge	01/01/1993 01/01/2002	oui	oui	cancer / FR

	intitulé	unité concernée	responsable	type	nombre de sujets prévus/inclus	pathologie visée	population concernée	dates	sujets sains	sujets malades	thèmes de rattachement
7	Étude géographique de la mortalité par cancer	U 522	Florent de Vathaire	Étude quantitative / certificats de décès	indéterminé	Étudier les variations de la mortalité par cancer autour de sites potentiellement polluants	enfants/adultes	01/01/1995 01/01/2005	non	oui	cancer / FR
8	Étude sur les travailleurs des entreprises contractantes de l'industrie nucléaire française	U 523	Florent de Vathaire	étude qualit. (question.+ prélèv. sanguin)	11000	Étude de l'incidence et de la mortalité par cancer	adultes	01/06/2001 01/12/2005	oui	oui	cancer / FR
9	Mastopathies bénignes et risque de cancer du sein	U 521	Monique Le	cohorte : question.	5700	acteurs hormonaux et risques de cancer du sein	20-85 ans	01/01/1997 01/01/2001	non	oui	cancer / FR
10	GAZEL: rôle prédictif de certains facteurs psychologiques dans la survenue de cancers	U 170	Sylvaine Cordier	cohorte GAZEL	15200	liens entre facteurs psy et cancers		01/01/1994	oui	oui	cancer / FR
11	Reconstitution de la cohorte des enfants ayant vécu à Beaumont La Hague	U 292	Alfred Spira	questionnaire	6000	Calcul incidence des leucémies chez enfants ayant séjourné au moins 4 ans à Beaumont la Hague	enfants	01/01/2000 01/09/2001	oui	oui	cancer / FR
12	ISAAC DOM-TOM Allergie en milieu tropical	U 472	Isabella Annesi-Maesano	étude quantit. (question.)	12000	facteurs environnementaux de l'allergie	enfants de 13-14 ans	01/01/1999 01/12/2001	oui	non	allergie
13	ISSAC II France pollution atmosphérique / santé respiratoire et allergique des écoliers	U 473	Isabella Annesi-Maesano	étude qualit. (question.+ recueil d'urine + prélèv. sanguin)	6000	facteurs de risques des maladies allergiques et respiratoires	enfants de 9-11 ans	01/04/1999 01/06/2000	oui	non	allergie / FR

	intitulé	unité concernée	responsable	type	nombre de sujets prévus/inclus	pathologie visée	population concernée	dates	sujets sains	sujets malades	thèmes de rattachement
14	Étude multicentrique sur l'asthme aigu de l'adulte aux urgences	U 408	Renata Liard	enquête transversale : question. + prélev. sanguin	4200	asthme chez adultes aux urgences	adultes	01/04/1997 01/03/1998	non	oui	allergie
15	Heart Failure	U 535	Richard Isnard	étude cas témoin à partir prélev. sanguin	4100	Étude affections cardio-vasculaires	enfants/ adultes	01/06/2000 01/06/2004	non	oui	cardio vasculaire
16	Étude prime	U 258	Pierre Ducimetière	cohorte : question. + prélev. Sanguin	10000	évaluation des facteurs de risque de l'infarctus du myocarde	50-59 ans	01/01/1992 01/12/2003	oui	non	cardio / FR
17	Étude des 3 cités	U 360	Annick Alperovitch	cohorte	9300	pathologie vasculaire et démence	>= 65 ans	01/03/1999 01/12/2004	oui	non	cardio vasc, psy
18	Prévalence de l'autisme (comparaison France-Pologne)	U 513	Françoise Billard-Casadebaig	cohorte	40000/20000	prévalence en classe de maternelle	5-6 ans	01/01/1998 01/12/2002	oui	oui	psy.
19	PAQUID	U 330	Jean-françois Dartigues	cohorte : question.	4000/4134	épidémio. descriptive et analytique des démences, épidémio. de la dépendance, étude du vieillissement cérébral normal	+ de 65 ans	01/01/1988 01/12/2010	oui	oui	psy.

	intitulé	unité concernée	responsable	type	nombre de sujets prévus/inclus	pathologie visée	population concernée	dates	sujets sains	sujets malades	thèmes de rattachement
20	Prévention du suicide en France	CEC 1	Anne-Marie Gallot	questionnaire	indéterminé	Évaluation des programmes régionaux de prévention du suicide en France		01/01/1998 01/01/2001			psy.
21	Progress-démence	U 360	Christophe Tzourio	essai randomisé : question.	6105	modification prévalence démence par correction des chiffres tensionnels chez sujets ayant fait un AVC.	18-99 ans	01/01/1997 01/02/2001	non	oui	psy.
22	Étude désir	U 258	Beverley Balkau	cohorte	5214	syndrome d'insulino résistance	30-64 ans	01/01/1994 01/01/2005	oui	oui	diabète
23	Déterminisme génétique des néphropathies diabétiques	U 535	Michel Marre	étude cas témoin : question. + prélev. sanguin	3500	identifier les gènes responsables des néphropathies secondaires au diabète insulino-dépendant	toutes classes d'âge	01/01/2000 01/12/2002	oui	oui	diabète / FR
24	DIABHYCAR	U 525	Philippe Passa	essai randomisé : prélev. sanguin	5000	Diabète, microalbuminurie		01/01/1994			diabète
25	Données épidémiologiques sur le syndrome d'insulino résistance	U 258	Eveline Eschwège	question. + prélev. sanguin	5214	Étude du syndrome d'insulino résistance	adultes	01/01/1994 01/01/2005	oui	oui	diabète
26	Epigrippe : impact de la grippe en population	U 444	Catherine Le Gales	cohorte : question. + prélev. Sanguin	10500/3000	quantifier par suivi des familles impact médical et économique de la grippe	enfants/adultes	01/09/1999 01/04/2000	oui	oui	maladies virales

	intitulé	unité concernée	responsable	type	nombre de sujets prévus/inclus	pathologie visée	population concernée	dates	sujets sains	sujets malades	thèmes de rattachement
27	Base de données hospitalières française sur l'infection à VIH	SC 4	Dominique Costagliola	cohorte : question. + prélev. Sanguin	72000	surveillance et épidémiologie analytique	>= 15 ans	01/01/1992	non	oui	maladies virales
28	Cohorte SEROCO, HEMOCO, PRIMO	U 292	Laurence Meyer	cohorte : question. + prélev. Sanguin	1929	Suivi de cohorte de sujets VIH+, facteurs de pronostic	enfants/ adultes	01/01/1998	non	oui	maladies virales
29	Incidence des complications iatrogènes en réanimation	U 444	Corinne Alberti	cohorte : question.	2900	Étude des complications iatrogènes en réanimation		01/05/1999 01/07/1999	non	oui	complications iatrogènes
30	Sport + conduite à risque	U 472	Marie Choquet	enquête transversale	20000	étude de la liaison entre pratique sportive intensive et conduite à risque	12-24 ans	01/01/1999 01/12/1999	oui	non	facteurs de risques ailleurs qu'au travail
31	EPIDOS (épidémio. de l'ostéoporose)	U 149	Patricia Dargent	cohorte : question. + prélev. Sanguin	7598	étude facteurs de risques de fractures ostéoporotiques	75 ans et +	01/01/1992 01/01/1996	oui	non	facteurs de risques ailleurs qu'au travail
32	Enquête nationale sur les violences envers les femmes en France (ENVEFF)	U 149	Marie-Josèphe Saurel- Cubizolles	enquête transversale : question.	7000	estimer la fréquence des violences envers les femmes; mesurer leur impact sur l'état de santé	adultes	01/01/2000 01/06/2000	oui	oui	violence / femmes
33	EPIPAGE / Étude épidémio. sur les petits âges gestionnels	U 149	Béatrice Larroque	questionnaire	3500/3451	Étude des causes et des conséquences des petits âges gestionnels	enfants	01/01/1997 01/01/2003	oui	oui	naissance

	intitulé	unité concernée	responsable	type	nombre de sujets prévus/inclus	pathologie visée	population concernée	dates	sujets sains	sujets malades	thèmes de rattachement
34	FIVNAT	U 292	Jacques de Mouzon	cohorte	230000	décrire pratique fécondation in vitro en France (indications, pratiques, résultats, conséquences); analyse des facteurs de succès et de risque	enfants/adultes	01/01/1986	oui	non	naissance
35	Suivi d'enfants FIV	U 292	Jacques de Mouzon	cohorte	5000	suivre développement d'enfants conçus par fécondation in vitro au moins 7 ans; le comparer à enfants conçus spontanément.	enfants	01/01/1998	oui	non	naissance
36	FIV enfants	U 293	Jacques de Mouzon	cohorte	2000	description comparative des enfants issus de FIV et autres	enfants	01/01/1995	oui	non	naissance
37	FITE-NAT	U 525	Ludovic Drouet	enquête transversale: question.+ prélev. sanguin	6600/6200	Obtention d'une banque de témoins	adultes	01/01/1998 01/12/1999	oui	non	stérilité/FIV
38	Étude socio-épidémiologique des pratiques contraceptives	U 292	Nathalie Bajos	cohorte	7000	analyse des pratiques contraceptives et des échecs de contraception et de leur évolution au regard de leurs accessibilité et acceptabilité	adultes	01/01/1990	oui	non	contraception + IVG

	intitulé	unité concernée	responsable	type	nombre de sujets prévus/inclus	pathologie visée	population concernée	dates	sujets sains	sujets malades	thèmes de rattachement
39	Étude prospective POLA (Pathologies Oculaires Liées à l'Age)	U 500	Alain Colvez	cohorte	3000/2600	Détermination des facteurs de risque de cataracte et de dégénérescence oculaire	adultes	01/05/95 01/06/2002	oui	oui	dégénérescence liée à l'âge
40	GAZEL : observance et effets à long terme du traitement hormonal substitutif de la ménopause.	U 149	Virginie Ringa	cohorte : question.	2000	analyser les facteurs liés à l'observance du traitement hormonal, analyser les effets positifs et négatifs du traitement à long terme .	adultes	01/11/1990 01/12/2020	oui		ménopause
41	GAZEL : incontinence urinaire en péri et post ménopause; facteurs de risque et impact sur la qualité de vie	U 149	Virginie Ringa	cohorte : question.	2000	estimer impact de l'incontinence urinaire sur la qualité de vie et identifier les facteurs de risque chez des femmes en péri et post ménopause.	adultes	01/06/2000 01/09/2000	oui	oui	ménopause
42	GAZEL, lombalgies	U 88	Annette Leclerc	cohorte : question.	4000	facteurs liés à lombalgie/évolution "naturelle" des lombalgies parmi un sous-ensemble de volontaires de GAZEL	45-60 ans	01/01/1992	oui	oui	risques du travail
43	Facteurs psychosociaux au travail et santé dans la cohorte GAZEL	U 88	Isabelle Niedhammer	cohorte : question.	20624/13000	validation d'instruments d'évaluation des facteurs psychosociaux au travail et construction de matrices emplois-expositions, étude de type étiologique sur les effets prédictifs des facteurs psychosociaux au travail sur la santé .	40-55 ans	01/01/1995	oui	non	risques du travail

	intitulé	unité concernée	responsable	type	nombre de sujets prévus/inclus	pathologie visée	population concernée	dates	sujets sains	sujets malades	thèmes de rattachement
44	Étude de la mortalité de l'enquête PAARC	U 472	Francine Kauffmann	cohorte : question.	20000	étude de l'effet de l'environnement général et professionnel sur la mortalité	25-29 ans (en 1975)	01/01/1996 01/12/2001	oui	oui	risques du travail
45	EUROPOP : enquête européenne sur les risques professionnels de prématurité	U 149	Marie-Josèphe Saurel-Cubizolles	étude cas témoin : question.	13000/14116	analyser le rôle des facteurs professionnels dans l'étiologie de la prématurité et des avortements tardifs	adultes	01/01/1994 01/01/1996	oui	oui	risques du travail
46	Mortalité par lymphome des travailleurs des abattoirs	U 170	Jacqueline Clavel	cohorte	10000	étude mortalité par lymphome ...	adultes	01/01/2000	oui	oui	cancer + risque du travail
47	Étude de la mortalité par cancer chez France Télécom	U 88	Pascal Guenel	cohorte : question.+ Certificats de décès	100000	étude mortalité par cancer par groupe professionnel en fonction des expositions professionnelles	adultes	01/01/1998 01/12/2002	oui	oui	cancer + risque du travail
48	Mortalité par cancer broncho-pulmonaire et expositions professionnelles aux hydrocarbures polycycliques aromatiques chez les ouvriers du revêtement routier	U 170	Isabelle Stucker	cohorte : question.	15000	étude de la mortalité des salariés de l'industrie routière française	adultes	01/01/1997	oui	oui	cancer + risque du travail

Tableaux actualisés le 15 février 2002

REGISTRES QUALIFIES PAR LE COMITE NATIONAL DES REGISTRES

intitulé des registres	coordonnées du responsable	événement couvert	zone géographique et population couverte	disponibilité des données / années recensées	disponibilité des données / nombre moyen de cas	Participation à un réseau ?
cancers : 21 registres						
Registre bas-rhinois des cancers	Pr Paul Schaffer/ Laboratoire d'épidémiologie et de santé publique Faculté de médecine 4, rue Kirshleger 67085 Strasbourg cedex /Tel : 03 88 36 85 97 Fax : 03 88 24 01 31 Mail : paul.schaffer@medecine.u-strasbg.fr	tous cancers	département du Bas-Rhin 1 030 000 hab.	1975-1997 (validées) ; 1998-99 (en cours)	sur la période 1996-99 : 4300	FRANCIM EUROCIM
Registre des cancers du Calvados	Dr Michel Henry-Amar / Centre régional François baclesse route de Lion sur mer 14076 Caen cedex / Tel: 02 31 45 50 93; Fax: 02 31 45 50 97; Mail: m.henry.amar@baclesse.fr	tous cancers sauf localisations digestives	département du Calvados 640 000 hab.	1978-95 (validées) ; 1996-98 (en cours)	sur la période 1996-99 : 2300	FRANCIM EUROCIM
Registre des tumeurs du Doubs	Pr Mariette Mercier / CHU 2, place St-jacques 25030 Besançon cedex / tel: 03 81 21 83 12; Fax: 03 81 21 83 11; mail: registre-cancers@chu-besancon.fr	tous cancers	département du Doubs 484 828 hab.	1977-97 (validées) , 1998 (en cours)	sur la période 1996-99 : 2000	FRANCIM
Registre des tumeurs de l'Hérault	Pr Jean-Pierre Daurès / espace de prévention rue des apothicaires BP4111 34091 Montpellier cedex / tel: 04 67 41 34 17 ou 04 67 61 31 24; Fax: 04 67 63 42 26; Mail: registre-tumeurs@wanadoo.fr	tous cancers	département de l'Hérault 890 000 hab.	1986-1996 (validées) ; 1997-98 (en cours)	sur la période 1996-99 : 3700	FRANCIM / ARCOU (assoc recherche et consensus en oncurologie)/ Groupe monpellierain de neuro-oncologie/ réseau onco-LR (régional)
Registre des cancers de l'Isère	Dr François Menegoz 21, chemin des sources 38120 Meylan / Tel: 04 76 90 76 10; Fax: 04 76 41 87 00; Mail: registre.cancer.isere@wanadoo.fr	tous cancers	département de l'Isère 1 085 000 hab.	1979-96	sur la période 1996-99 : 4314	FRANCIM Réseau Européen des Registres des Cancers (ENCR)
Registre général des cancers de la Manche	Dr Anne-Valérie Guizard CH Louis Pasteur BP 208 50102 Cherbourg cedex / Tel: 02 33 43 97 70; Fax: 02 33 43 97 72	tous cancers + recueil spécialisé Hémopathies	département de la Manche 483 878 hab.	1994-96 (validées) ; 1997-98 (en cours)	sur la période 1996-99: 2300 + 224 cancers in situ	FRANCIM + Fédération des registres bas normand

intitulé des registres	coordonnées du responsable	événement couvert	zone géographique et population couverte	disponibilité des données/années recensées	disponibilité des données/nombre moyen de cas	participation à un réseau ?
Registre des cancers de la Martinique géré par l'assoc martiniquaise des recherches épidémi en cancérologie (AMREC)	Dr M.L. Briollais Hôpital Clarac Bd Pasteur 97200 Fort de France / Tel: 05 96 60 32 48; Fax: 05 96 70 42 39; Mail: amrec@outremer.com	tous cancers	Martinique: 400 000 hab.	1981-95 (validées)	sur la période 1996-99 : 900	FRANCIM EUROCIM
Registre des cancers du Haut-Rhin	Dr Antoine Buemi / Assoc pour la recherche épidémi par les registres dans le Haut-Rhin ARER 68 9, rue du Dr léon Mangeney BP 1070 68051 Mulhouse cedex / Tel: 03 89 64 79 96; Fax: 03 89 64 79 71; Mail: buemia@ch-muhouse.fr	tous cancers	département du Haut-Rhin 700 000 hab.	1988-96 (validées), 1997-99 (en cours)	sur la période 1996-99 : 3300 (hors carcinomes baso-cellulaires cutanés)	FRANCIM Réseau Européen des Registres des Cancers (ENCR)
Registre des cancers du Tarn	Dr Pascale Grosclaude INSERM U 518 Faculté de médecine 37, allée Jules Guesde 31073 Toulouse : Tel: 05 61 32 90 11; Fax: 05 62 26 42 40; Mail: grosclau@cict.fr ou regitarn@cict.fr	tous cancers	département du Tarn 420 000 hab.	1982-95 (validées)	sur la période 1996-99 : 1700 (résultats cf. www.arhmip.fr/cancer)	FRANCIM
Registre des cancers de Nouvelle -Calédonie	Dr Francine Baumann Institut Pasteur de Nouvelle-Calédonie 9/11 av. Paul Doumer BP 61 98845 Nouméa cedex / Tel: (687) 27 26 66 ou 02 87; Fax: (687) 27 33 90; Mail: fbaumann@pasteur.nc	tous cancers	Nouvelle -Calédonie: 196 836 hab.	1977-98 (validées)	sur la période 1996-99 : 400	Registres de la Zone pacifique + Registre national du mésothéliome + Commission du Pacifique sud + CIRC + Centre de recherche sur le cancer de l'université d'Hawaï
Registre des cancers de Polynésie française	Dr Jules YENFA Direction de la santé BP 611 Papeete 98713 Polynésie française tél. : (689) 46 00 58; Fax : (689) 46 00 57	tous cancers	Polynésie française 231 476 hab.	1990-95 (validées) 1998-99 (validées) 2000 (en cours)	1998-99 : 479 cas annuels	Commission du Pacifique sud + CIRC

intitulé des registres	coordonnées du responsable	événement couvert	zone géographique et population couverte	disponibilité des données/années recensées	disponibilité des données/nombre moyen de cas	participation à un réseau ?
Registre des cancers des Pays de la Loire	Dr. Paolo Bercelli IARCLA Hôpital Guillaume et René Laennec Boulevard J. Monod 44093 Nantes cedex 1/Tel: 02 40 16 54 71 / Fax: 02 40 16 54 49 / Mail: docteur.bercelli@wanadoo.fr	tous cancers	départements de Loire Atlantique et de Vendée : 1 674 299 habitants	1991-1998 : colon et sein Loire Atlantique ; 1997: tous cancers Vendée seule ; 1998: tous cancers Loire Atlantique et Vendée	1998 : 7 400 cas (validation en cours - hors baso et spino cutanés)	FRANCIM
Registre du cancer de la Somme : Assoc pour la recherche épidémi par les registres en Picardie	Pr Alain Dubreuil CHR Nord Bâtiment de santé publique 80054 Amiens cedex 1 / Tel: 03 22 45 58 95; Fax: 03 22 45 57 96	tous cancers	département de la Somme 550 000 hab.	1982-95 (validées)	sur la période 1996-99 : 1950	FRANCIM
Registre des mésothéliomes en Aquitaine	Pr Patrick Brochard Laboratoire Santé, travail, environnement (LSTE) ISPED 146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux cedex / Tel: 05 57 57 14 30; Fax: 05 57 57 16 98; Mail: Patrick.Brochard@isped.u-bordeaux2.fr	mésotéliomes	Région Aquitaine : 2 900 000 hab.	1998 - 2000 (validées) 2001 et 2002 en cours	sur la période 1998-2000 : 98 cas	FRANCIM
Registre bourguignon des cancers digestifs	Pr Jean Faivre Fac de médecine 7, Bd. Jeanne d'Arc 21033 Dijon cedex / Tel: 03 80 39 33 40; Fax: 03 80 66 82 51; Mail: jean.faivre@u-bourgogne.fr	cancers digestifs	Côte d'Or et Saône et Loire : 1 000 000 hab.	1976-97 (validées)	sur la période 1996-99 : 1100	FRANCIM + EUROCIIM + EUROCIIM - Milan + European Cancer Prevention organization - Bruxelles + Groupe pour épidémi etenregistr cancers dans pays de langues latines - Genève
Registre des tumeurs digestives du Calvados	Dr Guy Launois CHU Fac de médecine av. Côte de nacre 14032 Caen cedex / Tel: 02 31 06 51 21; Fax: 02 31 53 08 52; Mail: launois@medecine.unicam.fr	cancers digestifs	département du Calvados 640 000 hab.	1978-96 (validées) ; 1997-98 (en cours)	sur la période 1996-99 : 720	FRANCIM + Fédération des registres bas normand

intitulé des registres	coordonnées du responsable	événement couvert	zone géographique et population couverte	disponibilité des données/années recensées	disponibilité des données/nombre moyen de cas	participation à un réseau ?
Registre finistérien des tumeurs digestives	Pr Hervé Gouerou CHU Service d'hépatogastroentérologie 29609 Brest cedex / Tel: 02 98 34 78 63; Fax: 02 98 05 29 70	toutes tumeurs digestives y-c. tumeurs hépato-biliaires	département du Finistère 840 000 hab.	1984-96 (validées)	sur la période 1996-99 : 850	non
Registre des hémopathies malignes de la Côte d'Or	Pr Paule-Marie Carli Fac de médecine 7, Bd. Jeanne d'Arc 21033 Dijon cedex / Tel: 03 80 39 33 93; Fax: 03 80 39 33 93; Mail: paule-marie.carli@u-bourgogne.fr	hémopathies malignes	département de la Côte d'Or 507 300 hab.	1980-96 (validées)	sur la période 1996-99 : 210	FRANCIM + IACR
Registre des hémopathies malignes de Gironde	Dr Alain Monnerieu Institut Bergonié, 229 Cours de l'Argonne, 33076 Bordeaux Cedex. Tel : 05 56 33 33 33 (poste 3820) fax : 05 56 33 33 73 ; e-mail : monnerieu@bergonie.org	hémopathies malignes	département de la Gironde 1287000 hab.	en création 2001		FRANCIM + Réseau de Cancérologie d'Aquitaine
Registre national des leucémies de l'enfant	Dr Jacqueline Clavel INSERM U 170 16, av. Paul vaillant-Couturier 94807 Villejuif cedex / Tel: 01 45 59 50 38; Fax: 01 45 59 51 51; Mail: clavel@vjf.inserm.fr	hémopathies malignes de l'enfant	France métro : 11 millions de - de 15 ans	1990-96 (validées), 1997-98 (en cours)	sur la période 1996-99 : 550	FRANCIM +Reg national tumeurs solides de l'enfant
Registre national des tumeurs solides de l'enfant	Dr Brigitte Lacour, Service de Médecine Infantile II, Hopital d'Enfants-CHU de Nancy, Rue du Morvan, 54511 VANDŒUVRE Cedex / Tel : 03 83 15 45 31 ; Fax : 03 83 15 47 35 ; Mail : b.lacour@chu-nancy.fr	Tumeurs solides malignes de l'enfant	France métro : 11 millions de - de 15 ans	1999-2001 (en cours) (Création en 1999)	900 cas par an attendus (estimation)	FRANCIM + IARC +Reg national leucémies de l'enfant

intitulé des registres	coordonnées du responsable	événement couvert	zone géographique et population couverte	disponibilité des données/années recensées	disponibilité des données/nombre moyen de cas	participation à un réseau ?
malformations congénitales : 2 registres						
Registre des malformations congénitales du centre-est de la France	Dr Elisabeth Robert Institut Europ de Génomutations 86, rue du Dr R. Locard 69005 Lyon : Tel: 04 78 25 82 10; Fax: 04 78 36 61 82; Mail: robieg@univ-lyon1.fr	malformations congénitales chez enfants <= 1 an et fœtus	Rhône Alpes + Auvergne + Côte d'Or, Nièvre, Saône et Loire, Jura (16 dép.)	Rhône Alpes (1976-98) + Auvergne (1983-98) + Côte d'Or et Nièvre (1989-98), Saône et Loire (1990-98), Jura (1985-98))	sur la période 1996-99 : 2000 à 2100	ICBDMS + EUROCAT
Registre des malformations congénitales de Paris	Dr Catherine de Vigan Bâtiment INSERM 16, av. Paul Vaillant-Couturier 94807 Villejuif / tel: 01 42 34 55 75; Fax: 01 43 26 89 79; Mail: goujard@cochin.inserm.fr	malformations congénitales et anomalies chromosom dépistées dans période néonatale	résidents Paris et petite couronne (92,93,94) accouchant à Paris : 37 000 nais./an. Résidents Paris accouch. hors Paris : 6500 nais./an	1981-98 (validées)	sur la période 1996-99 : 1340	Réseau français des malform congen. + EUROCAT : Institut d'hygiène et d'épidémio - Bruxelles + ICBDMS - Rome
cardiopathies ischémiques : 3 registres						
Registre bas-rhinois des cardio. Ischém.	Dr Dominique Arweiler labo épidémio et santé publique université L. Pasteur 4, rue B.Pascal 67000 strasbourg / Tel: 03 88 36 85 97; fax: 03 88 24 01 31; mail: monica@medecine.u-strasbg.fr	infarctus myocarde, décès coronaires, morts subites	Bas-Rhin: hommes et femmes âgés de 35 à 74 ans = 450 000 individus	1996 (année de transition), 1997, 1998, 1999 (en cours)	sur la période 1996-99 : 1100	Monica-France + Monica-OMS
Registre des cardio. Ischém. de Haute-Garonne	Dr Jean Ferrières ORS Midi-Pyrennées Fac de médecine 37, allée Jules Guesde 31073 Toulouse / tel: 05 61 52 18 70; Fax: 05 62 26 42 40; Mail: ferriere@cict.fr	infarctus myocarde probable ou certain	Haute-Garonne : hommes et femmes âgés de 35 à 74 ans = 460 000 indiv.	1996 (année de transition), 1997, 1998, 1999 (en cours)	sur la période 1997-99 : 720	Monica-France + Monica-OMS + Monica Regicor
Registre des cardio. Ischém. de la communauté urbaine de Lille	Pr philippe Amouyel institut Pasteur de Lille unité d'épidémio et santé publique INSERM U 508 1, rue du Pr Calmette 59019 Lille cedex / Tel: 03 20 87 77 10; Fax: 03 20 87 78 94; Mail: philippe.amouyel@pasteur-lille.fr	infarctus myocarde	Com. Urb. Lille: hommes et femmes âgés de 35 à 74 ans = 460 000 indiv.	1996 (année de transition), 1997, 1998, 1999 (en cours)	sur la période 1996-99 : 1300	onica-France + Monica-OMS + EUROASPIRE-Nice

intitulé des registres	coordonnées du responsable	événement couvert	zone géographique et population couverte	disponibilité des données/années recensées	disponibilité des données/nombre moyen de cas	participation à un réseau ?
autres événements de santé : 6 registres						
Registre des maladies inflammatoires de l'intestin du nord-ouest de la France (EPIMAD)	Pr Antoine Cortot Service d'épidémiologie et santé publique Hôpital Calmette -rez de jardin 59037 Lille cedex / tel: 03 20 44 53 43 ou 42 19; Fax: 03 20 44 47 13; Mail: epimad@univ-lille2.fr	maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, proctite ulcérée et colite inclassable depuis 1988	Nord, Pas de Calais, Somme, Seine Maritime : 5 557 014 hab.	1988-97 (validées), 1998-99 (en cours)	sur la période 1996-99 : 850 dont 530 certains et probables	non
Registre dijonnais des accidents vasculaires cérébraux	Pr Maurice Giroud Centre universitaire d'épidémiologie de population Fac de médecine 7, Bd. Jeanne d'Arc 21000 Dijon / Tel: 03 80 29 37 53; Fax: 03 80 29 36 72; Mail: maurice.giroud@u-bourgogne.fr	AVC hémorragique ou ischémique	Dijon intra muros : 150 000 hab.	1985-98	sur la période 1996-99 : 207	European Registries of Stroke
Registre des grossesses extra-utérines en Auvergne	Dr Job-Spira INSERM U 292 Secteur bleu Pierre Marie Hôpital de Bicêtre 82, rue du général Leclerc 94276 Le Kremlin Bicêtre / Tel: 01 45 21 23 43; Fax: 01 45 21 20 75; Mail: job@vjf.inserm.fr	grossesses extra-utérines	Allier, Cantal, Puy de Dôme : 750 000 hab.	1992-98	sur la période 1996-99 : 200	non
Registre des handicaps de l'enfant en Haute Garonne	Hélène Grandjean INSERM U 558 Hôpital La Grave 31052 TOULOUSE Cedex / tel 05 61 77 78 08; Fax 05 61 59 24 83; mail : grandjea@cict.fr	enfants ayant au moins 1 déficience sévère (motrice, intellectuelle ou sensorielle) ou 1 trouble psy grave	Haute-Garonne : enfants de 0 à 12 ans / 13 000 naissances par an	1976-1985 années 86-90 en cours de validation	environ 100 cas par an	Réseau européen surveillance déficiences motrices SCPE + projet BIOMED
Registre des handicaps de l'enfant et observatoire périnatal (RHEOP)	Dr Christine Cans Centre départ de santé 23, av. Albert 1er de Belgique 38000 Grenoble / tel: 04 76 46 81 06 ou 87 62 40; Fax: 04 76 46 81 06; Mail: chritine.cans@imag.fr	Inclusion d'enfants ayant au moins 1 déficience sévère (motrice, intellectuelle ou sensorielle) ou 1 trouble psy grave / Enregistrement des IVGT et de la mortalité	Isère: enfants de 0 à 8 ans (98 000 enfants) / 14 000 naissances par an	Handicap de l'enfant: 1980-1990 / événements périnataux: 1988-98	sur la période 1996-99 : 120 cas de handicap, 80 cas d'IVGT, 70 cas de mortalité	Réseau européen surveillance déficiences motrices SCPE + projet BIOMED

intitulé des registres	coordonnées du responsable	événement couvert	zone géographique et population couverte	disponibilité des données/années recensées	disponibilité des données/nombre moyen de cas	participation à un réseau ?
Registre des victimes d'accidents corporels de la circul. routière dans le Rhône	Dr Bernard Laumon INRETS Institut nation recherche transports et sécurité 25, av. F.Mitterrand 69500 Bron / Tel: 04 72 14 25 11; fax: 04 72 14 25 20; Mail: bernard.laumon@inrets.fr	Atteinte intégrité corporelle lors accident de la circul routière	Départ du Rhône (zone de survenue de l'accident) : 1,5 million hab./ essentiel des victimes réside dans le Rhône	1995-97 (validées), 1998-99 (en cours)	sur la période 1996-99 : 9000 + 1500 hors définition officielle d'accident	non

Tableaux actualisés le 19 mars 2002

Liste des fiches

Les fiches sont présentées selon l'ordre alphabétique des organismes responsables de sources. La date figurant dans chaque fiche est la date de mise à jour.

	Pages
1. Enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires (INCA2) / AFSSA, InVS	57
2. Observatoire épidémiologique permanent / CEGEDIM - BKL-Consultants - Thalès	60
3. Baromètre santé / INPES (ex. CFES)	62
4. Prévalence des Affections de Longue Durée (ALD) / CNAMTS	65
5. Incidences médico-sociales des Affections de Longue Durée (INC ALD 30) / CNAMTS	68
6. Causes médicales des pensions d'invalidité nouvellement attribuées / CNAMTS	72
7. Programme national de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2 / CNAMTS	74
8. Hypertension artérielle (Enquête HTA1-HTA2) / CNAMTS	77
9. Base nationale de données sur les accidents du travail et maladies professionnelles (CRAM ATMP) / CNAMTS	80
10. Enquête Santé Soins et Protection Sociale (ESPS) / CREDES	83
11. Enquête sur la surveillance médicale des risques professionnels (SUMER) / DARES	87
12. Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) / DREES	90
13. Exploitation des certificats de santé / DREES	94
14. Enquêtes santé en milieu scolaire / DREES	96
15. Enquête de prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins / DREES	98
16. Enquête de santé mentale en population générale / DREES	100
17. Enquête nationale de périnatalité / DREES, INSERM, DGS	102
18. Enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales / DREES	105
19. Enquête sur les pratiques médicales des généralistes / DREES	108

20. Statistiques trimestrielles sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) / DREES	110
21. Enquête annuelle auprès des Commissions Départementales d'Éducation Spéciale (CDES) / DREES	113
22. Informatisation des traitements administratifs des COTOREP / DREES	117
23. Base accidents du travail / DRT	120
24. Étude permanente de la prescription médicale (EPPM) / IMS-Health	122
25. Enquête décennale sur la Santé et les Soins Médicaux 2002-2003 (ES 2002-2003) / INSEE	125
26. Enquête « Handicaps –Incapacités -Dépendance » (HID) / INSEE	128
27. Enquête permanente sur les Conditions de Vie des ménages (EPCV) (partie variable de mai 2001 « comportements vis-à-vis de la santé ») / INSEE	132
28. Enquête permanente sur les Conditions de Vie des ménages (EPCV) (partie « Santé » des indicateurs sociaux) / INSEE	135
29. Échantillon démographique permanent (EDP) / INSEE	137
30. Enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement et de distribution de repas chauds gratuits (SD2001) / INSEE	140
31. Statistique nationale des causes médicales de décès / INSERM	144
32. Réseau de médecins généralistes libéraux Sentinelles ©/ INSERM	147
33. Suivi de cohorte sur la contraception et l'IVG (COCON) / INSERM	150
34. Enquête de cohorte sur la nutrition (SU VI MAX) / INSERM	152
35. Étude Épidémiologique auprès des femmes de la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale (E3N) -Suivi de cohorte- / INSERM	155
36. Enquête Santé, Travail et Vieillesse (ESTEV) -Suivi de cohorte- / INSERM	161
37. Enquête sur les conditions de vie des personnes atteintes du VIH (VESPA) / INSERM	165
38. European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD) / INSERM, OFDT, ministère de l'Éducation Nationale	167
39. Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante (EPAC) / InVS	170
40. Maladies à Déclaration Obligatoires (MDO) / InVS	173
41. Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense (ESCAPAD) / OFDT	181
42. Accidents de la circulation / ONISR (ministère de l'équipement)	183
43. Enquête sur la santé bucco-dentaire / UFSBD	185

Enquête Individuelle et Nationale sur les Consommations Alimentaires (INCA 2)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Enquête Individuelle et Nationale sur les Consommations Alimentaires

1.2 – Sigle : INCA 2

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée : Observatoire des Consommations Alimentaires de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments

2.2 - Personnes à contacter.

Jean-Luc Volatier Tél : 01 49 77 38 04 Fax : 01 49 77 38 92 jl.volatier@afssa.fr

Lionel Lafay Tél : 01 49 77 38 99 Fax : 01 49 77 38 92 l.lafay@afssa.fr

3° Objectifs

La loi du 6 juillet 1998 charge l'Observatoire des Consommations Alimentaires de l'AFSSA de mesurer les consommations alimentaires et leurs incidences sanitaires. L'unité de surveillance et d'épidémiologie nutritionnelle de l'InVS est chargée de l'évaluation du Plan National Nutrition Santé en collaboration avec l'AFSSA au moyen de l'enquête INCA2.

L'objectif de l'enquête est de décrire aussi précisément que possible les consommations alimentaires de la population française pour l'ensemble des besoins d'évaluation des risques alimentaires dans les domaines de la nutrition, des additifs arômes et auxiliaires technologiques, des contaminants et résidus de pesticides, des matériaux au contact des denrées alimentaires et de la microbiologie.

Une surveillance des marqueurs biologiques de l'état nutritionnel ou des expositions à certains contaminants physico-chimiques comme les métaux lourds est pilotée par l'InVS dans le cadre de l'Étude Nationale Nutrition Santé (ENNS) couplée à l'enquête INCA2.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Un échantillon représentatif des ménages ordinaires sera constitué sur la base du recensement.

Champ géographique : France métropolitaine.

Catégories de population visées : ménages ordinaires, enfants de 3 ans et plus, adultes.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Échantillonnage des ménages par tirage aléatoire stratifié par région et taille d'agglomération dans le recensement, tirage d'une personne Kish par ménage.

Un échantillon national de 4000 adultes et 2000 enfants est prévu.

Les données produites ne seront pas représentatives au niveau des régions de programme. Des analyses de disparités de consommation alimentaire entre le Nord et le Sud de la France seront effectuées après redressement.

4.3 – Ancienneté du recueil .

Première enquête INCA 1: 1998-1999

La passation d'INCA 2 doit se dérouler en plusieurs vagues durant l'année 2003.

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

Les données collectées seront conservées 5 ans puis archivées.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

- enquête de consommation alimentaire (carnet de 7 jours) ;
- questionnaire sur les caractéristiques socio-démographiques, les attitudes et habitudes alimentaires, l'activité physique et le mode de vie ;
- mesure de paramètres biologiques, cliniques et anthropométriques : poids, taille, tension artérielle, cholestérolémie, glycémie, triglycéridémie, imprégnation à l'arsenic, plomb, mercure, cadmium.

5.2 – Nomenclatures employées.

La nomenclature alimentaire utilisée est celle de la table nationale de composition des aliments du CIQUAL. Elle est compatible avec les nomenclatures alimentaires européennes Eurocode, EFG, DAFNE, CIAA et avec le langage de description des aliments Langual.

Les nomenclatures socio-démographiques sont celles usuellement utilisées dans les enquêtes de l'INSEE et notamment l'enquête Santé décennale.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Un rapport général de résultats sera publié en 2004-2005. Des publications seront ultérieurement soumises à des revues scientifiques.

Dernière publication :

INCA 1 : Volatier J-L., coordonnateur (2000) Enquête Individuelle et Nationale sur les Consommations Alimentaires. Editions TEC et Doc Lavoisier

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Les modalités d'accès doivent être délibérées lors du prochain comité de pilotage de l'enquête.

6.2 – Accès à la demande .

Une base de données désagrégées sera mise à disposition des chercheurs en nutrition, épidémiologie et sciences sociales sous forme de CD-ROM.

Les modalités d'accès doivent être délibérées lors du prochain comité de pilotage de l'enquête.

7° Précautions d'usage

Les caractéristiques des non répondants, notamment au volet biologique seront analysées pour indiquer les biais éventuels.

Le carnet de consommation a été validé par bio-marqueur (azote urinaire). Les sous-déclarants éventuels seront identifiés par la méthode de Goldberg.

8° Perspectives d'évolution

Une étude de faisabilité générale portant sur l'acceptabilité d'un volet biologique dans une enquête alimentaire est en cours.

Une surveillance périodique des apports et de l'état nutritionnel de la population française est prévue tous les 5 ans.

Mise à jour : le 08/02/2002

Observatoire épidémiologique permanent CEGEDIM/THALES

1° Désignation de la source

1.1– Nom détaillé . Observatoire épidémiologique permanent THALES

1.3 – Sigle.

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée

CEGEDIM / BKL-Consultant /Thalès

2.2 - Personne à contacter.

BKL Consultant 22 rue d'Aguesseau BP 405 92103 Boulogne – Billancourt cedex
Tel : 01 49 09 84 29 ; Fax : 01 49 09 28 79 ; Mail :

3° Objectifs

La société BKL Consultant réalise, au profit de sa clientèle, depuis de nombreuses années une enquête permanente sur la pratique et la prescription médicale. La base de sondage de cette enquête est constituée par un fichier de médecins régulièrement mis à jour par BKL Consultant.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données.

Enquête permanente

L'observatoire épidémiologique permanent THALES est fondé sur l'activité régulière d'un échantillon national de médecins libéraux (généralistes, cardiologues, neurologues) équipés du logiciel Doc'Ware. Chaque médecin adhérent à l'Observatoire transmet volontairement de manière anonyme et codée l'ensemble des dossiers médicaux de ses patients. La procédure d'anonymisation du patient est effectuée sans retour en arrière possible sur son identité, mais un patient donné revenant voir le même médecin garde le même numéro, ce qui permet de recueillir et d'analyser longitudinalement les dossiers - patients.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Échantillonnage.

En 1999, le panel est constitué de 623³ médecins généralistes (MG) ; les médecins à mode d'exercice particulier ne sont pas inclus.

La représentativité des panels est assurée sur les trois critères que sont la région d'exercice, l'âge et le sexe des praticiens. Cette garantie de représentativité sur les critères usuels considérés comme ayant un impact sur les pratiques de prescription, permet de procéder à des extrapolations nationales sur les

³ Il a été étendu à 1 100 médecins généralistes en 2000.

paramètres mesurés (France Métropolitaine). Un contrôle est effectué sur 3 autres critères : le mode d'exercice (seul ou groupe), le secteur de convention et le potentiel de prescription. Le mode de recrutement des médecins est opéré en fonction de ces critères.

4.3 – Ancienneté du recueil .

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Les données recueillies sont de plusieurs ordres :

- les caractéristiques des patients : année de naissance, sexe, catégorie socioprofessionnelle, département de résidence, facteurs de risque (tabac, alcool...), taille, poids, antécédents médicaux, événements de la vie génitale (contraception, grossesse, ménopause) ;
- les caractéristiques de la consultation du jour : motif, symptômes, diagnostics, prescriptions pharmaceutiques, prescriptions d'examens complémentaires, d'actes paramédicaux, d'arrêts de travail etc.
- avec, sur les prescriptions pharmaceutiques, des précisions sur : la posologie, la durée de traitement, le renouvellement, l'indication médicale, l'initiation du traitement, la prise en charge éventuelle à 100 %, les co-prescriptions.

Par ailleurs, sont disponibles les caractéristiques suivantes des médecins : âge, sexe, région d'exercice, secteur conventionnel, mode d'exercice et mode d'activité.

Pour chaque séance est indiqué le motif principal de recours. Chaque prescription est également associée à un motif.

5.2 – Nomenclatures employées.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

Non

6.2 – Accès à la demande .

Accès normalement réservé aux clients de BKL Consultant.

7° Précautions d'usage

8° Perspectives d'évolution

Mise à jour : le 12/02/2002

Baromètre Santé

1° Désignation de la source

1.4 – Nom détaillé : **Baromètre Santé**

1.5 – Sigle : sans objet

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée

CFES – Service Etudes et Evaluation

2.2 - Personne à contacter.

M. Philippe Guilbert – INPES (ex. CFES), 2 rue Auguste Comte BP 51 – 92 174 Vanves Cedex
Tél. : 01 41 33 33 33 Fax : 01 41 33 33 86 Mail : philippe.guilbert@cfes.sante.fr

3° Objectifs

Évaluer les attitudes, les comportements et les connaissances des Français en matière de santé.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Les données sont recueillies par un institut de sondage (choisi après appel d'offre) et concernent la population générale parlant le Français (12-75 ans). Les données sont représentatives au niveau national. En 1999, une représentativité régionale a été obtenue par le biais de sur-échantillons pour 5 régions : Alsace, Nord-Pas-de-Calais, Pays de la Loire, Picardie (*pour les 12-25 ans*) et Poitou- Charente (*12-75 ans*). Deux extensions régionales de 1000 sujets âgés de 18 à 75 ans sont prévues dans le cadre du baromètre santé nutrition 2002.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Echantillonnage.

Tirage aléatoire dans l'annuaire France Télécom. Envoi d'une lettre annonce avant tout appel. Sélection de l'individu selon la méthode "anniversaire". Pondération de la base par le nombre de personnes éligibles dans chaque ménage et redressement selon le recensement de l'INSEE. En 1999, les personnes inscrites sur liste rouge ont pu participer à l'enquête (augmentation de la représentativité). Respect des règles d'anonymat et de confidentialité conformément aux recommandations de la CNIL.

4.3 – Ancienneté du recueil .

Depuis 1992

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

A ce jour, illimitée

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

- Perception de la santé,
- Qualité de vie, santé mentale,
- Habitudes alimentaires
- Activité sportive,
- Vaccination,
- Tabac,
- Alcool,
- Drogues illicites,
- Accidents de la vie courante,
- Violences physiques et prises de risques,
- Comportements sexuels, contraception, MST et prévention du VIH,
- Consommation de soins et prise en charge de la douleur,
- Dépistage des cancers.

5.2 – Nomenclatures employées.

Sans objet

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Parution d'un ouvrage "Baromètre santé" en population générale tous les 3 ans. D'autres Baromètres concernent les médecins généralistes, les pharmaciens d'officine (1998) et la nutrition (1996). Dernière publication : "Baromètre santé 2000 – Méthode (vol 1) et résultats (vol 2) Éditions CFES".

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Transmission de la base à des organismes publics (INSERM, CNRS, OFDT, CREDES...) sous réserve d'un accord à signer entre les deux parties. Support : CD-Rom ou disquette.

6.2 – Accès à la demande .

La base peut être donnée (sous réserve d'un accord à signer entre les deux parties) :

- à des partenaires financiers,
- aux auteurs du Baromètre santé (dans le cas de collaborations externes),
- à des institutions travaillant dans le champ de la santé publique ou de la recherche médicale.

La base est anonyme (respect des recommandations de la CNIL).

7° Précautions d'usage

Lors de l'analyse des données, il est nécessaire :

- d'activer la variable de pondération,
- d'utiliser de préférence un logiciel qui prend en compte la structure de l'échantillon (STATA, SUDAAN).

Lors du commentaire des données, il est nécessaire de ne pas oublier qu'il s'agit d'observations **déclarées**.

Limites : les données ne concernent pas les personnes qui n'ont pas le téléphone (< 5% de la population française), ni celles qui ne possèdent qu'un téléphone portable, ni celles qui sont sur liste rouge (sauf l'enquête de 1999).

8° Perspectives d'évolution

Parution en 2001 de l'ouvrage "Baromètre santé 2000" qui présentera de façon détaillée l'ensemble des résultats de l'enquête qui a eu lieu en 1999 sur 13 685 individus.

Réalisation d'un second Baromètre santé Nutrition en février 2002.

La méthodologie ne devrait pas être modifiée, seules les personnes ne possédant que des téléphones portables font à présent l'objet d'une réflexion pour savoir comment les inclure dans nos enquêtes.

Mise à jour : le 11/03/2002

Prévalence des Affections de Longue Durée (ALD)

1° Désignation de la source

1.1 - Nom détaillé : Enquête statistique nationale. Prévalence des affections de la liste des ALD 30 en 1994

1.2 - Sigle : PREV ALD 30 1994

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée :

CNAMTS

ENSM

Département Analyse des Soins de Ville et Hospitaliers

Division Enquêtes

2.2 - Personne à contacter :

Dr Joëlle Guilhot

CNAMTS - ENSM

66 avenue du Maine

75694 Paris Cedex 14

tél. : 01.42.79.32.69

email : joelle.guilhot@cnamts.fr

3° Objectifs

L'assurance Maladie des Travailleurs Salariés a lancé une enquête statistique nationale sur les affections appartenant à la liste des ALD 30 pour connaître leur prévalence un mois donné (novembre 1994).

Cet objectif principal est complété par trois objectifs secondaires : connaître les coûts par patient, contrôler l'usage qui est fait de l'ordonnancier bi-zone et recueillir des données médicales complémentaires sur quatre affections déterminées : le diabète non-insulino dépendant, l'hypertension artérielle, l'insuffisance rénale chronique et l'infection par le VIH.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

L'enquête portait sur les bénéficiaires d'une ou plusieurs ALD 30 du régime général de l'Assurance Maladie *stricto sensu* (à l'exception des sections locales mutualistes), à partir d'un échantillon représentatif de la population des malades exonérés pour une affection appartenant à la liste du régime général *stricto sensu*.

Des requêtes informatiques ont permis la sélection des patients et des informations relatives à leurs dépenses remboursées au cours des 6 derniers mois, en rapport ou non avec l'ALD. D'autres informations ont été obtenues à partir du dossier médical détenu au Service Médical (nature de(s) l'affection(s) à l'admission) ou auprès du médecin traitant et/ou après examen du malade (nature de(s) l'affection(s) prévalente(s) en novembre 1994, nature d'une nouvelle ALD inconnue au moment de l'enquête).

Un questionnaire principal a été rempli pour chaque patient inclus dans l'échantillon, complété par un questionnaire complémentaire si le patient était exonéré au titre d'une ou de l'autre des quatre affections figurant dans les objectifs secondaires.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

L'échantillon représentait 2 % de l'ensemble des bénéficiaires en ALD 30. Pour le traitement de l'ordonnancier bi-zone un sous-échantillon égal au 1/10 de l'échantillon a été constitué.

L'échantillon n'a pas de représentativité infra-nationale.

4.3 – Ancienneté du recueil :

Recueil effectué en décembre 1994.

4.4 – Durée de conservation des données collectées :

15 ans (2009)

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées :

Questionnaire principal :

- Patient : Age et sexe des patients, CPAM d'affiliation, affections à l'admission et affections prévalentes en novembre 1994, date de début de l'ALD, date de fin de l'ALD, nouvelle affection, affection hors liste ou polyopathologies associées.
- Ordonnancier : lignes de prescription et montants remboursés en rapport avec l'ALD : ensemble, portés à tort. Surcoût théorique.
- Dépenses remboursées des 6 derniers mois : total, honoraires médicaux, autres honoraires, pharmacie, biologie, hospitalisation privée (hors honoraires), hospitalisation publique.

Questionnaire complémentaire :

- DNID, HTA, IRC : paramètres biologiques, traitement, suivis.
- Infection par le VIH : date et circonstance de la découverte, suivi, traitement (phase de séropositivité sans maladie déclarée) ; date d'apparition de la maladie, nature de la pathologie, suivi, traitement (phase de maladie déclarée).

5.2 – Nomenclatures employées :

Codification des maladies dérivée de la CIM10

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique.

611 Diffusion systématique sur support papier.

Article principal :

1. Fender P., Païta M., Ganay D., Benech JM. Prévalence des 30 affections de longue durée pour les affiliés du Régime Général de l'Assurance Maladie en 1994. Revue Epidémiol et santé publique 1997 ; 45 : 454 – 464.

Autres articles :

2. Ganay D., Fender P., Benech J.M. Enquête nationale sur l'usage de l'ordonnance bi-zone. Revue Médicale de l'Assurance Maladie 2-1997.
3. Borges Da Silva Ge., Borges Da Silva Gi., Fender P., Brunel M., Allemand H. Prévalence des affections psychiatriques reconnues en affection de longue durée par le Régime Général chez ses affiliés. Ann. Méd. – Psychol., 1998 ; 156 : 445 – 459.
4. Borges Da Silva Ge., Borges Da Silva Gi., Fender P., Brunel M., Allemand H. Prévalence des affections psychiatriques des affiliés du Régime Général par région. Ann. Méd. – Psychol., 1999 ; 157 : 700–713.
5. Detournay B., Vauzelle – Kerdroedan F., Charles MA, Forban A., Fagnani F., Fender P., Eschwege E. Epidémiologie, prise en charge et coût du diabète de type 2 en France en 1998. Diabète Métab., 1999, 25, 356 : 365.

6. Fender P., Païta M., Salanave B., Ganay D., Allemand H. Dépenses du Régime Général de l'Assurance Maladie en 1994 pour les trente affections de longue durée exonérées. 1999 Santé publique 2000, volume 12, n°1, p 5-19.
7. Assurance Maladie – des soins de qualité pour tous – faits marquants : 15 études. Paris, édition 2000, CNAMTS, chap 4 : 101-109.
8. Cash R., Aïssani M., Fender P. Facteurs influençant le coût du diabète du type 1 sans complication en 1994. Journal d'Economie Médicale, n°4, juillet 2001, p 243-261.

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Base de données conservée à la CNAMTS sous format DBF

6.2 – Accès à la demande.

Par demande écrite auprès de la CNAMTS à l'adresse suivante :
Monsieur le Directeur
CNAMTS
66, avenue du Maine
75694 Paris Cedex 14

7° Précautions d'usage

Pour cette enquête, le coefficient de redressement à prendre en compte pour passer de la population du Régime Général stricto sensu à l'ensemble de la population du Régime Général est de 1,17, et de 1,4 pour passer de la population du Régime Général stricto sensu à l'ensemble de la population française.

8° Perspectives d'évolution

Enquête ad hoc servant de point de comparaison pour des recueils futurs.

Mise à jour : le 10/01/2002

Incidences médico-sociales des 30 affections de longue durée de la liste (INC ALD 30)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé. Incidences médico-sociales des 30 affections de longue durée de la liste (ALD 30)

1.2 – Sigle : INC ALD 30

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée :

CNAMTS
Direction du service médical
Département des Soins de Ville
Division analyse des flux exhaustifs et mission statistique

2.2 - Personne à contacter :

Dr Alain WEILL
CNAMTS – Direction du service médical
66 avenue du Maine
75694 Paris Cedex 14
tél : 01.42.79.36.89
email : alain.weill@cnamts .fr

3° Objectifs

Connaître l'incidence des maladies les plus graves et la répartition des patients par âge, par sexe et selon le territoire géographique (France entière – région administrative – département).

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données

Le Service Médical de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAMTS) recueille de façon systématique les demandes d'ALD 30 et les avis correspondants. Les données exploitées, France entière, portent sur les ALD 30 accordées pour de nouvelles demandes au sein du Régime Général y compris les sections locales mutualistes.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage

Ces statistiques portent sur les bénéficiaires du Régime Général de l'Assurance Maladie, soit 83 % de la population totale française.

4.3 – Ancienneté du recueil

Des données agrégées ont été exploitées depuis 1990. Des données détaillées ont été exploitées en 1990, 1991, 1997, 1998 et 1999.

4.4 – Durée de conservation des données collectées

Illimitée

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées :

el = ELSM (échelon du service médical)
 codepost = code postal du résidence du bénéficiaire (existe depuis 1998)
 sexe = sexe du bénéficiaire
 age = âge du bénéficiaire
 clas_age = classe d'âge quinquennale
 dpt = département d'affiliation du bénéficiaire
 regionad = région administrative
 codcim10 = code CIM-10 à 4 caractères
 libcim10 = libellé de la CIM-10 à 4 caractères
 codecateg = code CIM-10 à 3 caractères
 libcateg = libellé de la CIM-10 à 3 caractères
 ald30 = numéro de l'ALD

5.2 – Nomenclatures employées :

Codage des pathologies : Classification Internationale des Maladies (CIM-10)
 Codage des ALD30 : numérotation selon l'ordre de publication au journal officiel

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique

611 Diffusion systématique sur support papier

1. Fender P, Megnibeto C, Benech JM. Exonération du ticket modérateur pour affections de longue durée – nouvelles déclarations de 1990-1991. Paris, Juillet 1993, Echelon National du Service Médical, CNAMTS, 253 p.
2. Fender P, Megnibeto C. Estimation de la morbidité des bénéficiaires du Régime Général de l'Assurance Maladie pour sept affections de longue durée. Revue Epidémiol Santé Publique 1997 ; 45 : 193 – 202.
3. Baris B, Fender P, André MF, Desmerie C, Megnibeto C, Allemand H. Estimation de l'incidence de huit tumeurs malignes en France à partir des statistiques de l'Assurance Maladie. Bull Cancer 1999 ; 86 (2) : 177-183.
4. Pfister P, Asselain B, Blanchon B, Gartenlaub D, Hecquard P, Martin E, Parmentier M, Rezvani A, Souques M, Trutt B, Zummer K. Evolution de l'incidence des cancers déclarés à l'assurance maladie en Ile-de-France entre 1980 et 1994. Bull. épidémiol. Hebdo. 3/2000. 18/01/2000
5. Assurance Maladie – des soins de qualité pour tous – faits marquants : 15 études. Paris, édition 2000, CNAMTS, chap 4 : 101-109.
6. Weill A, Vallier N, Fender P. Incidences médico-sociales des 30 affections de longue durée de la liste (ALD30) en 1997 – nouvelles déclarations 1997. Paris, Avril 2000, Echelon National du Service Médical, CNAMTS, 133 p.
7. Weill A, Vallier N, Schwartz D, Guilhot J, Fender P., Allemand H. Incidences médico-sociales des 30 affections de longue durée de la liste (ALD30) en 1998 – nouvelles déclarations 1998. Paris, Avril 2001, Echelon National du Service Médical, CNAMTS, 155 p.

8. Leenhardt L, Grocclaude P. Chérié-Challine L and al. Mise en place d'un dispositif de surveillance épidémiologique nationale des cancers thyroïdiens – rapport intermédiaire – chapitre III sources et données épidémiologiques – Institut de la Veille Sanitaire – Saint-Maurice – novembre 2001.p. 31-85.
9. Rapport du Haut Comité de la Santé Publique – première partie – Les données de résultats - La santé en France – janvier 2002, p 68 ; 75-76 ; 82 ; 99-100 ; 121-122 ; 146-147.

Les rapports principaux 6 et 7 sont disponibles sur le site internet de la CNAMTS (<http://www.cnamts.fr>)

La prochaine édition . « Incidences médico-sociales des 30 affections de longue durée de la liste (ALD30) en 1999 » à paraître comprendra des incidences régionales et départementales standardisées sur l'âge.

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Base de données du régime général conservée à la CNAMTS sous format DBF

Bases de données inter -régimes : sites

<http://www.fnors.org>

<http://score-sante.atrrium.rss.fr>

6.2 – Accès à la demande

Par demande écrite auprès de la CNAMTS à l'adresse suivante :

Monsieur le Directeur

CNAMTS

66, avenue du Maine

75694 Paris Cedex 14

Par internet : site <http://www.cnamts.fr>

7° Précautions d'usage

Les assurés sociaux et leurs ayants droit peuvent bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les soins liés à l'une des trente affections de longue durée (ALD) dont la liste est fixée par décret. La demande d'admission en ALD est formulée par le patient ou le médecin traitant, et accordée ou non après avis d'un médecin de l'assurance maladie, si l'affection répond aux critères d'admission fixés par le Haut comité médical de la sécurité sociale.

Les données concernent les nouvelles admissions en ALD pour les bénéficiaires du régime général d'assurance maladie qui couvre 83 % de la population française. Elles sont extraites de la base Médicis, qui rassemble les données collectées par les médecins conseils au niveau de chaque caisse locale pour les demandes de prestations.

Le nombre de nouvelles admissions en ALD peut être utilisé pour estimer l'incidence des maladies les plus graves (cancer, sida, psychoses...). Pour certaines affections il s'agit de la seule source de données sur la morbidité (sclérose en plaques, polyarthrite rhumatoïde, certains troubles mentaux, maladie de Crohn,...). Disponibles sur l'ensemble du territoire, y compris les départements d'outre-mer, ces données constituent en outre une source importante pour contribuer à l'étude des disparités géographiques.

Ces données présentent toutefois un certain nombre de limites, tenant notamment à l'objectif administratif de leur recueil : donner un avis sur une demande de prestation. Certains facteurs sont susceptibles de conduire à une sous-estimation : admission non demandée pour des raisons de confidentialité, de couverture complémentaire suffisante, d'une exonération du ticket modérateur pour un autre motif (CMU, invalidité, maladie professionnelle, pension accident du travail > 66 %...), d'une affection ne présentant pas les critères de sévérité nécessaires. D'autres, comme une mauvaise identification des récurrences de pathologie tumorale notamment (déclarée en admission au lieu de prolongation) et les changements de domicile sans transfert du dossier médical risquent de provoquer une surestimation.

Cette morbidité « médico-sociale » est le reflet de pathologies comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Ces données ne sont donc qu'un indicateur indirect de morbidité réelle. Par ailleurs, l'analyse du suivi annuel de ces statistiques doit tenir compte de l'évolution de la réglementation concernant l'attribution des ALD 30.

Pour les calcul d'incidences nationale régionales et départementales les dénominateurs à utiliser sont ceux fournis dans la publication :

- CNAMTS. Dossier études et statistiques: la population protégée par les régimes de sécurité sociale – Répartition géographique par département et par circonscription de caisse primaire au 31 décembre 1999. Paris, mai 2001, 48.

8° Perspectives d'évolution

Publication annuelle de ces statistiques en fin d'année n+1.
Intégration des données dans le SNIIRAM (2003).

Mise à jour : le 14/02/2002

Les causes médicales des pensions d'invalidité nouvellement attribuées (INVAL)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Les causes médicales des pensions d'invalidité nouvellement attribuées

1.2 – Sigle. INVAL

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée.

CNAMTS

Direction du service médical

Département des Soins de Ville

Division analyse des flux exhaustifs et mission statistique

2.2 - Personne à contacter.

Dr Alain WEILL

CNAMTS – Direction du service médical

66 avenue du Maine

75694 Paris Cedex 14

tél : 01.42.79.36.89

email : alain.weill@cnamts .fr

3° Objectifs

Connaissance de la population bénéficiant de pensions d'invalidité, répartition des causes médicales à l'origine de l'invalidité et étude des disparités régionales.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Le service médical de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAMTS) recueille de façon systématique les demandes de pensions d'invalidité et les avis correspondants. Les données exploitées, France entière, portent sur les demandes d'attribution d'invalidité justifiant le versement de cette prestation.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Ces données sont exhaustives et portent sur les salariés du Régime Général de l'Assurance Maladie.

4.3 – Ancienneté du recueil :

Premier recueil effectué en 1998.

4.4 – Durée de conservation des données collectées :

Illimitée

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

el = ELSM (échelon du service médical)

codepost = code postal de résidence du bénéficiaire (existe que pour 1998)

sexe = sexe du bénéficiaire

age = âge du bénéficiaire
 clas_age = classe d'âge en tranche quinquennale
 catinval = catégorie d'invalidité
 dpt = département d'affiliation du bénéficiaire
 regionad = région administrative
 c1cim10 à c5cim10 = diagnostic principal (c1cim10) et diagnostic associé (c2cim10 à c5cim10)
 codcim10 = code diagnostic principal CIM-10 à 4 caractères
 libcim10 = libellé de la CIM-10 à 4 caractères
 codecateg = code diagnostic principal CIM-10 à 3 caractères
 libcateg = libellé de la CIM-10 à 3 caractères
 codechap = code chapitre du diagnostic principal CIM-10
 libchap = libellé du chapitre de la CIM-10

5.2 – Nomenclatures employées.

Codage des pathologies : Classification Internationale des Maladies (CIM-10)
 Catégorie d'invalidité : Article L. 341-4 du code de la Sécurité Sociale

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

1. Ricordeau P, Weill A, Vallier N, Guilhot J., Fender P, Allemand H. Les causes médicales des pensions d'invalidité nouvellement attribuées en 1998. Paris, Avril 2001, Echelon National du Service Médical, CNAMTS, 63 p.
2. Invalidité : les maladies en cause - Faits marquants - Assurance Maladie – Des soins de qualité pour tous –: 22 études. Paris, édition 2001, CNAMTS, chap 4 : 135-142.

Les textes 1 et 2 sont disponibles sur le site internet de la CNAMTS (<http://www.cnamts.fr>)

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Base de données conservée à la CNAMTS sous format DBF

6.2 – Accès à la demande .

Par demande écrite auprès de la CNAMTS à l'adresse suivante :
 Monsieur le Directeur
 CNAMTS
 66, avenue du Maine
 75694 Paris Cedex 14

7° Précautions d'usage

Ces données exhaustives ne concernent que les salariés du Régime Général. L'utilisation à un niveau régional est cependant possible.

8° Perspectives d'évolution

Suivi tous les 5 ans.

Mise à jour : le14/02/2002

Programme national de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2 (DIAB 98 – DIAB 99 – DIAB 2000).

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Programme national de santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2.

1.2 – Sigle : DIAB 98 – DIAB 99 – DIAB 2000

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée.

CNAMTS

Direction du service médical

Département des Soins de Ville

Division Analyse des Flux Exhaustifs

2.2 - Personne à contacter.

Dr Alain WEILL

CNAMTS – Direction du service médical

66 avenue du Maine

75694 Paris Cedex 14

tél : 01.42.79.36.89

email : alain.weill@cnamts .fr

3° Objectifs

Ce programme de santé publique destiné à améliorer le suivi médical des patients diabétiques s'est déroulé en 3 phases : un état des lieux de la prise en charge du diabète de type 2 (1998) avant une campagne d'interventions au cours de laquelle des médecins traitants ont été rencontrés par des médecins conseils afin de promouvoir les recommandations des experts de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Un bilan intermédiaire (1999) de ces échanges a été réalisé avant de mesurer l'impact final de ce programme sur les données de l'année 2000.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données

Requêtes informatiques sur les bases de données de remboursement du Régime général de l'Assurance Maladie.

En raison de la relation bi - univoque entre le diabète traité et les médicaments antidiabétiques (insuline et hypoglycémisants oraux), la méthode a consisté à identifier les diabétiques par le codage des médicaments (repérer les bénéficiaires à qui au moins un médicament antidiabétique a été remboursé sur une période de 3 mois), puis à interroger rétrospectivement les bases de données pour comptabiliser les prestations remboursées durant l'année précédente.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage

La population incluse dans cette enquête n'est pas, stricto sensu, un échantillon mais s'apparente à une population exhaustive, population du Régime Général de l'Assurance Maladie.

Effectif 1998 tous types de diabètes confondus : insuline, antidiabétiques oraux, association insuline et antidiabétiques oraux (effectifs observés : 804 393, effectifs corrigés : 1 080 590)

Effectif 1999 tous types de diabètes confondus : insuline, antidiabétiques oraux, association insuline et antidiabétiques oraux (effectifs observés : 1 033 658, effectifs corrigés : 1 126 164)

Effectif 2000 tous types de diabètes confondus : insuline, antidiabétiques oraux, association insuline et antidiabétiques oraux (effectifs observés : 1 151 710, effectifs corrigés : 1 294 885)

4.3 – Ancienneté du recueil

Pour l'état des lieux : recueil de janvier à mars 1999

Pour le bilan intermédiaire : recueil de janvier à mars 2000

Pour le bilan final : recueil de janvier à mars 2001

4.4 – Durée de conservation des données collectées

15 ans

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Variables épidémiologiques (âge, sexe, identification de la CPAM d'affiliation, bénéficiaire ou non de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une ALD 30 ou à un autre titre, ancienneté de l'exonération du ticket modérateur pour les malades en ALD 30, CMU)

Variables relatives à la nature du traitement médicamenteux (biguanides, sulfamides, inhibiteurs des alpha-glucosidases, autres antidiabétiques oraux, insuline, traitement à visée cardiovasculaire ou hypolipémiant)

Variables relatives à la nature du suivi médical : nombres d'actes de généraliste au cours de la dernière année, d'endocrinologue, de spécialiste de médecine interne, de cardiologue, d'ophtalmologiste, de néphrologue, de chirurgien-dentiste, nombre d'actes de biologie au cours des 6 derniers mois ou de la dernière année selon les paramètres recherchés (HbA1C, glycémie, bilan lipidique, créatininémie, dosage de microalbuminurie), notion de séjour en hospitalisation publique ou en hospitalisation privée, etc.

Variables économiques : montants des remboursements sur la dernière année : actes médicaux, actes de biologie, soins infirmiers, actes de kinésithérapie, pharmacie, transports, matériels divers, remboursements en rapport avec une hospitalisation dans un établissement public ou privé indemnité journalière et rente d'invalidité.

5.2 – Nomenclatures employées.

Nomenclature des actes de biologie médicale

Base de données des médicaments

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique.

611 Diffusion systématique sur support papier

Rapports principaux :

1. Weill A, Ricordeau P, Vallier N, Bourrel R, Fender P, Allemand H. Programme de Santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2 : La prise en charge des diabétiques exclusivement traités par hypoglycémiant oraux en 1998. CNAMTS. Paris. Octobre 1999, 88 p.
2. Ricordeau P, Weill A, Vallier N, Bourrel R, Fender P, Allemand H. Programme de Santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2 : La prise en charge des diabétiques exclusivement traités par hypoglycémiant oraux en 1999. CNAMTS. Paris. Octobre 2000, 91 p.
3. Ricordeau P, Weill A, Bourrel R., Vallier N, Schwartz D., Guilhot J, Fender P., Allemand H. Programme de Santé publique sur la prise en charge du diabète de type 2 : Evolution de la prise en charge des diabétiques non insulino-traités entre 1998 et 2000. CNAMTS. Paris. Février 2002, Direction du service médical, CNAMTS, 92 p.

Les rapports 1 à 3 sont disponibles sur le site internet de la CNAMTS (<http://www.cnamts.fr>).

Autres articles :

4. Ricordeau P, Weill A, Fender P, Allemand H. Diabète de type 2 non insulino traité – vers une meilleure prise en charge des malades. ADSP – actualité et dossier en santé publique. Mars 2000, n°30 : 10-13.
5. Fender P, Allemand H. Un programme de santé publique pour une meilleure prise en charge des malades. Diabetes Metab. 2000 (Suppl. 6), Vol 26 : 7-9.
6. Ricordeau P, Weill A, Vallier N, Bourrel R, Fender P, Allemand H. L'épidémiologie du diabète en France métropolitaine. Diabetes Metab. 2000 (Suppl. 6), Vol 26 : 11-24.
7. Ricordeau P, Weill A, Vallier N, Bourrel R, Fender P, Allemand H. Le coût du diabète en France métropolitaine. Diabetes Metab. 2000 (Suppl. 6), Vol 26 : 25-38.
8. Weill A, Ricordeau P, Vallier N, Bourrel R, Fender P, Allemand H. Les modalités de suivi des diabétiques non insulino traités en France métropolitaine durant l'année 1998. Diabetes Metab. 2000 (Suppl. 6), Vol 26 : 39-48.
9. Weill. A, Ricordeau P, Vallier N, Bourrel R, Fender P, Allemand H. L'analyse des prestations remboursées par l'assurance maladie : matériel et méthodes. Diabetes Metab. 2000 (Suppl. 6), Vol 26 : 49-54.
10. Assurance Maladie – des soins de qualité pour tous – faits marquants : 15 études. Paris, édition 2000, CNAMTS, chap 1 : 11-22.
11. Ricordeau P, Weill A, Vallier N, Bourrel R, Guilhot J, Fender P, Allemand H. Le coût du diabète en France en 2000 : les données de l'assurance maladie. *Article à paraître.*
12. Ricordeau P, Durieux P, Weill A, Chatellier G, Vallier N, Bissery A, Fender P, Allemand H. Effect of a Nationwide Program of Education/Outreach Visits to Improve the Process of Care for Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Article actuellement soumis à publication.*

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Bases de données conservée à la CNAMTS sous format DBF

6.2 – Accès à la demande

Par demande écrite auprès de la CNAMTS à l'adresse suivante :

Monsieur le Directeur
CNAMTS
66, avenue du Maine
75694 Paris Cedex 14

7° Précautions d'usage

Pour tenir compte de la disparité des taux de codage de la pharmacie sur le territoire de la France Métropolitaine, tous les indicateurs présentés ont été pondérés (cf. article 9 « matériel et méthodes »).

8° Perspectives d'évolution

Participation à l'étude nationale ENTRED (Echantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques) par la constitution de l'échantillon de 10 000 diabétiques et l'analyse des prestations remboursées sur 2001 à 2003 pour les patients concernées.

Mise à jour : le 14/02/2002

Hypertension artérielle. Enquêtes HTA1-HTA2

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Programme national de santé publique. Hypertension artérielle sévère exonérée. Résultats de l'enquête « mesure de l'existant » sur la prise en charge médicale des malades

1.2 – Sigle : HTA1-HTA2

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée :

CNAMTS

ENSM

Département Analyse des Soins de Ville et Hospitaliers

Division Enquêtes

2.2 - Personne à contacter :

Dr Joelle Guilhot

CNAMTS - ENSM

66 avenue du Maine

75694 Paris Cedex 14

tél : 01.42.79.32.69

email : joelle.guilhot@cnamts.fr

3° Objectifs

Dans le cadre de son programme d'interventions destiné à améliorer la prise en charge médicale de l'hypertension artérielle (HTA), l'Assurance Maladie a prévu de réaliser deux enquêtes nationales concernant les malades admis en affection longue durée exonérante pour HTA sévère (sous condition médicale de gravité, le malade est alors remboursé à 100% pour tous les soins en rapport avec cette pathologie). L'objectif est de mesurer, en début et fin de programme, la distance entre les prises en charge observées et le standard déduit des recommandations (1997) de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), la comparaison avant/après des résultats devant établir si les prises en charge se sont rapprochées ou non du standard.

Une mesure intermédiaire a été réalisée en milieu de programme, ce qui porte à trois le nombre d'enquêtes réalisées sur le sujet.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

L'enquête initiale portait sur l'ensemble du territoire français (métropole et départements d'outre-mer), à partir d'un échantillon représentatif de malades, âgés de 20 à 80 ans, à l'occasion de leur admission en exonération du ticket modérateur pour hypertension artérielle sévère – essentielle – dans l'un des trois principaux régimes d'assurance maladie obligatoire (général, agricole, professions indépendantes).

L'enquête s'est faite par questionnaire rempli par le médecin conseil au cours d'un entretien avec le médecin traitant du malade concerné.

L'enquête de milieu de programme a été réalisée selon les mêmes modalités de recueil.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

L'échantillonnage de l'enquête initiale correspondait à un sondage stratifié avec des taux de sondage différenciés par région (effectif observé : 10 665, effectif redressé : 50 383).

L'échantillon a une représentativité infra nationale, par région.

L'échantillonnage de l'enquête intermédiaire correspondait à un sondage avec taux de sondage unique national (effectif observé national : 2649).

4.3 – Ancienneté du recueil :

Enquête initiale : recueil effectué du 31 mai 1999 au 15 novembre 1999

Enquête intermédiaire : recueil effectué au mois de novembre 2000.

4.4 – Durée de conservation des données collectées :

15 ans

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées :

Contrôle tensionnel, traitement médicamenteux, traitement hygiéno-diététique, comorbidité, cofacteurs de risque, bilans biologique, cardiologique et ophtalmologique, éléments descriptifs de la prise en charge.

Les mêmes variables ont été observées en 2000.

5.2 – Nomenclatures employées :

Référentiel :

Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Diagnostic et traitement de l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte de 20 à 80 ans. Paris : ANAES ; 1997.

Base de données des médicaments (code CIP).

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique.

611 Diffusion systématique sur support papier.

Référence du rapport :

Tilly B, Guilhot J, Salanave B, Garrigue P, Fender P, Allemand H. Programme national de santé publique. Enquête nationale de l'Assurance Maladie sur la prise en charge médicale de l'hypertension artérielle sévère exonérée du ticket modérateur en France en 1999. Paris, Mai 2000, Echelon National du Service Médical, CNAMTS, 70 p.

Autres articles :

Tilly B, Guilhot J, Salanave B, Garrigue P, Fender P, Allemand H. Hypertension artérielle : quels traitements ? quels résultats ? Actualité et dossier en santé publique, n°32, septembre 200 ; p 8 - 11.

Fender P, Guilhot J, Tilly B, Salanave B, Allemand H. Le traitement de l'HTA sévère : coût de la prescription et conformité aux recommandations de l'ANAES. Thérapie 2001 ; 56 : 111-118.

Trois autres articles sont à paraître : sur le risque cardiovasculaire, sur la prise en charge spécifique des diabétiques, et sur la prise en charge spécifique des insuffisants rénaux.

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Base de données conservée à la CNAMTS sous format DBF

6.2 – Accès à la demande.

Par demande écrite auprès de la CNAMTS à l'adresse suivante :
Monsieur le Directeur
CNAMTS
66, avenue du Maine
75694 Paris Cedex 14

7° Précautions d'usage

Pour l'enquête initiale, il s'agit d'un sondage stratifié à allocations non proportionnelles, les effectifs bruts, au niveau national, doivent être redressés pour tenir compte du poids de chaque région.

8° Perspectives d'évolution

L'enquête se situe dans le cadre plus large du programme de santé publique sur l'HTA. C'est une première enquête qui mesure l'existant avant interventions. Une seconde enquête de mesure d'impact a été réalisée fin 2000 qui devrait permettre une comparaison avant/après de la prise en charge médicale des malades hypertendus sévères exonérés du ticket modérateur. Le programme se poursuivant encore deux ans, une troisième enquête est prévue fin 2003.

Mise à jour : le 10/01/2002

Base nationale CRAM ATMP (accidents du travail et maladies professionnelles)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Base nationale CRAM ATMP (accidents du travail et maladies professionnelles).

1.2 – Sigle : sans objet

2° Désignation du responsable

2.1 – Unité concernée : CNAMTS / Direction des risques professionnels – division statistique

2.2 – Personne à contacter : Frédéric Gudin du Pavillon

Direction des risques professionnels
Division Statistique
33, Avenue du Maine
BP 7
75755 Paris cedex 15

Tél : 01.45.38.60.30
Fax : 01.45.38.60.04
Mail : frederic.gudin@cnamts.fr

3° Objectifs

Cette base correspond à la compilation, pour les trois dernières années connues et au niveau national, des bases gérées au niveau régional par chacune des caisses régionales d'assurance maladie. La constitution de cette base permet d'établir la tarification collective annuelle de la branche "accidents du travail et maladies professionnelles" pour le régime général. Elle permet également de fournir de l'information sur les causes, circonstances et conséquences des accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Les données présentées proviennent des déclarations d'accident ou de maladie dont le caractère professionnel du sinistre a été reconnu et transmises aux caisses régionales, par les caisses primaires d'assurance maladie, pour rattachement à un employeur (pour la tarification) et codification d'éléments d'information sur le sinistre (pour la prévention).

Les données présentées correspondent aux nouveaux cas de sinistres pour lesquels un premier versement d'indemnités journalières, la fixation d'un taux d'incapacité permanente ou un décès est enregistré. A titre d'exemples, les rechutes ou les réévaluations de taux d'incapacité permanente ne sont pas comptabilisées une nouvelle fois. Cette base nationale est mise à "jour" tous les ans et porte sur l'ensemble du régime général (salariés ou anciens salariés de ce régime).

4.2 – Les données présentées le sont de façon exhaustives et couvrent 100% des cas correspondant aux caractéristiques décrites ci-dessus.

4.3 – Ce recueil de données existe depuis 1992.

4.4 – Les données élémentaire sont conservées 3 ans au niveau national, 8 ans au niveau régional.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Principales variables observées.

Sur la victime et pour les accidents du travail et de trajet (avec arrêt, avec incapacité permanente ou mortels) :

- tranche d'âge ;
- sexe ;
- qualification professionnelle ;
- profession ;
- secteur d'activité ;
- région ;
- nature des lésions ;
- siège des lésions ;
- lieu de l'accident ;
- élément matériel (cause de l'accident).

Pour les maladies professionnelles (avec arrêt, avec incapacité permanente ou mortelles) :

- tableau de maladie professionnelle ;
- syndrome ;
- agent causal ;
- profession ;
- secteur d'activité ;
- région.

5.2 – Nomenclatures employées.

Pour les secteurs et les grandes branches d'activité, la nomenclature est propre à la branche "accidents du travail et maladies professionnelles" de la sécurité sociale. Révisée tous les ans, elle est inspirée de la Nomenclature d'activité française.

Pour le siège et la nature des lésions et pour les éléments matériels, la nomenclature a peu évolué depuis 1967, année de sa création.

Pour les maladies professionnelles, la nomenclature des syndromes est issue de la CIM10, la nomenclature des tableaux de maladies suit la réglementation en vigueur.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Ces données donnent lieu à une publication annuelle dénommée "Statistiques financières et technologiques des accidents du travail", la dernière publication porte sur la période triennale 1998-1999-2000".

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

La transmission de données sous format magnétique doit faire l'objet d'une demande avec cahier des charges auprès de la Direction des risques professionnels (adresse plus haut) et d'une inscription aux programmes de développement internes.

6.2 – Accès à la demande .

L'accès aux données de cette base se fait par l'entremise de la division Statistique de la Direction des risques professionnels.

Les restrictions d'accès à l'information portent sur les informations disponibles et sur la diffusion d'informations individuelles. En règle générale, seules des informations agrégées sont diffusées par la division Statistique.

7° Précautions d'usage

Compte tenu du mode de collecte et des règles de gestion de ces données, les résultats ne reflètent pas l'intégralité des accidents et maladies de la branche, les accidents et maladies bénins ou sans arrêt de travail ne figurent pas dans cette base. Toujours pour cette même raison, les accidents et maladies comptabilisés au cours d'une année ont pu survenir ou être constatés au cours de l'année mais également au cours d'années antérieures.

8° Perspectives d'évolution

Dans les années à venir, la CNAMTS envisage de fusionner les bases régionales en une seule base nationale gérée par chaque caisse régionale pour les données qui la concerne. Au niveau national, cela impliquera de plus grandes facilités de récupération, avec des données plus récentes et un historique plus important.

Par ailleurs, il est également envisagé d'agréments la connaissance des causes et circonstances des accidents du travail et de trajet d'informations plus détaillées. Cela impliquera l'abandon d'une codification exhaustive et le recours à des échantillons divers, sujet en cours de réflexion.

Mise à jour : le 25/01/2002

Enquête Santé Soins et Protection Sociale (E.S.P.S.)

1° Désignation de la source

1.1– Nom détaillé : Enquête Santé Soins et Protection Sociale

1.2– Sigle : E.S.P.S

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée

CREDES, 1 rue Paul Cézanne 75008 Paris

2.2 - Personnes à contacter.

Sylvie Dumesnil chargée de recherche : 0153934328, dumesnil@credes.fr

Anne Doussin Maître de recherche : 0153934331, doussin@credes.fr

3° Objectifs

1. Étudier la consommation de soins et ses déterminants.
2. Compléter et enrichir les données administratives de liquidation provenant des caisses de Sécurité sociale par des données d'enquête susceptibles d'expliquer certains comportements de soins.

Au démarrage de l'opération, seuls les assurés du régime général appartenant à l'Échantillon Permanent des Assurés Sociaux (EPAS) de la CNAMTS étaient enquêtés. En 1994 la CANAM, puis en 1996 la MSA, rejoignent l'opération et créent pour ce faire des échantillons d'assurés bâtis sur le même principe que l'EPAS.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Enquête réalisée auprès des ménages ordinaires⁴, tous les ans entre 1988 et 1998 et tous les deux ans ensuite. Enquête réalisée en 2 vagues, l'une au printemps, l'autre en automne. Contact effectué au téléphone pour les assurés dont le n° de téléphone a pu être trouvé et en face à face pour les autres. L'enquête par téléphone nécessite 4 contacts téléphoniques (35 jours séparent le 1^{er} contact du dernier contact). L'enquête en face à face nécessite 2 visites à un mois d'intervalle.

Le recueil de l'information se fait en utilisant la méthode de l'interview assisté par ordinateur à laquelle est associé le dépôt ou l'envoi de questionnaires auto-administrés.

Lors de la 1^{ère} visite ou du premier contact téléphonique, passation auprès de la personne interviewée de la première partie du questionnaire dit « questionnaire principal » et dépôt ou envoi des questionnaires auto-administrés :

- un « questionnaire santé » pour chaque personne du ménage,
- un « carnet de soins » par ménage permettant de recueillir, durant un mois, la consommation de soins et de médicaments de tous les membres du ménage,
- un ou plusieurs « questionnaire hospitalisation » selon le nombre d'hospitalisations des membres du ménage dans les 3 mois précédant l'enquête,

⁴ Ménages ne vivant pas en collectivité

- un ou plusieurs « questionnaire couverture complémentaire » selon le nombre de couvertures complémentaires dont disposent les personnes du ménage.

Le deuxième contact téléphonique sert à expliquer le remplissage des questionnaires auto-administrés; le troisième est un appel de soutien. Le dernier contact téléphonique a lieu au plus tôt 35 jours après le 1^{er} contact ; il permet d'une part de vérifier le renvoi postal de tous les questionnaires et d'autre part de passer la fin du « questionnaire principal ».

Lors de la deuxième visite, qui a lieu au plus tôt 31 jours après la première, vérification du bon remplissage des questionnaires auto-administrés et passation de la fin du « questionnaire principal ».

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Echantillonnage.

Font partie du champ de l'enquête :

1. les **assurés** appartenant à l'EPAS, dont la présence dans le ménage est impérative pour déclencher l'enquête,

Font partis de l'EPAS :

⇒ les assurés dont le numéro national comporte les caractéristiques suivantes :

- mois de naissance octobre,
- d'une année paire,
- les deux derniers chiffres du numéro de commune de naissance doivent être identiques aux deux derniers chiffres du numéro d'ordre, dans le même ordre ou dans l'ordre inverse.
L'assuré ayant ces caractéristiques est appelé assuré principal. L'EPAS complet est représentatif au 1/1200^{ème} de la population des assurés.

⇒ tous leurs ayants droit.

2. leurs ayants droit co-habitants,

3. toutes les autres personnes vivant dans le même ménage que l'assuré principal.

La taille de l'échantillon initial d'assurés - tirés dans l'EPAS et ses équivalents est d'environ 17 000 assurés à partir de 1998 pour les enquêtes bisannuelles (la moitié de l'EPAS d'origine).

Par rapport aux adresses fournies, environ 30 % ne peuvent être exploitées car les ménages correspondants sont considérés comme hors champs (décédés, absents de longue durée, en maison de retraite...) ou ne peuvent être contactés (adresse incomplète ou imprécise, digicode, a déménagé sans laissé d'adresse...).

Le taux de participation (nombre de ménages participants / nombre de ménages dans le champ et ayant pu être contactés) varie de 66 à 75 % selon les années.

Le nombre de personnes enquêtées (assuré principal + ayants droit co-habitants + autres membres du ménage) est d'environ 10 000 personnes pour les enquêtes annuelles réalisées entre 1988 et 1997 et de 20 000 personnes à partir de 1998 pour les enquêtes bisannuelles.

Sont exclus de l'enquête :

- ⇒ les personnes vivant dans des ménages domiciliés dans les départements et territoires d'outre-mer, ainsi qu'en Corse (pour les personnes dont le n° de téléphone n'a pu être trouvé),
- ⇒ les personnes vivant en collectivités : maison de retraite, prison, caserne...
- ⇒ les ménages dans lesquels l'assuré principal est absent, quelle qu'en soit la raison, pour une période supérieure à celle prévue pour le terrain de l'enquête.

4.3 – Ancienneté du recueil .

L'enquête est réalisée depuis 1988.

Une fois l'enquête réalisée, les données rendues anonymes sont fournies au CREDES qui les conservent depuis l'origine de l'opération.

En 1992, 1995, 1997 et 1998 les données d'enquête ont été appariées aux fichiers de prestations fournis par les caisses d'assurance maladie pour les seuls assurés et leurs ayants droit cohabitant figurant dans l'EPAS et ayant accepté de participer à l'enquête. Cet appariement est effectué après une nouvelle anonymisation des données réalisée par un organisme tiers (INSEE).

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

1. Lors des contacts téléphoniques ou en face à face sont recueillies, auprès de l'interviewé, les informations suivantes :

- pour chaque individu : âge, sexe, état matrimonial, occupation principale, profession, niveau d'études, interruption d'activité pour raison de santé, antécédents d'hospitalisation, couverture sociale (régime de sécurité sociale, couverture complémentaire maladie, CMU, exonération du ticket modérateur et motifs) ;
 - pour l'interviewé lui même : un certain nombre de questions d'opinion variables d'une année sur l'autre (médecin référent, médicament générique, CMU...), un questionnaire sur un éventuel renoncement aux soins pour raisons financières, sur l'intervention de l'interviewé dans la prescription de son médecin traitant, sur l'utilisation du carnet de santé de la Sécurité sociale, sur les modalités d'envoi des feuilles de soins au remboursement ...,
 - pour le ménage, les revenus nets y compris les prestations et autres allocations.
2. Sur le « questionnaire santé » de chaque individu sont recueillis : la morbidité déclarée un jour donné (morbidité prévalente), les antécédents chirurgicaux, une éventuelle invalidité des membres supérieurs et inférieurs, l'état de santé perçu, l'état dentaire, le port de prothèse, la taille, le poids, le tabagisme, les accidents de la vie courante, la consommation de médicaments dans les 24 heures précédant l'enquête. Enfin, diverses questions relatives à l'état de santé et variables d'une année sur l'autre (asthme, dépression...).
3. Sur le « carnet de soins » laissé durant un mois dans le ménage sont notés, d'une part les caractéristiques des soins reçus (spécialité de l'intervenant, actes pratiqués, motifs de la séance, lieu de réalisation) et le débours correspondant, d'autre part les acquisitions de médicaments (quantité acquise, motif de l'acquisition, prescription médicale ou non) et le débours correspondant.
4. Sur le « questionnaire hospitalisation » : le type d'établissement fréquenté, le ou les motifs d'hospitalisation et la durée de celle-ci.
5. Sur le « questionnaire couverture complémentaire » : les coordonnées de l'organisme, l'opinion de l'enquêté sur le niveau de remboursement, le mode d'obtention de cette couverture et le degré de prise en charge objective concernant les lunettes et les prothèses dentaires.

5.2 – Nomenclatures employées.

Le chiffrage des données est réalisé de manière informatisée.

Pour les données médicales et pharmaceutiques, il est réalisé par des médecins chiffreurs qui utilisent le code CIP pour coder les médicaments, et la classification internationale des maladies (CIM) pour coder les données de morbidité ; la CIM 9 a été utilisée de 1988 à 1998 et la CIM 10 est utilisée depuis 2000.

Les professions sont codées selon la classification simplifiée de l'INSEE.

Les organismes de couverture complémentaire sont chiffrés selon un code CREDES, incrémenté au fur et à mesure des nouveaux organismes rencontrés ; ce code permet de distinguer les mutuelles, les assurances et les caisses de prévoyance.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

Au cours de l'année suivant chaque enquête, publication d'un rapport de synthèse du CREDES présentant les principaux résultats.

Dernier rapport de synthèse : Santé, soins et protection sociale en 2000 - Rapport CREDES n° 1364 et 1364 bis, décembre 2001 - L. Auvray, S. Dumesnil, Ph Le Fur.

L'appariement des données d'enquête avec les données de prestations ne peut être réalisé qu'après un délai de 2 ans nécessaire à la remontée des informations concernant l'hospitalisation des patients dans les établissements sous budget global.

Dernier rapport du CREDES concernant les données appariées : La consommation médicale en 1997 selon les caractéristiques individuelles, France 1997 - Rapport CREDES n° 1345, mai 2001 - A. Aligon, L. Com-Ruelle, P. Dourgnon, S. Dumesnil, M. Grignon, A. Retailleau.

6.2 – Accès à la demande .

Les données sont mises à disposition sous forme d'une base SAS, sous réserve de la signature d'une convention avec le CREDES.

7° Précautions d'usage

Comme pour toutes les enquêtes sur la consommation, il existe dans l'enquête SPS une sous déclaration de la consommation de soins et de médicaments acquis. Plus spécifiquement, les personnes les plus malades refusent souvent de participer aux enquêtes sur la santé, ce qui aggrave cette sous-estimation. Par ailleurs, la morbidité relevée dans l'enquête est la morbidité déclarée, qui ne recouvre pas forcément la morbidité diagnostiquée. Elle recouvre en tout état de cause, la morbidité perçue par les enquêtés (et qu'ils ont bien voulu déclarer) et elle peut donc être considérée comme l'un des déterminants du recours au soins.

8° Perspectives d'évolution

L'enquête 2002 est actuellement en cours sur le terrain et les principaux résultats seront publiés en 2003.

Sous réserve de la permanence du recueil d'un certain nombre de variables (permettant des études d'évolution) et d'une charge de travail raisonnable pour les enquêtés, l'enquête peut évoluer en fonction des besoins d'informations des différents décideurs et chercheurs dans le domaine médico-social. Il est en effet possible de greffer sur cette enquête différents modules soit plutôt conjoncturels (carnet de santé, médecin référent, CMU...) soit permettant d'améliorer les connaissances dans des domaines plus structurels tels certains affections et/ou comportements de soins (asthme, dépression...). Par exemple, pour l'enquête 2002, un questionnaire spécifique sur le diabète a été introduit.

Mise à jour : le 08/02/2002

Enquête sur la surveillance médicale des risques professionnels (SUMER)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Enquête sur la surveillance médicale des risques professionnels

1.2 – Sigle : SUMER

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée :

Ministère de l'emploi et de la solidarité

Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (DARES)

Département conditions de travail et relations professionnelles

2.2 - Personnes à contacter.

- Nicole Guignon : tél : 01 44 38 24 21 ; mail : nicole.guignon @dares.travail.gouv.fr

- Marie-Christine Flourey : tél : 01 44 38 24 23 ; mail : marie-christine.flourey@dares.travail.gouv.fr

Fax : 01 44 38 24 64

Adresse :

Ministère de l'emploi et de la solidarité DARES / CTRP

20 bis, rue d'Estrées – 75700 Paris O7 SP

3° Objectifs

- Disposer d'une carte des expositions à des nuisances ou à des situations de travail susceptibles d'être néfastes pour la santé ;
- Permettre au législateur une confrontation de la réglementation consacrée à la prévention des risques au travail avec cette carte des expositions et donner une base de discussion aux partenaires sociaux ;
- Aider les entreprises et les médecins du travail à évaluer les risques dans leur secteur ;
- Offrir aux chercheurs une référence pour définir des priorités d'études.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Le recueil des données s'appuie sur le volontariat des médecins enquêteurs.

Chaque médecin enquêteur procède ensuite à un tirage des salariés .

Le champ géographique est la France.

Les catégories de population enquêtées sont les salariés couverts par le régime général et le régime agricole plus les salariés d'EDF GDF, des hôpitaux publics, de La Poste, d'Air France et de la SNCF. Autrement dit, sont exclus les salariés dépendant de certains régimes spéciaux (ex : Mines, Fonctionnaires de l'État et des collectivités territoriales).

4.2 – Échantillonnage :

Cet échantillonnage ne peut être évalué qu'à posteriori.

Pour l'enquête 2002-2003, la participation de 1600 médecins du travail est attendue ce qui correspond à l'interrogation d'environ 60 000 salariés.

Cette source d'informations, après redressement par calage sur marges, produit des données représentatives au niveau national.

4.3 – Ancienneté du recueil .

Ce recueil a eu lieu en 1987 et 1994 et aura lieu en 2002-2003

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

Les questionnaires papier sont détruits au plus tard dans l'année qui suit la constitution des fichiers d'études.

Les fichiers sont définitivement conservés

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Principales catégories de variables :

- variables d'identification du questionnaire
- variables caractérisant l'établissement employeur
- variables caractérisant le salarié
- variables relatives aux contraintes organisationnelles et relationnelles
- variables relatives aux ambiances et contraintes physiques
- variables relatives à l'exposition à des agents biologiques
- variables relatives à l'exposition à des agents chimiques
- variables concernant le jugement du médecin sur le risque de pathologie

5.2 – Nomenclatures employées.

Pour les variables caractérisant l'établissement employeur et le salarié :
Nomenclatures Insee (NAF en 700 postes, PCS, statut etc).

Pour la liste des agents biologiques pathogènes :
Référence au décret n° 94-352 du 4 mai 1994 et à l'arrêté du 18 juillet 1994 modifié.

La liste des agents chimiques est une liste ad hoc composée de 85 items. Elle ne prétend pas recouvrir la totalité des produits chimiques. Elle est le fruit de la réflexion du groupe chimie du comité de pilotage. Son but est de repérer les produits les plus usités, les plus dangereux et les produits émergents.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Personnes à contacter : Nicole Guignon et Marie-Christine Floury.

Pas de périodicité

Dernière publication qui récapitule tous les articles réalisés à partir de SUMER 94 : Les Dossiers de la DARES Nos 5 et 6 – Juillet 1999 : «Expositions aux contraintes et nuisances dans le travail »

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

A l'heure actuelle, sous forme de CD ROM: « matrice emplois- expositions » concernant les agents chimiques.

6.2 – Accès à la demande.

La communication du fichier de l'enquête SUMER à des services autres que la DARES dépendra du groupe d'exploitation de l'enquête dans un premier temps. Par la suite, des conventions d'études pourront convenir d'une exploitation des données par des chercheurs.

7° Précautions d'usage

Certains résultats sont trop faibles pour être utilisés.

Les données brutes régionales ne peuvent être utilisées à priori telles quelles. Seul un examen de leur représentativité et éventuellement un redressement spécifique permettra de les utiliser.

8° Perspectives d'évolution

Une nouvelle enquête vers 2009.

Mise à jour : le 20/03/2002

Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information.

1.2 – Sigle : PMSI

2° Désignation du responsable

2.1 - Unités concernées :

- DHOS (direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins / sous – direction de la qualité et du fonctionnement des établissements de santé).
- DREES, Bureau de l'état de santé de la population et Bureau des établissements de santé

2.2 - Personne à contacter.

Marie-Claude Mouquet ; 11 place des 5 martyrs du Lycée Buffon 75696 Paris cedex 14 ;
Tel : 01 40 56 81 19 ; Fax : 01 40 56 81 20 ; marie-claude.mouquet@sante.gouv.fr

3° Objectifs

Le PMSI est un outil d'analyse médico-économique de l'activité hospitalière.

Il a pour vocation **principale** de permettre une meilleure répartition des enveloppes budgétaires selon la lourdeur médico-économique des pathologies traitées dans chaque établissement.

Par son contenu médico-administratif, il permet des études sur la morbidité hospitalière (diagnostics et actes) et l'analyse des flux régionaux et inter -régionaux des hospitalisations.

Enfin, il est utilisé comme outil de gestion interne par certains établissements de santé.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

- champ : national y – compris les DOM ;
- catégories :

Activité médecine, chirurgie, obstétrique MCO:

tous les établissements de santé publics et privés (la base nationale utilisée par la DREES ne comprend toutefois pas les établissements sous dotation globale de moins de 100 lits actifs).

Activité Soins de Suite et de Réadaptation : SSR

Tous les établissements de santé sous dotation globale (établissements publics et établissements privés participant au Service Public Hospitalier).

Le recueil du PMSI / SSR par les établissements de santé sous OQN n'est pas encore effectif.

Activité de Psychiatrie :

Le PMSI en Psychiatrie est encore à l'état d'expérimentation sur quatre région de France. L'expérimentation a débuté le 1^{er} janvier 2002 pour une durée de 18 mois.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Le recueil de données dans le cadre du PMSI concerne toutes les hospitalisations complètes et à temps partiel (séances, hospitalisations de jour, de nuit et de semaine).

Les consultations et passages aux urgences ne sont pas, pour l'instant, décrits par le PMSI.

La DREES effectue un redressement de la base nationale de RSA (uniquement MCO), pour obtenir une exhaustivité complète (les séances ne sont toutefois pas redressées, compte tenu d'une qualité des données encore médiocre)

Concernant le PMSI / SSR, il n'y pas encore de base nationale de RHA validée et redressée pour décrire la morbidité.

4.3 – Ancienneté du recueil .

Pour les séjours en médecine, chirurgie, obstétrique : depuis l'exercice 1994 pour le secteur public et depuis l'exercice 1997 pour le secteur privé.

Pour les séjours en soins de suite et de réadaptation : depuis 1999 pour les établissements sous dotation globale.

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

La durée de conservation des données est fixée par la déclaration à la CNIL : 15 ans en administration centrale et 5 ans dans les agences régionales de l'hospitalisation (ARH).

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Tout séjour hospitalier en MCO fait l'objet d'un Résumé de Sortie Standardisé (RSS) lui même constitué d'un ou plusieurs Résumés d'Unité Médicale (RUM).

Pour la communication des données du PMSI à l'extérieur de l'établissement, les données de séjour sont rendues anonymes. Le RSS est transformé en RSA et le RHS est transformé en RHA.

La base nationale du PMSI est composée de RSA (Résumés de Sortie Anonymes) pour les soins MCO et de RHA (Résumés Hebdomadaires Anonymes) pour les SSR.

Informations contenues dans les RSA - chaque RSA décrit un séjour hospitalier- :

- N° FINESS ;
- Age, sexe, code géographique du patient ;
- Nombre d'unités médicales fréquentées ;
- Durée de séjour, mois et année de sortie ;
- Mode d'entrée et de sortie par séjour ;
- Types de mutation ou de transfert par séjour ;
- Nombre de séances ;
- Diagnostic principal du séjour ;
- Diagnostics associés ;
- Indice de gravité simplifié (pour les séjours en réanimation) ;
- Actes médicaux ;
- Poids à la naissance ;
- N° de Catégorie Majeure de Diagnostic et Groupe Homogène de Malades.

A noter : à partir de l'exercice 2001, les RSA comporteront un N° d'identifiant patient crypté (complètement anonyme), qui permettra le chaînage des RSA produits pour un même patient, dans le même établissement ou dans tout autre établissement de santé.

Chaque séjour est classé dans un groupe homogène de malades (GHM).

A chaque GHM, est associé un certain nombre de points ISA (Indice synthétique d'activité) qui peuvent être valorisés en francs.

Informations contenues dans les RHA : -les RHA sont des enregistrements **hebdomadaires**, correspondant à la description de la prise en charge du patient durant la semaine allant du lundi au dimanche ; pour le séjour hospitalier d'un patient, il y a dans le fichier de l'établissement autant de RHA que de semaines d'hospitalisation-

- N° FINESS
- Type d'activité (hospitalisation complète, de jour, de semaine ou séances)
- Age, sexe, code géographique,
- Modes d'entrée et de sortie,
- Types de mutation ou de transfert par séjour,
- Nombre de journées de présence dans la semaine,
- Mois, année d'hospitalisation,
- Ancienneté de la date de l'intervention chirurgicale (en relation avec le séjour en SSR),
- Trois items équivalant au diagnostic principal : finalité principale de prise en charge, manifestation morbide principale, affection étiologique,
- Les pathologies associées (maximum 5),
- La cotation de la dépendance : 6 variables de dépendance cotées de 1 à 4 (habillement, locomotion, alimentation, continence, comportement, relation),
- Utilisation ou non d'un fauteuil roulant,
- Temps individuel de rééducation hebdomadaire en minutes, pour 11 types de rééducation (mécanique, sensori-motrice, neuro-psychologique, cardio-respiratoire, nutritionnelle, uro-sphinctérienne, réadaptation - réinsertion, adaptation d'appareillage, bilans, physiothérapie, balnéothérapie),
- Temps de rééducation collective,
- Actes médicaux (liste fermée issue du catalogue du CdAM),
- CMC et GHJ correspondant au classement du RHA dans la classification des GHJ.

5.2 – Nomenclatures employées.

- Classification Internationale des Maladies (10^{ème} révision) = CIM 10 ;
- Catalogue des Actes médicaux (CdAM) ;
- Grille de dépendance des activités de la vie quotidienne pour les SSR ;
- Catalogue des activités de rééducation Réadaptation (CdARR) pour les SSR.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Non

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

PMSI MCO

Base nationale : le site Internet PMSI (www.le-pmsi.fr) permet d'interroger la base de RSA avec plusieurs critères de sélection.

La base de données Score –santé (score-santé.atrium.rss.fr) permet de disposer de données de morbidité issues du PMSI / MCO..

Les régions (ARH) sont destinataires de leur base régionale au sein de laquelle sont réintégrés les séjours des patients hospitalisés hors région.

6.2 – Accès à la demande .

L'accès des tiers au PMSI sera réglé par arrêtés au cours du premier semestre 2002.

Il s'agit d'accès à des données considérées comme anonymes en particulier:

- a) N'importe qui pourra accéder à la base PMSI par séjour très allégée, vraiment rendue anonyme au sens où l'entend la CNIL (suppression de toute information géographique notamment) .

- b) N'importe quel traitement statistique pourra être effectué à condition de ne pas aboutir à isoler moins de 5 individus. C'est le GIP compétent qui sera chargé de vérifier que la condition est bien remplie avant de réaliser le traitement.
- c) N'importe qui pourra disposer des fiches de synthèse par établissement analogues à celles qui sont diffusées actuellement sur Internet.

L'accès à des données considérées comme non anonymes est possible en application du chapitre 5 ter de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés du 6 janvier 1978. Cette possibilité est déjà beaucoup utilisée notamment par des journalistes à condition qu'ils garantissent la protection des données par rapport à des tiers : il est ainsi possible de procéder à des bancs d'essais d'établissements .

7° Précautions d'usage

8° Perspectives d'évolution

Extension du PMSI aux soins de suite et de réadaptation dans les établissements sous OQN prévue fin 2002-début 2003, à la psychiatrie après avis demandé à la CNIL, aux urgences et aux soins de longue durée ultérieurement.

Mise à jour : le 04/03/2002

Exploitation des certificats de santé

1° Désignation de la source

1.1– Nom détaillé : questionnaire départemental sur la santé de la mère et de l'enfant issu de l'exploitation des certificats de santé

1.2 – Sigle : Sans Objet

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée

DREES, Bureau de l'état de santé de la population

2.2 - Personne à contacter.

Emmy Bussière ; 11 place des 5 martyrs du Lycée Buffon 75696 Paris cedex 14 ;
Tel : 01 40 56 81 13 ; Fax : 01 40 56 81 20 ; emmy.bussiere@sante.gouv.fr

3° Objectifs

L'objectif de l'exploitation du certificat du 8^{ème} jour est de fournir des indicateurs : âge de la mère, nombre de consultations pendant la grossesse, âge gestationnel, poids de l'enfant à la naissance, pratique ou non d'une césarienne.

L'objectif de l'exploitation des deux autres certificats est de fournir des indicateurs sur l'état de santé des enfants au 9^{ème} mois et au 24^{ème} mois et sur leur couverture vaccinale.

Demandeur : Direction générale de la Santé.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Enquête annuelle.

France y- compris DOM.

Exploitation des 3 certificats de santé obligatoires (du 8^{ème} jour, du 9^{ème} mois, du 24^{ème} mois) pour les enfants de moins de 2 ans.

Enquête par questionnaire auprès des services de PMI (conseils généraux) pour les enfants de moins de 3 et 4 ans.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Exhaustivité. Taux de couverture moyen départemental : 93% pour le CS 8, 63% pour le CS 9, 63% pour le CS 24.

4.3 – Ancienneté du recueil .

Enquête annuelle depuis 1985.

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

Conservation sur support informatique Excel depuis 1992.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

- Age de la mère ;
- Suivi de la grossesse (nombre de consultations, âge gestationnel);
- Conditions d'accouchement (césarienne, poids de l'enfant à la naissance, transfert, allaitement);
- Indicateurs de l'état de santé ;
- Couverture vaccinale...

Données disponibles au niveau du département sans croisement possible entre les items.

5.2 – Nomenclatures employées.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Périodicité annuelle. Dernière publication : document de travail N° 17.

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Mise à disposition des données par le canal de la base de données Score - santé.
Accès au Document Statistique sur Intranet.

6.2 – Accès à la demande .

S'adresser à la responsable.

7° Précautions d'usage

8° Perspectives d'évolution

Mise à jour : le 25/01/2002

Enquêtes santé en milieu scolaire

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Enquêtes santé en milieu scolaire

1.2 – Sigle : sans objet

2° Désignation du responsable

2.1 - Unités concernées :

DREES, Bureau de l'état de santé de la population ;
 Direction Générale de la Santé ;
 Direction de l'enseignement scolaire au ministère de l'Éducation nationale ;
 Partenaire : Institut national de la Veille Sanitaire (InVS)

2.2 - Personne à contacter.

Nathalie Guignon ; 11 place des 5 martyrs du Lycée Buffon 75696 Paris cedex 14 ;
 Tel : 01 40 56 81 16 ; Fax : 01 40 56 81 20 ; nathalie.guignon@sante.gouv.fr

3° Objectifs

Fournir des indicateurs concernant l'état de santé des enfants et des jeunes au moment de l'entrée à l'école primaire, en CM2, en 3^{ème} au collège.

Demandeurs : Direction générale de la Santé, services de santé scolaire, DRASS, conférences nationale et régionales de santé

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Enquête triennale réalisée en alternance au moment de l'entrée à l'école primaire, en 3^{ème} au collège et en CM2.

Le recueil d'informations est assuré par le personnel médical et infirmier au sein des établissements scolaires enquêtés.

France y compris DOM .

Enfants ou jeunes.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Echantillonnage : sondage sur un échantillon d'écoles pour l'entrée à l'école primaire, complété par un échantillonnage d'élèves pour la classe de 3^{ème} et pour le CM2.

4.3 – Ancienneté du recueil .

Le cycle triennal a démarré sur l'année scolaire 1999 – 2000 (bilan de santé préalable à l'entrée à l'école primaire) et s'est poursuivi en 2000 – 2001 (classe de troisième) et 2001 – 2002 (CM2). Un nouveau cycle démarrera en 2002 – 2003.

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

Indéterminée pour les fichiers informatiques.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Age, sexe, biométrie, maladies chroniques, vaccinations et selon les niveaux, dépistages sensoriels ainsi que modules variables (accidents, habitudes de vie...).

A partir de l'année 2000 –2001, PCS des parents.

5.2 – Nomenclatures employées.

Liste des maladies chroniques.

Liste des déficiences et incapacités.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Oui. Enquête triennale, cf. 41.

Premiers résultats publiés dans la collection Études et Résultats « La santé des enfants de 6 ans à travers les bilans de santé scolaire », N° 155, janvier 2002.

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Fichier rendu anonyme mis à la disposition des partenaires.

6.2 – Accès à la demande .

Sujet traité par un protocole d'accord de diffusion actuellement en cours d'élaboration.

7° Précautions d'usage

Interprétations géographiques plus ou moins limitées selon la taille des échantillons.

8° Perspectives d'évolution

Définition de modules particuliers en fonction des préoccupations de santé publique.

Mise à jour : le 12/02/2002

Enquête de prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : enquête de prévalence des problèmes d'alcool parmi les personnes ayant recours au système de soins.

1.2 – Sigle : sans objet

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée

DREES, Bureau de l'état de santé de la population

2.2 - Personne à contacter.

Marie-Claude Mouquet ; 11, Place des cinq martyrs du lycée Buffon 75696 Paris cedex 14
Tel 01 40 56 81 19 ; Fax 01 40 56 81 20 ; marie-claude.mouquet@sante.gouv.fr

3° Objectifs

Meilleure connaissance des niveaux d'alcoolisation excessive, en distinguant abus et dépendance, en vue d'en tirer les conséquences en terme d'activité du système de soins.
Approfondir le lien entre pathologies induisant un recours aux soins et alcoolisme.
Estimer les niveaux et les modalités de prise en charge de la consommation excessive d'alcool.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Deux collectes de données distinctes ont eu lieu en médecine ambulatoire générale d'une part et en milieu hospitalier (MCO, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation) sauf les urgences et sauf ce qui a trait aux enfants (pédiatrie, réanimation néonatale, psychiatrie infanto-juvénile, cure médicale pour enfants), d'autre part. L'enquête a couvert le secteur public comme le secteur privé.
Travail commun entre les DRASS et les ORS.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

L'échantillon de patients vus en médecine ambulatoire est issu d'un sondage sur les médecins stratifié par région, tranche d'unité urbaine, ancienneté d'installation et sexe.

L'échantillon de patients hospitalisés un jour donné est issu d'un sondage à deux degrés stratifié par région et types d'établissements.

Au total l'échantillon regroupe 50 000 patients en médecine ambulatoire et 38 000 patients à l'hôpital.

4.3 – Ancienneté du recueil .

Il s'agit d'une enquête ponctuelle.

Les données pour la partie ambulatoire ont été collectées à l'automne 2000.

Les données pour la partie hospitalière ont été collectées à la fin du dernier trimestre 2000 et au début de l'année 2001.

Les premiers résultats ont été fournis au deuxième trimestre 2002.

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

Indéterminée sous forme de fichier informatique rendu anonyme.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Les données recueillies sont les variables socio-démographiques, les diagnostics principaux et associés et les motifs initiaux du recours au soins, ainsi que, pour les patients hospitalisés, les disciplines de prise en charge.

Le diagnostic d'alcoolisation excessive est établi à partir du questionnaire DETA complété par trois questions de consommation issues du questionnaire AUDIT.

5.2 – Nomenclatures employées.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Oui, au niveau national (première publication dans la collection Etudes et Résultats en avril 2002), et régional (ORS et DRASS).

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Fichier mis à la disposition de chaque partenaire (DREES et DRASS, FNORS et ORS, OFDT) pour leurs travaux d'étude.

6.2 – Accès à la demande .

Fichier rendu anonyme accessible au moyen d'une convention passée avec la DREES.

7° Précautions d'usage

Interprétations géographiques plus ou moins limitées selon la taille des échantillons.

Il peut exister quelques biais de sélection de certains patients d'ampleur non connue. A l'hôpital, des non réponses partielles relativement nombreuses ont fait l'objet de redressements.

8° Perspectives d'évolution

Enquête susceptible d'être renouvelée en fonction des priorités de santé publique.

Enquête de santé mentale en population générale

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Enquête de santé mentale en population générale

1.2 – Sigle : sans objet.

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée

DREES, Bureau de l'état de santé de la population et équipe située à l'établissement public de santé mentale de Lille.

2.2 - Personne à contacter.

Marie Anguis 11 place des 5 martyrs du Lycée Buffon 75696 Paris cedex 14 ;
Tel : 01 40 56 81 15 ; Fax : 01 40 56 81 20 ; marie.anguis@sante.gouv.fr

3° Objectifs

Description des représentations liées aux maladies mentales, aux malades mentaux et aux différents modes d'aides et de soins dans la population générale.

Évaluation de la prévalence des principaux troubles mentaux dans la population générale.

Enquête co-pilotée par une équipe située à l'établissement public de santé mentale de Lille et le centre collaborateur OMS à partir d'instruments ayant fait l'objet de validations internationales.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Enquête en population générale sur une dizaine de sites en 1999.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Enquête par interview auprès d'un échantillon d'environ 1000 personnes réalisée, sur une dizaine de sites, selon la méthode des quotas, par des équipes de secteurs de psychiatrie volontaires.

4.3 – Ancienneté du recueil .

Poursuite en 2000 de l'exploitation de la première vague de collecte réalisée en 1999 et début d'exploitation de la deuxième vague.

Extension à d'autres sites d'observation en 2001

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

Illimitée.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Variables socio-démographiques, représentations liées aux maladies mentales, connaissance des lieux de soins autres qu'hospitaliers, prévalence de certaines pathologies mentales dans la population enquêtée.

5.2 – Nomenclatures employées.

CIM 10 pour la prévalence.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Dernière publication : Etudes et Résultats N° 116, mai 2001.

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Non

6.2 – Accès à la demande .

S'adresser à la responsable.

7° Précautions d'usage

Les sites enquêtés doivent être étudiés indépendamment à cause de leur hétérogénéité géographique.

8° Perspectives d'évolution

Extension du nombre de sites enquêtés pour obtenir une représentativité nationale.

Mise à jour : le 25/01/2002

Enquête nationale de périnatalité

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Enquête nationale de périnatalité

1.2 – Sigle : sans objet

2° Désignation du responsable

2.1 - Unités concernées

DREES, Bureau de l'état de santé de la population / unité 149 de l'INSERM / DGS, Bureau qualité des pratiques.

2.2 - Personnes à contacter.

Christine de Peretti ; 11 place des 5 martyrs du Lycée Buffon 75696 Paris cedex 14 ;
Tel : 01 40 56 81 17 ; Fax : 01 40 56 81 20 ; christine.de-peretti@sante.gouv.fr
Nicole Matet ; 8 av. de Ségur 75530 Paris 07 SP ;
Tel : 01 40 56 41 63 ; Fax : 01 40 56 40 26 ; nicole.matet@sante.gouv.fr

3° Objectifs

Suivre l'évolution des principaux indicateurs de l'état de santé des nouveau – nés et des pratiques périnatales.

Produire des données nationales de référence afin de permettre des comparaisons avec les données internationales et locales.

Evaluer les programmes de périnatalité.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Recueil d'informations sur toutes les naissances intervenues au cours d'une semaine donnée.
Données collectées dans les dossiers médicaux et données recueillies par entretiens avec les mères.
France entière.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Echantillonnage : tous les enfants nés vivants ou mort-nés au cours d'une semaine donnée si la naissance a eu lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant pesait au moins 500 grammes à la naissance.

Echantillon constitué en enregistrant toutes les naissances dans tous les départements français soit, pour l'enquête de 1998, 14 325 enfants dont 13 718 enfants nés en métropole et 607 nés dans les DOM .

4.3 – Ancienneté du recueil .

Première enquête réalisée par l'INSERM seul en 1981, selon un mode de sondage différent.

Deuxième et troisième enquêtes réalisées en 1995 et en 1998 dans le cadre d'une collaboration entre la DGS, l'INSERM, le SESI, l'Assemblée des présidents de conseils généraux et les services de PMI.

L'enquête sera renouvelée sur les mêmes bases en 2003.

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

Illimitée.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Caractéristiques socio-démographiques des parents / Suivi de la grossesse, modalités de l'accouchement, décisions médicales prises / État de santé de l'enfant à la naissance et transferts éventuels.

Problèmes spécifiques tels que les difficultés financières, les traitements de stérilité antérieurs à cette grossesse, le dépistage des trisomies 21 et les transferts in utero.

5.2 – Nomenclatures employées.

Définition d'une naissance recommandée par l'OMS : tous les enfants nés vivants et tous les mort-né si la naissance a lieu après au moins 22 semaines d'aménorrhée ou si l'enfant ou le fœtus pesait au moins 500 grammes à la naissance.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Oui. Périodicité régulière fixée désormais à tous les 3 ans.

Dernières publications :

- Études et Résultats n° 72, juillet 2000 ;
- Évolution des principaux indicateurs de santé périnatale en France métropolitaine entre 1995 et 1998. Résultats des enquêtes nationales périnatales. B. Blondel, J. Norton, C. du Mazaubrun, G. Bréart. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2001 ; 30 :552-564.

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Non

6.2 – Accès à la demande .

S'adresser à la responsable.

7° Précautions d'usage

Échantillon représentatif au niveau national uniquement.

Les indicateurs fluctuent à l'intérieur d'un intervalle de confiance dont les bornes sont les suivantes, pour un risque d'erreur à 5% :

- taux de 1% : + ou - 0,2% ;
- taux de 5% : + ou - 0,4% ;
- taux de 10% : + ou - 0,5% ;
- taux de 20% : + ou - 0,7%.

8° Perspectives d'évolution

Une nouvelle enquête sera réalisée en 2003.

Mise à jour : le 25/01/2002

Enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Enquête sur la prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales

1.2 – Sigle : sans objet

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée : DREES / Bureau état de santé de la population

2.2 - Personne à contacter.

Sergine TELLIER – 11 place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon 75696 PARIS Cedex 14

Tel : 01 40 56 81 21

Fax : 01 40 56 81 20

Mail : sergine.tellier@sante.gouv.fr

3° Objectifs

- aider à la décision et à l'élaboration de la politique de prise en charge de la population des toxicomanes ayant recours au dispositif de soins ;
- compter les toxicomanes qui s'adressent aux établissements sanitaires et sociaux ;
- étudier leurs caractéristiques socio-démographiques, leur toxicomanie et les modalités de prise en charge.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Recueil des données : Par le personnel des établissements d'accueil puis envoi à la DRASS pour la saisie puis envoi des fichiers à la DREES.

Champ géographique : France entière (DOM compris).

Unité statistique : Etablissements et individus.

Champ d'observation : Population toxicomane ayant recours au système sanitaire et social

Champ des établissements :

- établissements spécialisés en toxicomanie,
- établissements d'hospitalisation publics, cliniques privées de lutte contre les maladies mentales,
- établissements sociaux non spécialisés en toxicomanie susceptibles de recevoir des toxicomanes ;

Champ des individus : est considérée comme toxicomane toute personne dont la consommation de produits licites détournés de leur usage normal ou de produits illicites a été prolongée et régulière au cours des derniers mois.

Exclusions: tout usage occasionnel et ponctuel est exclu de l'enquête. La dépendance alcoolique exclusive est également exclue.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Enquête exhaustive.

Durée d'observation : 1 mois (novembre) ; 1 semaine pour les établissements hospitaliers de l'APHP depuis 1997.

Taux de couverture :

- 100% pour les établissements spécialisés ;
- non estimé pour les services hospitaliers et les centres sociaux non spécialisés en toxicomanie;
- non estimé pour les individus.

La source d'information produit des données représentatives au niveau régional.

4.3 – Ancienneté du recueil .

L'enquête présentée ici constitue une refonte encore en cours d'achèvement d'une enquête réalisée depuis une douzaine d'années.

Depuis 1987, sous son ancienne forme. Enquête non réalisée en 1998 et en 2000 et seulement dans certaines régions en 2001.

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

Illimitée.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Données recueillies :

- identification des établissements ;
- recours dans l'année (pour les établissements spécialisés) : nombre de toxicomanes pris en charge dans l'année dans les centres spécialisés, nombre de ceux pour lesquels il s'agit d'un premier recours au système sanitaire et social au titre de la toxicomanie ;
- caractéristiques socio-démographiques : sexe, année de naissance, nationalité, activité professionnelle, couverture sociale, RMI ;
- prise en charge institutionnelle : origine (injonction thérapeutique, famille, autres), nature de la prise en charge, prise en charge antérieure, année du 1er recours et structure de prise en charge (pour les centres spécialisés) lors du premier recours ;
- état de santé (sauf centres sociaux): sérologie et affection VIH, hépatite B et C ;
- caractéristiques toxicologiques : produits à l'origine de la prise en charge, consommation au cours du dernier mois, administration intraveineuse.

5.2 – Nomenclatures employées.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Pour chaque enquête, les résultats sont diffusés sous forme de tableaux statistiques dans la collection Documents Statistiques de la DREES sous le titre « La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre XXXX », ou dans la collection Études et Résultats ou Informations rapides.

Dernières publications :

Études et Résultats n°59 – « Les usagers de drogues illicites pris en charge par le système de soins en novembre 1997 ».

Documents Statistiques n°19 – « La prise en charge des toxicomanes dans les structures sanitaires et sociales en novembre 1999 ».

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Sur le site Internet : www.score-sante.atrium.rss.fr.

6.2 – Accès à la demande .

S'adresser au responsable de l'enquête.

Les données ne sont pas fournies par établissement.

7° Précautions d'usage

Le champ des établissements enquêtés a été modifié certaines années depuis 1987, en tenir compte dans l'utilisation des données. Quelques variables ont également été modifiées.

Biais de couverture par rapport au champ d'observation :

- établissements non repérés par le Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux ;
- défaut de repérage des toxicomanes dans les établissements non spécialisés en toxicomanie.

Qualité ou fiabilité des données :

- taux de non-réponses différents selon les variables ;
- fluctuation du nombre d'établissements entrant dans le champ selon l'année.

8° Perspectives d'évolution

Une réflexion sur la refonte de l'enquête est actuellement en cours afin d'harmoniser le recueil d'information dans le cadre européen.

Mise à jour : le 08/03/2002

Enquête sur les pratiques médicales des généralistes

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Enquête sur les pratiques médicales des généralistes

1.2 – Sigle : sans objet

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée

DREES, Bureau des professions de santé

2.2 - Personne à contacter.

Pascale Breuil ; 11 place des 5 martyrs du Lycée Buffon 75696 Paris cedex 14 ;
Tel : 01 40 56 87 85 ; Fax : 01 40 56 81 20 ; pascale.breuil@sante.gouv.fr

3° Objectifs

Préciser l'importance relative de certains déterminants de la pratique médicale des généralistes libéraux en utilisant une nomenclature des résultats de consultation adaptée.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Enquête auprès d'un échantillon d'environ 1000 médecins généralistes libéraux affiliés à la société de sous-traitance Thalès.

Un questionnaire rempli pour chaque consultation.

France entière.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Échantillon représentatif des généralistes dont le mode d'exercice n'est pas particulier au sens de l'assurance maladie (exclusion des homéopathes, acupuncteurs, allergologues...) stratifié selon 3 critères : région, âge et volume d'activité.

4.3 – Ancienneté du recueil .

Enquête nouvelle effectuée sur le terrain au printemps 2002.

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

- Renseignements concernant le médecin (âge, sexe, région, tranche d'urbanisation, secteur de conventionnement, organisation du travail, volume d'activité) ;

- Pour chaque consultation, recueil de données sur le patient (âge, sexe, environnement familial, activité, PCS, CMU, complémentaire maladie, terrain médical...), sur la séance (caractère d'urgence, lieu, durée, nature du recours, résultat de la consultation, existence d'actes techniques pratiqués...) et sur l'issue de la séance (nombre de médicaments prescrits, leur classe thérapeutique, nature des prescriptions).

5.2 – Nomenclatures employées.

Nomenclature ad hoc construite en vue de décrire l'activité des médecins généralistes.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Publication des résultats sous forme d'études

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

6.2 – Accès à la demande .

Fichier accessible à l'aide d'une convention avec la DREES.

7° Précautions d'usage

8° Perspectives d'évolution

Les projets seront définis après exploitation de cette enquête nouvelle dont les résultats seront disponibles au cours du 2^{ème} semestre 2002.

Mise à jour : le 25/01/2002

Statistiques trimestrielles sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé . Statistiques trimestrielles sur l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

1.2 – Sigle.

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée : DREES, Bureau de la Politique de la vieillesse, du handicap et de la dépendance (PVHD)

2.2 - Personne à contacter.

Roselyne KERJOSSE

DREES - Bureau PVHD

11, place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon - 75696 PARIS cedex 14

Tél. : 01 40 56 81.70 - Fax : 01 40 56 81 10

Roselyne.kerjosse@sante.gouv.fr

3° Objectifs

Le questionnaire trimestriel de données agrégées sur l'APA, renseigné par les conseils généraux, est destiné à évaluer la montée en charge de la nouvelle allocation (nombre de dossiers examinés et de bénéficiaires) et à estimer les moyens nécessaires (montants versés aux bénéficiaires et personnels affectés pour la mise en œuvre du nouveau dispositif).

Ces informations intéressent aussi bien les échelons départementaux (DDASS) et régionaux (DRASS) que l'échelon national notamment le secrétariat d'État aux personnes âgées, la Direction générale de l'action sociale (DGAS), le Fonds de financement de l'APA (FAPA), les conseils généraux, l'Assemblée des départements de France (ADF), la CNAV, la MSA.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

La DREES a mis à la disposition des 100 conseils généraux et des 24 DRASS un logiciel de saisie/contrôles :

→ Les Conseils généraux ayant opté pour l'utilisation de ce logiciel transmettent les fichiers de saisie trimestriels par Internet à la DREES avec copie au statisticien régional de la DRASS de la région de leur département ;

→ Ceux n'optant pas opté pour ce mode de renseignement des questionnaires, transmettent le questionnaire trimestriel sous forme papier au statisticien régional de la DRASS de la région de leur département qui après saisie le transmet à la DREES par Internet.

Ce recueil statistique concerne la France entière (Métropole et DOM).

L'échelon géographique le plus fin est le département.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Exhaustivité réelle.

La transmission d'informations concernant le dispositif de l'APA par les conseils généraux au ministère de l'Emploi et de la solidarité repose sur un arrêté du 26 novembre 2001 portant application de l'article 13 du décret n°2001-1086 du 20.11.2001 de la loi sur l'APA.

4.3 – Ancienneté du recueil .

Depuis la fin du premier trimestre 2002.

Un tel recueil d'informations existait auparavant (depuis fin 1997) pour la Prestation spécifique dépendance (PSD) : prestation qui a été remplacée par l'APA depuis le 1^{er} janvier 2002.

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

Cinq ans.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

- le nombre d'établissements optant pour la dotation budgétaire globale, leur capacité et le nombre de personnes concernées ;

Au cours du trimestre écoulé :

- le nombre de dossiers enregistrés et de dossiers déclarés complets ;
- le nombre de décisions rendues selon le niveau de dépendance ;
- le nombre de décisions favorables rendues selon l'aide dont bénéficiait le demandeur d'APA antérieurement ;
- le nombre de dossiers en attente, de recours et de dossiers déclarés sans suite ;
- le nombre d'arrêts ou de suspensions de l'APA ou de la PSD ;

A la fin du trimestre écoulé :

- le nombre de bénéficiaires de l'APA ou de la PSD dépendance selon le niveau de dépendance ;
- le nombre de bénéficiaires de l'APA selon le sexe, le groupe d'âges et le niveau de ressources ;
- le total des montants versés d'une part, par le département au titre de l'APA et le total des participations financières des bénéficiaires de l'APA selon le niveau de dépendance, d'autre part selon le type d'aides ;
- le nombre de personnes affectées à l'allocation personnalisée d'autonomie (équipes médico-sociales et personnels chargés de la gestion administrative).

5.2 – Nomenclatures employées.

6° Disponibilités des résultats .

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

- Les statistiques trimestrielles sur l'APA donnent lieu à une exploitation et à une publication dans *Études et Résultats* à la fin du mois m+2 qui suit un trimestre donné.
- la première publication trimestrielle sur l'APA paraîtra fin mai 2002 pour le premier trimestre 2002.
- Une exploitation et une publication du même type étaient réalisées jusqu'à la fin 2001 pour la PSD.
- L'*Études et Résultats* publié sera adressé, chaque trimestre, par le responsable de l'opération statistique à l'ensemble des conseils généraux et des statisticiens régionaux des DRASS.

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

La base trimestrielle se présente sous forme d'une table SAS ou peut être, au besoin, présentée sous la forme d'un fichier Excel.

6.2 – Accès à la demande .

La base trimestrielle est fournie aux partenaires de la DREES (FAPA, CNAVTS, MSA...) sur demande au responsable de l'opération statistique.

Les statistiques trimestrielles sur l'APA sont des données agrégées ne relevant pas de la CNIL.

7° Précautions d'usage

8° Perspectives d'évolution

Mise à jour : le 25/04/2002

Enquête annuelle auprès des Commissions Départementales d'Éducation Spéciale (CDES)

1° Désignation de la source

1.1 Nom détaillé . Enquête annuelle auprès des Commissions Départementales d'Éducation Spéciale (CDES)

1.2 – Sigle : Enquête CDES

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Sous-direction de l'observation de la solidarité

Bureau de la politique de la vieillesse, du handicap et de la dépendance

2.2 - Personne à contacter.

Christophe Trémoureux - Chargé d'étude

Adresse : 11, place des cinq martyrs du Lycée Buffon - 75696 Paris cedex 14

Téléphone : 01 40 56 81 77 ; Télécopie : 01 40 56 81 10 ;

mél : christophe.tremoureux@sante.gouv.fr

3° Objectifs

a) objectifs

Dresser un bilan de l'activité des CDES durant l'année scolaire

Les CDES sont **habilités à** :

- **déterminer le handicap de l'enfant ;**
- **décider de l'attribution de prestations**
allocation d'éducation spéciale et carte d'invalidité
avis (transport scolaire, temps supplémentaire lors de passage d'examen...);
- **orienter vers les structures médico-éducatives.**

Rappel : en amont, l'orientation vers des établissements scolaires (intégration scolaire) est le plus souvent déléguée aux commissions de circonscription des premier et second degrés (CCPE et CCSD).

b) contexte de mise en place et demandeurs.

L'enquête actuelle répond à une demande de la direction générale de l'action sociale (DGAS) du Ministère de l'emploi et de la Solidarité et de la Direction de l'enseignement scolaire (DESCO) du Ministère de l'éducation nationale

Les CDES ont été créées par la loi d'orientation du 30 juin 1975 en faveur de personnes handicapées et inadaptées, et placées sous la tutelle des deux Ministères précités, demandeurs d'une exploitation statistique à la direction ad hoc du ministère de l'emploi et de la solidarité.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Les CDES sont sollicitées tous les ans. Toutes les CDES des départements de France métropolitaine et d'Outre-Mer sont enquêtées. Le nombre de départements non –répondants se limite généralement à moins de cinq.

Les populations visées à travers elles sont celles des jeunes handicapés de 0 à 20 ans (sauf dérogation d'âges) qui ont recours aux commissions. Des informations relatives à l'effectif du personnel de la CDES sont également recueillies.

Il existe, en fonction de la disponibilité ou de l'effectivité de l'utilisation de l'application informatique, deux modes de transmission de l'information à vocation statistique : un questionnaire papier et un support informatique.

Détail des informations collectées :

- a) Pour les questionnaires papiers : transmissions de données agrégées.
- b) Pour les transmissions (depuis 1993) de fichiers électroniques anonymisées:
 - exhaustivité des demandeurs de l'année, donnant lieu à des programmes d'agrégations ;
 - échantillonnage pour certaines données individuelles (notamment en ce qui concerne les informations d'ordre médical). Les demandes de l'année relatives aux seuls enfants nés en mars ou en octobre constituent cet échantillonnage.

Les informations sont représentatives au niveau départemental et publiées à ce niveau.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Exhaustivité

4.3 – Ancienneté du recueil .

La première enquête sur l'activité des CDES date de 1983. L'enquête annuelle date de 1988 (année scolaire 1987-1988).

L'informatisation des CDES n'est pas totalement aboutie. Elle est montée en charge à partir du début des années 90. La première enquête intégrant des transmissions de données électroniques date de l'année scolaire 1993-1994

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

Les fichiers individuels sont détruits après exploitation.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

- Nombre d'enfants correspondant au total des demandes.
- Nombre et type de décisions d'allocation éducation spéciale (AES) prises pendant l'année scolaire, selon l'antériorité de la situation par rapport à l'AES
- Nombre d'avis de la CDES pendant l'année scolaire (tiers temps pour examen, mention tierce personne, exonération de la vignette, macaron GIC, ...)
- Nombre et détail des attributions de cartes d'invalidité (CI) : CI simples, CI + mention "Station debout pénible"(SDP), ...
- Nombre de décisions d'orientation vers les établissements médico-éducatifs (premières décisions / renouvellement) prises pendant l'année scolaire, selon le type d'établissement...
- [...]

5.2 – Nomenclatures employées.

Certaines des nomenclatures, dites administratives, ont directement trait aux objets observés (divers compléments d'AES, mentions de cartes d'invalidité, type d'avis donnés...).

La nomenclature relative aux orientations vers les établissements médico-éducatifs est calquée sur la nomenclature officielle du champ du handicap des établissements sanitaires et sociaux (NODESS).

Le guide-barème pour l'évaluation des déficiences et incapacités des personnes handicapées, qui s'inspire de la classification internationale des handicaps proposée par l'Organisation mondiale de la Santé, permet le codage par les médecins du module médical.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Les statistiques font l'objet de deux publications de la DREES : estimations nationales et commentaires, dans la collection « Études et résultats », et dans un document de travail de la collection statistique où figurent en sus, des tableaux statistiques départementaux.

Dernières parutions :

- Juillet année «n» pour « Études et résultats » n°25 sur l'activité des CDES en 1997-1998 ;
- Octobre année «n» pour le document de travail n°8 sur l'activité des CDES en 1997-1998.

Note : les résultats départementaux et les estimations nationales de 1998-1999 ont fait l'objet d'un retour auprès des administrations centrales et des CDES en septembre de l'année 2001.

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Les informations individuelles sur les enfants ne font l'objet d'aucune communication.

6.2 – Accès à la demande .

Accès gratuit aux demandeur des collections DREES.

7° Précautions d'usage

Il y a un risque de double compte pour les questionnaires papiers. D'un département à l'autre, les informations demandées sont renseignées de manière plus ou moins complète.

Mais le principal écueil des statistiques actuelles réside dans les acceptions différentes du contenu de l'information du module orientation, pour les établissements d'éducation spéciale du secteur médico-éducatif. L'item « décision d'orientation » sera renseigné dans un département lorsqu'il y a assurance que l'orientation sera réalisée, dans un autre, il indique la décision de la commission, sans référence à la réalisation ou non de l'orientation. Ces différences d'acceptions mettent à mal l'intérêt de ces dernières statistiques et limitent les possibilités d'études de disparités départementales.

Outre leur utilisation différente de l'application, la diversité des pratiques des CDES est ici en cause.

8° Perspectives d'évolution

Actualité : la refonte de l'application informatique des CDES. Il s'agit du projet « OPALES » pour Outils de Pilotage et Administration Locale de l'Éducation Spéciale qui a démarré fin 2000. Une première version devrait être mise en place à la fin 2002.

Outre le besoin d'améliorer l'ergonomie de l'application, les objectifs essentiels en terme de statistiques sont de :

- *obtenir des données de stock, en plus des données de flux actuelles ;*
- *retravailler la partie **complexe** des **orientations**, afin de distinguer celles qui sont réalisées ou non, de mesurer les orientations non réalisées faute de place dans les établissements ou du fait d'un refus des parents, de distinguer les orientations en adéquation avec le handicap de l'enfant de celles qui sont réalisées par défaut ;*
- *mettre à jour la partie AES qui fait l'objet d'une réforme ;*

- *obtenir plus de données sur l'intégration scolaire (individuelle ou collective) des enfants handicapés (dans une version ultérieure de l'application). Cet objectif ne sera pas intégré à la première version d'OPALES car il nécessite l'informatisation des commissions de circonscriptions (CCPE et CCSD).*

La diffusion de cette application sera l'occasion de promouvoir l'homogénéisation des pratiques des CDES.

Mise à jour : le 25/04/2002

Informatisation des traitements administratifs des COTOREP

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Informatisation des traitements administratifs des COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel).

1.2 – Sigle. ITAC

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée : DREES, Bureau « Politique de la vieillesse, du handicap et de la dépendance »

2.2 - Personne à contacter :

Jean-Marie CHANUT
Bureau PVHD
DREES
11, place des Cinq Martyrs du Lycée Buffon
75696 PARIS cedex 14
Tél. : 01 40 56 88 04
Fax : 01 40 56 81 10
jean-marie.chanut@sante.gouv.fr

3° Objectifs

Décrire l'activité annuelle des COTOREP, demandes et décisions, pour les différentes mesures prises par ces organismes dans les domaines de l'emploi et de l'environnement social des adultes handicapés (orientations professionnelles, allocations, cartes d'invalidité...). Ces informations intéressent les COTOREP elles-mêmes et leurs autorités départementales de tutelle (DDTEFP et DDASS) et à l'échelon national, la DGEFP et la DGAS.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données

La DREES reçoit des Équipes Informatiques Régionales, sur un support cédérom, une sélection des tables informatiques de toutes les COTOREP (départements) de la région concernée. La population observée est l'ensemble des personnes qui ont déposé une ou plusieurs demandes auprès de leur COTOREP au cours des deux années précédentes. L'échelon géographique le plus fin est le département pour la métropole et les DOM. Le département du Nord est scindé en deux : Lille et Valenciennes.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Exhaustivité réelle sur les COTOREP et les demandes.

4.3 – Ancienneté du recueil : le premier recueil porte sur l'activité des COTOREP en 2001.

4.4 – Durée de conservation des données collectées : deux ans.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées

Nombre de demandes et de demandeurs, en distinguant les premières demandes des renouvellements et par type de demande.

Types de demandes :

relatives au travail

- abattement de salaire
- emploi fonction publique
- orientation professionnelle
- prime de reclassement
- reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
- subvention d'installation

relatives à l'environnement social des personnes handicapées

- allocation aux adultes handicapés
- allocation compensatrice pour frais professionnels
- allocation compensatrice pour tierce personne
- allocation logement
- assurance vieillesse (pour la personne aidante)
- carte d'invalidité
- carte européenne de stationnement (ancien macaron GIC)
- Placement (en établissement social ou médico-social)

Nombre de décisions en distinguant les premières demandes des renouvellements et par type de conclusion.

Principales variables :

Numéro anonymisé de dossier
 Sexe
 Age
 Date de demande
 Date de décision
 Type de demande
 Nature de la demande (première ou renouvellement)
 Type de décision

5.2 – Nomenclatures employées.

Nomenclature de type de demande en 14 postes. A chaque type de demande correspondent de 4 à 35 types de conclusion, soit 167 au total.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Disponibilité des résultats de l'année t vers le milieu de l'année t+1.

La première mise à disposition de tableaux statistiques sur support papier à partir de cette source est prévue pour le milieu de l'année 2002 (résultats 2001). Cette sortie sera suivie d'un document de travail reprenant ces tableaux « L'activité des COTOREP en 2001 » », et d'un « Etudes et résultats » sur le même thème.

Dernière publication disponible comparable : résultats saisis sur listings de statistiques dites ministérielles ayant donné lieu à un document de travail « l'activité des COTOREP en 2000 », n°32, mars 2002.

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Les tableaux de résultats se présentent à la fois sous forme de tables SAS, et de fichiers Excel.

6.2 – Accès à la demande .

Les fichiers Excel des résultats doivent être demandés au responsable et peuvent être transmis par mél.

La DREES tient compte des recommandations de la CNIL pour exploiter les fichiers transmis par les équipes informatiques régionales des COTOREP. Les tableaux remis à la demande sont le résultat de tabulations agrégeant des informations anonymes.

7° Précautions d'usage

Le système actuel de gestion informatique des COTOREP est plus orienté vers la gestion courante que vers l'exploitation statistique. Des champs comme l'origine ou le type de handicap ou le niveau de formation des demandeurs, qui pourraient être très utiles pour l'analyse des résultats, sont souvent mal renseignés parce qu'ils ne sont pas indispensables au fonctionnement des COTOREP ou ne sont pas saisis sous forme informatique. Les variables finalement retenues pour la production des tableaux statistiques ne demandent pas, en principe, de précaution d'utilisation.

8° Perspectives d'évolution

D'autres développements statistiques pourront être envisagés lorsque le nouveau système OLYMPE d'information pour les COTOREP sera opérationnel.

Mise à jour : le 25/04/2002

Base accidents du travail (Base AT)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Base accidents du travail

1.2 – Sigle : Base AT

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée : Ministère de l'emploi et de la solidarité ; direction des relations du travail (DRT) ; bureau CT1-2.

2.2 - Personnes à contacter.

Lionel Lagarde tel : 01 44 38 26 53 ; fax : 01 44 38 27 67 ; lionel.lagarde@drt.travail.gouv.fr
Marc Trabis tel : 01 44 38 26 40

3° Objectifs

Avoir une connaissance précise des accidents du travail particulièrement graves et mortels, pour en dégager des enseignements sur les politiques de prévention à mener (cf. Circulaire DRT 98/8 du 27 octobre 1998 relative à la mise en place d'une procédure d'alerte en cas d'accidents du travail mortels ou très graves).

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Le recueil des données repose sur un système de remontée d'informations de la part des services déconcentrés de l'inspection du travail. A la suite de chaque d'accident grave ou mortel, un procès verbal, suivi d'un rapport plus détaillé, est transmis à l'administration centrale (DRT, bureau CT1-2) qui se charge de saisir, dans la base accidents du travail, les renseignements ainsi fournis. Le support d'information est une fiche d'alerte, recto, en format A4.

Champ géographique : métropole et DOM.

Population visée : population active salariée du secteur privé.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Exhaustivité de principe. Taux de couverture réel indéterminé.

La source d'information produit des données du niveau départemental au niveau national.

4.3 – Ancienneté du recueil .

Mi 1998.

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Accidents du travail particulièrement graves ou mortels :

- renseignements sur l'entreprise (nom, adresse, activité, SIRET ou APE, effectifs) ;
- renseignements sur la victime (âge, statut –ouvrier, employé, cadre ou technicien-, ancienneté, nature du contrat);
- renseignements sur l'accident (date et heure de l'accident, nature des blessures).

5.2 – Nomenclatures employées.

Un numéro d'enregistrement est affecté à chaque accident.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

Diffusion non systématique.

6.2 – Accès à la demande .

Pas de difficulté vis à vis de la CNIL, puisque le nom de la victime n'est pas saisi.

7° Précautions d'usage

8° Perspectives d'évolution

Mise à jour : le 18/01/2002

Étude permanente de la prescription médicale (EPPM) [IMS-health]

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Étude permanente de la prescription médicale

1.2 – Sigle : EPPM

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée

IMS – Health 345, avenue Georges Clemenceau TSA 30001 92882 Nanterre cedex 9

2.2 - Personne à contacter.

IMS-Health

Tel : 01 41 35 10 00 ; Fax : 01 41 35 12 33 ; Mail : gsainte-claire-deville@fr.imshealth.com

3° Objectifs

La société IMS - Health réalise, au profit de sa clientèle, depuis de nombreuses années une enquête permanente sur la prescription médicale (EPPM). La base de sondage de cette enquête est constituée par un fichier de médecins régulièrement mis à jour par IMS.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Le recueil d'information est permanent.

Le sondage est réalisé par tirage aléatoire stratifié selon la région, la zone d'habitation, l'âge et le sexe du médecin.

La durée d'observation de chaque médecin est de 7 jours consécutifs, y compris le (ou les) jour(s) de repos hebdomadaire. Ces observations se déroulent tout au long de l'année. Pendant cette période de 7 jours, le praticien relève une série d'informations sur l'ensemble de ses patients vus en consultation ou en visite, et ce, quel que soit le motif de la séance, qu'il s'agisse d'une maladie ou d'un examen administratif et que l'acte donne lieu ou non à prescription.

Les séances prises en compte peuvent avoir lieu au cabinet ou au domicile du patient, et être ou non suivie d'une prescription.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Les résultats sont exprimés en valeurs extrapolées, ce qui permet de redresser l'échantillon observé à l'ensemble des médecins français. Sur la période de septembre 1997 à août 1998, par exemple, l'observation des médecins et de leur clientèle a été réalisée à partir d'un échantillon de 3 340 médecins, 1 600 généralistes et 1 740 spécialistes. Cela représente 240 160 séances, soit 353 189 millions de séances en données extrapolées.

Sont inclus dans le champ : les médecins installés, de moins de 66 ans, exerçant en France métropolitaine (hors Corse), ayant une activité libérale (exclusive ou mixte), au cabinet ou au sein d'un établissement.

Les spécialités prises en compte sont :

- Les médecins généralistes y compris les MEP (à condition que l'exercice particulier représente moins de 25 % de leur activité), les médecins du sport, les allergologues, les angéïologues ;
- Les cardiologues, dermatologues, endocrinologues, gastro-entérologues, gynécologues, neurologues, psychiatres et neuropsychiatres, ophtalmologues, oto-rhino-laryngologistes (ORL), pédiatres, pneumologues, rhumatologues.

Sont exclus du champ de l'étude : les remplaçants, les médecins exerçant dans les DOM/TOM et en Corse, les médecins dont l'activité extra-libérale représente plus de 75 % de leur activité, les spécialités non couvertes (urologues, stomatologues, chirurgiens, radiologues, rééducation et réadaptation fonctionnelle...), les dentistes, les médecins exerçant en médecine d'urgence (SOS médecin...), l'activité médicale non libérale des centres sanitaires (hôpitaux, cliniques), des centres de médecine sociale (centres de PMI, centres de planning familial, dispensaires, médecine scolaire...) et des centres de soins (thermalisme, centres de cures et de réadaptation).

4.3 – Ancienneté du recueil .

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Chaque médecin participant à l'enquête reçoit un carnet comportant des « fiches séances ». Chaque fiche contient deux parties :

- une partie questionnaire proprement dit, sur laquelle le médecin relève les informations suivantes : date et lieu de la séance, sexe, âge et profession du patient, diagnostics ou motifs de la séance, effet attendu de la prescription ;
- une partie vierge, réalisée en papier auto-dupliquant, qui permet de reproduire automatiquement les prescriptions du médecin.

Il est demandé au médecin de fournir une copie de l'ensemble de ses prescriptions : pharmacie, examens complémentaires (radiographies, analyses de laboratoire, électrocardiogramme, hospitalisation...), traitements divers (kinésithérapie, soins infirmiers...).

Les résultats présentés en termes de nombre de lignes et de coût de la prescription sont calculés en prenant en compte la durée totale de la prescription c'est-à-dire le renouvellement s'il y a lieu.

Chaque consultation et chaque prescription sont associées à un motif. Le lien est donc direct. Lorsque plusieurs motifs sont indiqués (en moyenne 1,8 motifs par séance), il n'y a pas possibilité de dégager un motif principal.

5.2 – Nomenclatures employées.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

Non

6.2 – Accès à la demande .

Accès normalement réservé aux clients d'IMS.

7° Précautions d'usage

8° Perspectives d'évolution

Mise à jour : le 12/02/2002

Enquête décennale sur la Santé et les Soins Médicaux 2002-2003 (ES 2002-2003)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé . Enquête décennale sur la Santé et les Soins Médicaux 2002-2003

1.2 – Sigle : ES 2002-2003

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée

INSEE / Division Conditions de Vie des Ménages dans le Département des Prix à la Consommation, des Ressources et des conditions de Vie des Ménages

2.2 - Personne à contacter.

Jean-Louis Lanoë

INSEE Timbre F340, 18 Bd Adolphe Pinard.75675 Paris cedex 14

Tel : 01 41 17 65 53 ; Fax : 01 41 17 63 17 ; Mail : jean-louis.lanoë@insee.fr

3° Objectifs

Mesure de la consommation individuelle annuelle de soins et de prévention ;
Mesure de la morbidité déclarée incidente et prévalente ;
Mesure de la santé perçue et des états de santé.

Mise en relation des mesures de consommation avec les mesures d'état de santé et les caractéristiques socio-démographiques des individus et des ménages.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Échantillon représentatif des ménages français au niveau national (taille 15 000 environ).

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Tirage au sort de logements à partir de « l'échantillon maître » INSEE afin de disposer d'un échantillon représentatif de ménages ordinaires et d'individus au niveau national.

Tirage au sort de logements dans l' 'échantillon maître extension' de l'INSEE pour disposer d'échantillons représentatifs là où seront réalisées des extensions régionales.

4.3 – Ancienneté du recueil .

Première enquête de cette nature : 1960 mais recueil véritablement homogène depuis l'enquête 1970.

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

Les fichiers des enquêtes 1970, 1980-81 et 1991-1992 sont conservés et, pour les deux dernières enquêtes, directement disponibles

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

- Caractéristiques socio-démographiques des individus (y compris diplômes et profession) ;
- Caractéristiques de la couverture du risque maladie (pour chaque individu) ;
- Caractéristique du logement et composition du ménage ; revenus ;
- Morbidité et handicaps des individus ;
- Consommations de soins et de prévention en volume et en valeur par catégories (hospitalisation, soins médicaux, pharmacie, autres biens médicaux, soins paramédicaux, biologie etc...).

5.2 – Nomenclatures employées.

Nomenclature INSEE pour les aspects socio-démographiques ;
 Classification Internationale des Maladies pour la morbidité ;
 Nomenclature « Comptes de la Santé » pour les consommations de soins.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Dans l'année qui suit la réalisation du fichier d'enquête, publications par l'INSEE, la DREES et les partenaires conventionnellement habilités, avec informations mutuelles entre les partenaires, pour validation des données du fichier.

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Possibilité d'accès aux fichiers dans l'année qui suit la réalisation du fichier pour des organismes d'étude, sans droit à publication avant le délai d'un an (convention avec l'INSEE).

Au delà d'un an, l'INSEE met librement à disposition, à titre onéreux, les fichiers validés de l'enquête. Transferts de fichiers par disquette ou CD.

6.2 – Accès à la demande .

Au delà d'un an, accès à l'ensemble des fichiers.

Ceux ci seront conformes aux lois et réglementations sur l'obligation et le secret en matière de statistiques et d'informatique, actuellement en vigueur (loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière statistique, loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique aux fichiers et aux libertés). Les données ainsi fournies ne pourront en aucun cas permettre d'identifier, même indirectement, les ménages ou les individus. A cette fin, les fichiers ne comportent ni l'adresse du ménage ni le code de la commune de résidence.

7° Précautions d'usage

Pour ce qui concerne l'enquête 2002-2003, les principales précautions devront concerner au premier chef l'analyse des évolutions temporelles puisque la méthodologie de l'enquête sera sensiblement modifiée. Comme d'usage avec l'enquête décennale de santé, se rappeler qu'elle ne porte que sur les ménages ordinaires.

8° Perspectives d'évolution

L'enquête 2002-2003, à la différence des enquêtes précédentes :

- reposera, en matière de consommation de soins et de morbidité des adultes, sur un questionnaire individualisé,
- couvrira l'année entière (y compris les mois d'été soit 5 vagues),
- mesurera la santé perçue et proposera des auto-questionnaires relatif à des pathologies particulières.

La durée d'enquête pour chaque ménage sera de 16 semaines (3 visites d'enquêteur espacées de 8 semaines).

L'enquête pour la première fois menée par interview assistée d'un ordinateur (CAPI) permettra de mieux chaîner les consommations aux maladies déclarées et aux consommations antérieures.

Par ailleurs, l'enquête comportera 5 extensions régionales (strictement identiques à l'enquête nationale). Là où seront effectuées ces extensions, il sera proposé aux adultes enquêtés de faire réaliser un examen de santé permettant d'objectiver certaines mesures de morbidité et d'entreprendre des questionnements spécifiques relatifs à la prévention.

Enfin, les données de consommations déclarées seront comparées, de façon agrégée, avec les données administratives de remboursement de l'assurance maladie.

Mise à jour : le 13/03/2002

Enquête « Handicaps – incapacités - dépendance » (HID)

1° Désignation de la source

1.1. Nom détaillé : Enquête « Handicaps-incapacités-dépendance »

1.2. Sigles :

HID 98 : Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance de fin 1998 auprès des personnes vivant en institutions médico-sociales - 1^{er} passage

VQS : Enquête Vie Quotidienne et Santé de filtrage pour la mise au point de l'échantillon de HID 99

HID 99 : Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance de fin 1999 auprès des ménages - 1^{er} passage

HID 00 : Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance de fin 2000 auprès des personnes vivant en institutions médico-sociales - 2^{ème} passage

HID 01 : Enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance de fin 2001 auprès des ménages – 2^{ème} passage

2° Désignation du responsable

2.1. Unité concernée

INSEE - Département de la Démographie - Division Enquêtes et Etudes Démographiques

2.2. Personne à contacter

Pierre Mormiche
INSEE - Timbre F170
18 boulevard Adolphe Pinard - 75014 PARIS
Tél : 01.41.17.55.03
Fax : 01 41 17 62 79
Mél : pierre.mormiche@insee.fr

3° Objectifs

Mesurer le nombre des personnes handicapées ou dépendantes, du point de vue des déficiences, incapacités et désavantages. Évaluer les flux d'entrée et de sortie en incapacité. Décrire les origines des handicaps, l'entourage socio-familial, les conditions de vie et les aides éventuelles.

Initiée à la demande de la MIRE et du ministère de l'Emploi et de la Solidarité, fortement appuyée par le CNIS, l'enquête HID est co-financée (outre l'INSEE) par douze demandeurs nationaux : l'AGEFIPH, l'AGIRC, l'Association des Paralysés de France, l'ARRCO, la CANAM, la CNAF, la CNAMTS, la CNAV, la DREES, la FFSA et la MGEN.

En outre, huit collectivités locales ont financé des extensions d'échantillon de la pré-enquête VQS, afin d'obtenir des estimations de résultats HID pour leur aire géographique : les Conseils Généraux des Bouches du Rhône, de l'Hérault (celui-ci finance également une extension de l'échantillon de l'enquête HID 99), de l'Ille et Vilaine, de la Loire, du Pas de Calais, de Seine et Marne et du Val d'Oise ; le Conseil Régional de Haute-Normandie.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1. Principe de recueil des données et population visée

a) Le recueil des données se fait par entretien en face-à-face avec les personnes concernées - ou pour les personnes inaptes à répondre avec un proche.

b) La population visée est l'ensemble de la population de la France métropolitaine. HID 98 concerne les 660 000 personnes censées résider ou être soignées dans les établissements d'hébergement pour enfants handicapés, pour adultes handicapés, pour personnes âgées, et dans les institutions psychiatriques. HID 999 concerne les 57 800 000 personnes vivant à domicile au Recensement de mars 1999.

4.2. Échantillonnage

a) Pour HID 98 : Dans un premier temps, on a effectué un tirage stratifié de 2075 établissements de FINESS selon le type d'établissement (16 strates de tirage), proportionnel à la taille des établissements. Dans un deuxième temps, on a tiré au sort 8 personnes par établissement, parmi l'ensemble des malades ou pensionnaires passant habituellement la nuit dans l'établissement. 1918 établissements ont accepté l'enquête et répondu ; 14 632 personnes ont accepté (ou leur famille, médecin ou tuteur) l'interview individuelle.

b) Pour HID 99 : Dans un premier temps, on a adjoint au recensement de la population de 1999 une enquête de filtrage appelée « Vie Quotidienne et Santé », menée auprès de 400 000 personnes, qui a obtenu 359 000 réponses exploitables.

Dans un deuxième temps, on a tiré parmi les répondants à VQS un échantillon de 21 970 personnes pour HID 99. Le tirage a été stratifié avec des probabilités (très) inégales, de façon à sur-représenter fortement les personnes ayant indiqué des handicaps ou limitations d'activité dans le questionnaire VQS. On a obtenu 16 927 réponses.

Le tirage VQS comprend un échantillon national, et des extensions dans huit zones locales (sept départements - Bouches du Rhône, Hérault, Ille et Vilaine, Loire, Pas de Calais, Seine et Marne et Val d'Oise - et une région, la Haute-Normandie). Le tirage HID comprend un échantillon national et une extension dans le département de l'Hérault. Des procédures d'estimations des résultats HID relatives aux huit zones locales à extensions VQS ont été mises à la disposition des partenaires locaux.

c) Pour HID 00 : On a ré-interrogé les personnes ayant répondu à HID 98, sous réserve qu'elles ne soient pas décédées et qu'elles résident encore dans une institution (que ce soit la même qu'en 1998 ou une autre). Compte tenu des 2 406 décès et des 1 679 départs « hors champ » (dont 1 613 retours en domiciles ordinaires) intervenus depuis la première interview, environ 9 800 personnes ont pu être ré-interrogées, dans 1 900 établissements de 1998 et 553 nouveaux établissements.

d) Pour HID 01 : La ré-interrogation des personnes ayant répondu à HID 99, sous réserve qu'elles ne soient pas décédées et qu'elles résident encore dans un domicile ordinaire (que ce soit le même qu'en 1999 ou un autre) s'est effectuée de fin octobre 2001 à début janvier 2002.

4.3. Ancienneté du recueil

a) HID 98 : collecte réalisée du 15 octobre au 15 décembre 1998.

b) HID 99 : collecte réalisée du 2 novembre 1999 au 31 janvier 2000.

c) HID 00 : collecte réalisée du 23 octobre 2000 au 15 janvier 2001.

d) HID 01 : collecte démarrée le 22 octobre 2001, achèvement prévu le 11 janvier 2002.

4.4. Durée de conservation des données collectées

Les données seront conservées (en dehors de leur archivage historique anonyme) pendant quinze ans, de façon à pouvoir établir des statistiques de mortalité selon la présence et la nature d'un handicap.

5° Variables et nomenclatures

5.1. Variables observées

L'enquête s'appuie sur les concepts de la nomenclature internationale des "Déficiences, Incapacités, Désavantages" de l'Organisation Mondiale de la Santé, publiée au Journal Officiel de la République Française (arrêté du 4 mai 1998).

Le questionnaire HID 98 couvre les thèmes suivants : relevé des déficiences, incapacités ou difficultés à accomplir les gestes de la vie quotidienne, environnement socio-familial et, relations familiales, habitat, déplacements, scolarité et diplômes, situation professionnelle, ressources et allocations, taux d'incapacité, loisirs, vacances, culture, caractéristiques démographiques.

Le fichier de HID 98 comporte 644 variables.

L'enquête HID 99 couvre les mêmes domaines, plus la description du ménage dans lequel vit la personne enquêtée, le relevé des aides humaines (professionnelles ou non) dont elle bénéficie ; elle comporte en outre un questionnaire adressé à la personne désignée comme étant "l'aidant le plus proche".

Le fichier de HID 99 comporte 846 variables.

Les questionnaires de HID 00 et 01 couvrent les mêmes domaines que ceux de HID 98 et 99 (à l'exception du questionnaire 99 spécifique aux aidants). Ils s'intéressent dans chaque domaine aux évolutions survenue au cours des deux années séparant les deux interviews. Pour cela, une comparaison des réponses enregistrées lors des deux passages est effectuée instantanément aux cours du second interview et ouvre des questions spécifiques de confirmation et description des changements déclarés. Le fichier de HID 00 comporte 722 variables, celui de HID 01 n'est pas encore disponible.

5.2. Nomenclatures employées

HID utilise d'une part les nomenclatures classiques de l'INSEE (liens familiaux entre personnes, niveau d'études, niveau de diplômes, catégorie socio-professionnelle et milieu social, nomenclature des motifs et moyens de déplacements de l'enquête Transports, nomenclature des sports de l'enquête Loisirs, nomenclature des régimes d'assurance-maladie de l'enquête Santé...).

Elle utilise d'autre part une nomenclature de nature de déficiences, rectifiée par un groupe de travail comprenant des médecins et des spécialistes du handicap et utilisée par une équipe médicale qui a reclassé les déficiences après l'enquête. Plus une nomenclature succincte des causes et origines des déficiences et une nomenclature des régimes de retraite.

6° Disponibilité des résultats

6.1. Disponibilité systématique

6.1.1. *Sur support papier*

Pour la documentation d'enquête, les questionnaires HID 98, VQS, HID99, HID 00 et HID 01, les cahiers de codes et les instructions aux enquêteurs sont disponibles sur demande auprès des concepteurs.

L'enquête (objectifs et méthodes) est présentée dans un article du Courrier des Statistiques n° 87-88 de décembre 1998.

Il sera édité des volumes de tableaux dans la série INSEE-Résultats pour chacune des vagues de l'enquête HID. Le premier volume, relatif à HID98, a été publié en août 2001 dans la Série Démographie - Société (n° 83-84) des volumes INSEE-Résultats.

Les premiers résultats de l'enquête de 1998 ont été publiés dans "INSEE 1ère" n° 669 d'août 1999. Ceux de l'enquête de 1999 ont été publiés dans "INSEE 1ère" n° 742 d'octobre 2000. Ceux de l'enquête de 2000 ont été publiés dans "INSEE 1ère" n° 803 de septembre 2001.

On citera également, dans la série « Etudes et Résultats » de la DREES, les numéros suivants : n° 35, octobre 1999 « les relations familiales et sociales des personnes âgées résidant en institution » ; n° 94, décembre 2000 « le nombre de personnes âgées dépendantes d'après l'enquête handicaps – incapacités - dépendance » ; n° 106, mars 2001 « Les enfants handicapés en internat en 1998 » ; n° 108, mars 2001 « Les personnes âgées en institution en 1998 : catégories sociales et revenus » ; n° 138, octobre 2001 « Les incapacités des personnes de 60 ans et plus résidant en institution » ; n° 142, novembre 2001 « Les aides et les aidants des personnes âgées ».

Citons également les colloques et séminaires consacrés aux exploitations des enquêtes HID organisés les 30 novembre et 1^{er} décembre 2000 à Montpellier, les 17 et 18 octobre 2001 à Dourdan, le 6 décembre 2001 à Villejuif et le 7 décembre 2001 à Paris. Leurs programmes et actes ou des recueils d'interventions peuvent être recherchés sur l'un des sites internet suivants : <http://rfr-handicap.inserm.fr>, <http://www.sante.gouv.fr/html/publication> (publications de la DREES).

6.1.2. Base de données

Les fichiers anonymes existent en formats SAS, CPORT, XPORT et fichier plat. Ils sont présentés sur des CD-Rom comprenant les questionnaires, la documentation et les premiers résultats.

Ils sont documentés par un dictionnaire des codes sur papier, décrivant l'ensemble des variables et leurs modalités.

On trouvera une documentation méthodologique, les questionnaires et dictionnaires des codes sur le premier des deux sites indiqués précédemment.

6.2. Accès à la demande

On peut obtenir les fichiers anonymes sur demande adressée à INSEE-Info-Service. Leur diffusion n'est cependant possible qu'un an après leur remise aux partenaires du projet HID. Le fichier HID 98 est diffusable depuis le 2 Avril 2000 et le fichier HID 99 le sera à partir du 1er juillet 2001.

7. Précautions d'usage

8. Perspectives d'évolution

Mise à jour : le 04/01/2002

Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages : partie variable de mai 2001 « comportements vis-à-vis de la santé » (EPCV)

Les enquêtes Permanentes sur les Conditions de Vie sont réalisées régulièrement trois fois par an. Elles comportent une partie fixe dite « indicateurs sociaux » et une partie variable. L'enquête « comportements vis-à-vis de la santé » a constitué la partie variable de mai 2001.

1° Désignation de la source

Intitulé : EPCV mai 2001 « comportements vis-à-vis de la santé ».

2° Désignation du responsable

2.1. Unité concernée : Division Conditions de vie des ménages -INSEE.

2.2. Personne à contacter :

Christel ALIAGA ; Tél. : 01 41 17 55 08 ; Fax : 01 41 17 63 17 ; Mail : christel.aliaga@insee.fr
Adresse : INSEE- MK1- Timbre F340- 18 bd Adolphe Pinard 75675 PARIS CEDEX 14.

3° Objectifs

L'objectif général de l'enquête est d'étudier les actions et pratiques de santé des individus autour de la problématique suivante : comment prend-on « soin de sa santé » dans sa vie quotidienne ? Elle vise d'une part à observer les attitudes de prévention en matière « d'hygiène de vie » (alimentation, pratique sportive, rythme de sommeil, consommation de tabac et d'alcool, ...). Elle s'intéresse d'autre part aux pratiques des individus lorsqu'ils sont confrontés au système de soins (médecin généraliste habituel, perception du médecin, don de sang, médecine du travail, automédication, utilisation des médecines douces, ...). Eclairage à travers la consommation de soins, la maladie et le « bien-être émotionnel » (nervosité, troubles du sommeil, sentiment de solitude).

L'objectif de l'opération n'est en aucun cas de réaliser une mesure, que ce soit de la morbidité déclarée ou de la consommation de soins. L'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux menée par l'INSEE, l'enquête sur la santé et la protection sociale du CREDES, ainsi que les travaux réalisés par la CNAMTS s'y intéressent avec des méthodologies plus adaptées. Cette enquête est conçue en articulation et en complément de ces enquêtes ; elle se situe quasiment en amont, en se plaçant du point de vue du comportement de l'individu, de ses « choix » et de ses attitudes de « santé » dans la vie quotidienne.

Cette opération est une initiative de la division Conditions de vie des ménages. Un comité de pilotage a été constitué avec des représentants de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité (DREES), du Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) et de l'Institut national de la recherche agronomique (INRA).

4° Caractéristiques de la collecte

4.1. Principe de recueil des données

- Champ de l'enquête : les ménages ordinaires
- Mode de collecte : le mode de collecte utilisé est un questionnaire administré par l'enquêteur en face à face sous CAPI. Le ménage est prévenu du contenu de l'enquête par une lettre-avis. La durée de l'interview de l'enquête « comportements vis-à-vis de la santé » est de 20 minutes en moyenne, soit un questionnement total (y compris partie fixe) de 50 minutes.
- Période de collecte : mai 2001.

4.2. Méthodologie de l'enquête : enquête par sondage (échantillon de 8 000 ménages). Pas de représentativité locale.

4.3. Ancienneté du recueil : enquête nouvelle.

4.4. Durée de conservation des données collectées : conforme aux décisions du Comité d'archivage de l'INSEE.

5° Variables et nomenclatures

Pour chaque partie du questionnaire « comportements vis-à-vis de la santé », les principales variables sont les suivantes :

A- Consommation de soins

- nombre de consultations de médecins généralistes (dont pour motif gynécologique)
- nombre de consultations de médecins spécialistes (y compris aux urgences des hôpitaux)
- motifs d'absence de consultation de médecins
- examens gynécologiques
- traitement ménopause

B- Maladies chroniques ou graves

- maladies déclarées
- en cas de suivi : médecins qui assurent le suivi et périodicité du suivi
- en cas de non suivi : motifs d'absence de suivi
- observance des traitements (dosage et durée)

C- Relations avec le système de soins

- existence d'un médecin généraliste habituel
- comportement du médecin (perception) : écoute, explications, conseils de vie, surveillance des vaccinations, facilité à joindre
- raison d'absence de médecin habituel
- comportement de consultation en cas de maladie (tendance à consulter un médecin, réaction face à un symptôme -la fièvre-)
- automédication
- utilisation des médecines douces : homéopathie, acupuncture
- don de sang : périodicité et raison d'absence de don
- relations avec la médecine du travail
- information sur la santé : télévision, radio, magazines grand public
- connaissance de 2 dispositifs : « planning familiaux » et « médicaments génériques »

D- Habitudes de vie

- alimentation et boissons (gras, sucre, produits AB ..., quantités bues -sodas, café, alcool- ...)
- régime, poids, taille, poids idéal

- pratique sportive : raisons de pratique et d'absence de pratique
- sommeil : heures de sommeil et régularité.
- tabac :
 - * pour les fumeurs : âge de début de la consommation, tentative d'arrêt, recours à des aides pour l'arrêt (patch, ...), ancienneté, envie d'arrêter de fumer, fumer dans le logement.
 - * pour les non fumeurs : antécédent / tabac, présence de fumeur dans le logement.
- Si ancien fumeur : âge de début de la consommation, quantité, ancienneté de l'arrêt, recours à des aides pour l'arrêt (patch, ...).

E- Conditions de travail et bien être émotionnel

- conditions de travail (physiques et psychiques)
- nervosité, stress au travail, dans les études, dans la vie personnelle
- troubles du sommeil
- sentiment de solitude
- prise de somnifères, médicaments contre l'anxiété, antidépresseurs.

6° Disponibilités des résultats

Les études à partir de cette enquête s'échelonneront en 2002 sous forme d'Insee Première et d'articles dans diverses publications.

6.1. Mise à disposition sous forme de base de données : une fois le délai d'exclusivité passé (un an), le fichier détail anonymisé et documenté sera mis à disposition du public, selon les tarifs en vigueur.

6.2. Accès à la demande : le fichier sera mis à disposition du public et des exploitations à la demande seront possibles contre paiement une fois le délai d'exclusivité passé.

7° Précautions d'usage

Les précautions habituelles pour une enquête par sondage (s'assurer de la signification et de la précision des résultats).

8° Perspectives d'évolution

Aucune évolution n'est envisagée actuellement (enquête ponctuelle).

Mise à jour : le 07/01/2002

Enquête permanente sur les conditions de vie des ménages : partie « Santé » des indicateurs sociaux (EPCV)

Les enquêtes Permanentes sur les Conditions de Vie sont réalisées régulièrement trois fois par an depuis 1996. Elles comportent une partie fixe dite « indicateurs sociaux » et une partie variable. Chaque année, les indicateurs sociaux du mois de mai comportent une partie « Santé ».

1° Désignation de la source

Intitulé : EPCV indicateurs sociaux « Santé », mai 96/97/98/99/00.

2° Désignation du responsable

2.1. Unité concernée : Division Conditions de vie des ménages -INSEE.

2.2. Personne à contacter :

Sylvie DUMARTIN ; Tél. : 01 41 17 55 06 ; Fax : 01 41 17 63 17 ; Mail : sylvie.dumartin@insee.fr
Adresse : INSEE- MK1- Timbre F340- 18 bd Adolphe Pinard 75675 PARIS CEDEX 14.

3° Objectifs

Disposer d'indicateurs annuels relatifs à l'état de santé (études en constat et en évolution).

4° Caractéristiques de la collecte

4.1. Principe de recueil des données

- Champ de l'enquête : les ménages ordinaires
- Mode de collecte : le mode de collecte utilisé est un questionnaire administré par l'enquêteur en face à face sous CAPI. Le ménage est prévenu du contenu de l'enquête par une lettre - avis.
- Période de collecte : mai.

4.2. Méthodologie de l'enquête : enquête par sondage (échantillon de 8 000 ménages). Pas de représentativité locale.

4.3. Ancienneté du recueil : 1996.

4.4. Durée de conservation des données collectées : conforme aux décisions du Comité d'archivage de l'INSEE.

5° Variables et nomenclatures

Les principales variables recueillies dans les indicateurs sociaux « Santé » sont les suivantes :

- perception de l'état de santé
- congé maladie

- recours à une aide extérieure rémunérée pour des raisons de santé
- problème de mobilité
- consommation de tabac
- pratique sportive
- consultations de médecins généralistes
- consultations de médecins spécialistes
- suivi pour une maladie grave ou chronique
- examens médicaux
- traitement
- séjour à l'hôpital
- consultations de dentistes
- couverture médicale

6° Disponibilités des résultats

Les résultats peuvent faire l'objet d'INSEE Première ou d'articles dans diverses publications.

7° Précautions d'usage

Les précautions habituelles pour une enquête par sondage (s'assurer de la signification et de la précision des résultats).

8° Perspectives d'évolution

Mise à jour : le 07/01/2002

Échantillon Démographique Permanent (EDP)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Échantillon Démographique Permanent

1.2 – Sigle : EDP

2° Désignation du responsable

2.1 - Unités concernées :

- Insee, Direction Régionale des Pays de Loire, Pôle National Répertoires et Fichiers Démographiques ;
- Insee, division Enquêtes et Études démographiques, département de la démographie.

2.2 - Personnes à contacter.

François Clanché (responsable de la division Enquêtes et Études démographiques) : tél : 01 41 17 54 24 ; mail : françois.clanche@insee.fr

Chantal Brutel (suivi de l'EDP à la DG de l'Insee) : tél. 01 41 17 53 92 ; mail : chantal.brutel@insee.fr

Annick Echardour (responsable du pôle de Nantes) : tél. 02 40 41 76 69 ; fax : 02 40 41 79 39 ; mail : annick.echardour@insee.fr

3° Objectifs

Accumuler au cours du temps des informations à caractère essentiellement démographique sur un échantillon représentatif de la population.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données

Collecter les bulletins de recensement et les bulletins d'état civil relatifs aux individus de l'échantillon.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Échantillonnage : individus nés un des quatre jours de référence en France, soit environ un échantillon au 1/100

4.3 – Ancienneté du recueil .

Recensements depuis 1968

Données état civil sur les naissances, les mariages et les décès de 1968 à 1998

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

illimité

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Recensements : principales caractéristiques socio-démographiques de l'individu et depuis 1975, variables d'environnement, notamment du niveau famille.

Etat civil : bulletins de naissance, de mariage, de décès de l'individu, éventuellement de reconnaissance ou de légitimation par le mariage de ses parents ; bulletins de naissance, éventuellement de reconnaissance, de ses enfants. Les données d'état civil sont intégrées en continu.

5.2 – Nomenclatures employées.

PCS, NAP, APE

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion sur support papier

dernières publications :

- Économie et statistique N° 336, Janvier 2001, « La mobilité géographique et la promotion professionnelle des salariés, une analyse par aire urbaine ».
- Économie et statistique, N° 334, Octobre 2000, « La surmortalité des chômeurs : un effet catalyseur du chômage ? »
- Économie et statistique N° 316-317, 1998, Dossier Échantillon Démographique Permanent
- Courrier des statistiques, N°73, Mars 1995, « L'échantillon démographique permanent a pris un coup de jeune »

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Des fichiers d'études sont régulièrement mis à jour (en pratique une version annuelle) et sans retard excessif des évènements d'état -civil (deux ans).

6.2 – Accès à la demande .

Toute demande d'accès à l'EDP doit être adressée à la division Enquête et Etudes Démographiques de l'Insee et est généralement soumise à convention entre l'organisme demandeur et l'Insee.

Les données cédées sont rendus anonymes (suppression des jours et mois d'évènement, des niveaux géographiques infra-départementaux et de la profession très détaillée).

7° Précautions d'usage

L'EDP autorise des exploitations longitudinales, voir régionales, sous réserve qu'elles ne portent pas sur des populations trop restreintes.

En 1993, L'Insee a du faire face à un déficit de moyens manuels. L'enrichissement de l' EDP par les données d'état civil ne sont disponibles que sur deux jours anniversaire au lieu des quatre.

La base étude EDP n'est pas apurée. Elle contient des variables des recensements de population sur lesquelles il est nécessaire d'effectuer quelques contrôles de cohérence en préalable à toute étude. Une attention particulière doit être apportée à la définition du champ des sous-populations.

8° Perspectives d'évolution (voir avec l'Insee)

L'enrichissement de l'Échantillon Démographique Permanent par les données du recensement de 1999 est en cours. Un fichier d'étude comportant ces données devrait être disponible fin 2002.

Des réflexions méthodologiques sur l'évolution de l'EDP dans le cadre du recensement rénové de la population seront menées au cours de l'année 2002.

Mise à jour : le 07/01/2002

Enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement et les distributions de repas chauds gratuits (SD2001)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : enquête auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement et les distributions de repas chauds gratuits

1.2 – Sigle : SD2001

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée : INSEE

2.2 - Personne à contacter :

Cécile Brousse : DG de l'INSEE timbre F340, 18, boulevard Adolphe Pinard 75675 Paris cedex 14 ; Tél. : 01 41 17 67 48, Fax : 01 41 17 63 17, Mail : cecile.brousse@insee.fr

3° Objectifs

Dans les enquêtes traditionnelles, les personnes sont contactées dans leur logement ; les personnes sans domicile sont donc absentes de la plupart des statistiques.

Comme on ne dispose pas de base de sondage, la méthode consiste à échantillonner des prestations de services d'aide destinées principalement à ces personnes. La méthodologie de l'enquête s'est appuyée sur les travaux de l'Institut national d'études démographiques (1995 et 1998) et sur ceux du Bureau of Census américain (1996).

L'enquête a été réalisée avec les partenaires suivants :

- Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale,
- Ministère de l'emploi et de la solidarité, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique,
- Ministère de l'équipement, du transport et du logement, direction générale de l'urbanisme, de l'habitat et de la construction,
- Institut national d'études démographiques,
- Caisse nationale d'allocations familiales,
- Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale.

Les objectifs sont les suivants :

- étudier les conditions de vie des individus enquêtés selon qu'ils habitent dans la rue, dans des centres d'hébergement ou dans des logements mis à disposition par des associations ou des collectivités locales
- permettre des comparaisons entre les populations sans -domicile et celles habitant dans des logements ordinaires du point de vue des revenus, de l'emploi, de la sociabilité et de l'état de santé ;
- décrire les difficultés qu'ils rencontrent dans l'accès au logement, à l'emploi, à la couverture sociale.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

L'enquête a été collectée du 15 janvier au 15 février 2001 auprès d'un échantillon de 4 000 utilisateurs de services d'hébergement gratuits (ou à faible participation) ou de distribution de repas chauds.

La population visée est celle des personnes de 18 ans ou plus qui, dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants de la France métropolitaine), ont fréquenté au moins une fois pendant la période de l'enquête un service d'hébergement **ou** une distribution de repas chauds

L'échantillon résulte d'un tirage à trois degrés :

1 – 80 agglomérations de plus de 20 000 habitants ont été tirées proportionnellement à leur taille.

Un recensement complet des services d'hébergement et de distribution de repas chauds a été mené dans ces 80 agglomérations par une consultation des fichiers du Ministère de l'emploi et de la solidarité et du fichier des établissements de l'Insee et par des enquêtes auprès des associations, collectivités territoriales et lieux de culte. Ce recensement a permis d'identifier 2 398 services et de mesurer leur capacité d'accueil et leur fréquentation moyenne.

2 – Au deuxième degré, l'unité statistique est le couple « service x jour de fréquentation » ; 1 225 couples ont été tirés proportionnellement à leur fréquentation moyenne selon le type de service ; les grands services ont pu être tirés pour plusieurs jours. La coopération des services a été excellente, moins de 2 % d'entre eux ont refusé l'enquête.

3 – Au troisième degré, les enquêteurs ont tiré au sort à chaque visite deux ou quatre utilisateurs, soit par tirage sur une liste d'inscription, soit par tirage d'un numéro d'ordre d'arrivée, pour un entretien d'une heure environ.

Pondération :

Dans cette méthode d'enquête, les personnes qui fréquentent tous les jours les services ont plus de chance d'être enquêtées que celles qui ne les fréquentent que de temps en temps. Une partie du questionnaire permettait d'évaluer la fréquentation durant une semaine de manière à corriger ce biais par des pondérations différenciées.

L'échantillon a aussi été redressé classiquement par type de service et taille d'agglomération.

L'enquête est représentative au niveau national (pas de résultats au niveau infra national sauf pour l'agglomération parisienne).

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Echantillonnage : 4 000 individus représentatifs au niveau national tirés parmi les personnes sans domicile ou en grande difficulté en France métropolitaine.

4.3 – Ancienneté du recueil .

L'enquête s'est déroulée en janvier 2001. C'est la première enquête représentative au plan national.

En 1995, l'INED avait réalisé une enquête auprès des personnes sans domicile à Paris (et en 1998 auprès des jeunes sans -domicile à Paris)

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

- Caractéristiques socio-démographiques ;
- Fréquentation des services et situation vis à vis du logement ;
- Conditions de vie des personnes en chambre ou en dortoir dans un hébergement collectif ;
- Conditions de vie des personnes en appartement ou en chambre (hors hébergement collectif) ;
- Conditions de vie des personnes dormant dans la rue ou dans un lieu public ;
- Stabilité et précarité résidentielle ;
- Calendrier mensuel, parcours résidentiel ;
- Démarches de recherche de logement ;
- Revenus et difficultés financières ;
- Occupation principale ;
- Activité professionnelle de ceux qui travaillent ;
- Chômage, recherche d'emploi ;
- Formation et expérience professionnelle ;
- La famille, l'enfance, les relations ;
- Santé, handicaps, couverture sociale ;
- Utilisation des services, recours aux aides.

5.2 – Nomenclatures employées.

Outre les nomenclatures usuelles concernant les revenus et l'emploi, l'enquête repose sur une nomenclature des situations vis-à-vis du logement ; elle s'inspire de la nomenclature élaborée dans le cadre des travaux du groupe « sans-abri » du CNIS.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Premières publications :

- 1) Insee -Première (numéros 823 et 824) janvier 2002
- 2) « Les sans -domicile usagers des services d'hébergement ou des distributions de repas chauds », in *Les Travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale*, La Documentation française, Février 2002.

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Le fichier étant actuellement en cours d'apurement, la forme sous laquelle il sera disponible sera définie ultérieurement.

6.2 – Accès à la demande .

Le fichier sera disponible au premier trimestre 2003.

7° Précautions d'usage

Le dispositif d'enquête exclut :

- les personnes sans domicile qui dorment dans des lieux non prévus pour l'habitation et qui ne fréquentent aucune distribution de repas chauds ;
- les personnes vivant dans les agglomérations de moins de 20 000 habitants ;
- les personnes hébergées provisoirement chez des amis ou occupant un logement sans titre.

8° Perspectives d'évolution

Plusieurs études seront réalisées notamment sur les comportements vis-à-vis de la santé, le non-recours aux prestations, l'environnement familial, l'accès au logement, les particularités de l'agglomération parisienne.

Un projet d'enquête européenne est à l'étude dans le cadre d'un groupe de travail organisé par Eurostat.

Mise à jour : le 04/03/2002

Statistique nationale des causes médicales de décès

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Statistique nationale des causes médicales de décès.

1.2 – Sigle : sans objet

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée

INSERM, Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc)

2.2 - Personne à contacter.

INSERM - CépiDc ; 44 chemin de ronde 78116 Le Vésinet cedex ;
Tel : 01 34 80 24 30 ; Fax : 01 34 80 24 29 ; CépiDc@vesinet.inserm.fr

3° Objectifs

Élaboration et diffusion de la statistique nationale des causes de décès .

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Recueil d'informations à partir de deux documents : le certificat et le bulletin de décès.

Le certificat de décès établi, par le médecin, comprend une partie supérieure nominative qui est destinée à la déclaration à l'état civil et une partie inférieure anonyme, comportant les causes du décès, qui est cachetée.

Le bulletin de décès, comportant les caractéristiques socio-démographiques du décédé, également anonyme est établi par l'officier d'état civil à la mairie.

La partie cachetée du certificat et le « bulletin 7 », tous deux anonymes sont transmis au médecin de santé publique responsable en DDASS qui décachète le certificat puis adresse certificat et « bulletin 7 » au CÉPIDC.

France entière.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Exhaustivité: 100% pour le nombre de décès mais certains décès ne comportant pas de causes et sont donc codés en causes inconnues (2%).

4.3 – Ancienneté du recueil .

Le recueil des données est ancien. Depuis 1968, le CÉPIDC est chargé tous les ans d'établir la statistique nationale des causes de décès en collaboration avec l'INSEE (avant 1968, l'INSEE était seul en charge de cette statistique).

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Le certificat de décès comporte le nom de la commune où est survenu le décès, la date et l'heure de la mort ainsi que les informations sur les causes médicales de décès:

1. Processus morbide ayant conduit au décès -de la cause initiale à la cause immédiate (4 causes possibles)- ;
2. Les causes associées.

Le bulletin 7 comprend des renseignements d'état civil et les caractéristiques socio-démographiques du décédé : date et lieu de naissance (commune et département), date et lieu de décès, commune et département de domicile, état matrimonial, nationalité, PCS.

5.2 – Nomenclatures employées.

Codage des pathologies selon la CIM par le CÉPIDC (CIM9 de 1968 à 1999, CIM10 à partir de 2000).
Codage des PCS par l'INSEE.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Publication sous formes :

- de fascicules : effectifs et taux en liste s9 (110 postes) par sexe et âge (de 5 ans en 5 ans) au niveau France ; disponible 1998, gratuit, s'adresser au CÉPIDC ;
- de dossiers statistiques : effectifs, taux et taux comparatifs en liste de 38 causes par sexe et âge (de 10 ans en 10 ans) aux niveaux France, régions, départements, grandes villes ; disponible 1988-1992, 1980-1984 (pour la France, comparaison des deux périodes), gratuit, s'adresser au CÉPIDC ;
- d'annuaire national, s'adresser aux librairies spécialisées et aux Editions INSERM.

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Il existe une Base de Données de Mortalité (BCMD). Toute demande de branchement est à adresser au CÉPIDC.

6.2 – Accès à la demande .

De nombreuses données sont en accès libre sur le serveur Internet (sc8.vesinet.inserm.fr:1080).

La confidentialité des causes médicales de décès doit être respectée.

Les demandes peuvent être payantes et donnent alors lieu à devis ou convention entre l'INSERM et le demandeur.

7° Précautions d'usage

Consulter d'abord le site Internet et, si les précisions sont insuffisantes, s'adresser au CÉPIDC.

Attention aux demandes comportant un petit nombre de décès (ex classe d'âge jeune sur un département peu peuplé) : les variations aléatoires peuvent alors être importantes.

La codification est homogène selon les zones géographiques, par contre des différences de pratiques de certification peuvent survenir. C'est en particulier le cas pour les données sur le suicide qui peuvent être affectées par un manque d'information des cas transférés dans les Instituts Médico-légaux (cas de l'IML Paris).

8° Perspectives d'évolution

Mise en place depuis 1997 d'un nouveau certificat de décès selon le modèle conseillé par l'OMS dans la CIM 10 (quatre lignes pour décrire le processus morbide dans la première partie, caractéristiques des accidents, mention de grossesse...) et d'un certificat de décès néonatal selon le modèle conseillé par l'OMS.

Mise en œuvre à partir de 2000 de la CIM 10 ainsi que d'un système de codification automatique des causes de décès. Les changements de tendances liés à ces évolutions seront documentés à partir d'un étude spécifique.

Mise à jour : le 21/01/2002

Réseau de médecins généralistes libéraux Sentinelles[®]

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : réseau de médecins généralistes libéraux Sentinelles[®] de l'INSERM

1.2 – Sigle : Sentinelles[®]

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée : INSERM, U 444

2.2 - Personnes à contacter :

Alain-Jacques Valleron et Antoine Flahault ;
INSERM – U 444 ; Faculté de médecine St Antoine 27 rue Chaligny 75571 Paris cedex 12;
Tel : 01 44 73 84 68 ; Fax : 01 44 73 84 54 ; flahault@u444.jussieu.fr

3° Objectifs

Recherches épidémiologiques en population et recherches sur les systèmes d'information en santé publique.

Surveillance épidémiologique permanente et continue.

Objectifs spécifiques tels que mieux comprendre les mécanismes de survenue des épidémies, mieux détecter et prévoir les épidémies, étudier la prise en charge des patients par leurs généralistes, évaluer le bon usage des médicaments ou des vaccins.

Travail en collaboration avec l'InVS et la DGS.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

L'information est recueillie à partir d'un échantillon de plus de 1300 médecins généralistes sentinelles (en mars 2002) répartis sur l'ensemble du territoire métropolitain. Les médecins doivent se connecter par Internet au moins une fois par semaine (même en l'absence de cas) pour donner le nombre de cas diagnostiqués et décrire les patients atteints de chaque maladie surveillée.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

L'échantillon de 1300 généralistes est constitué de volontaires bénévoles. Des entrées et des départs ont lieu chaque année. Le réseau sentinelle s'efforce d'avoir une couverture homogène du territoire français. En 2002, une forte vague de recrutement tend à augmenter fortement l'échantillon, en raison d'une collaboration étroite avec le Réseau Santé Social où l'affichage Sentinelles est fortement valorisé auprès des adhérents (en mars 2002, moins d'un mois après le début de l'opération environ 200 nouveaux généralistes avaient sollicité leur adhésion au réseau Sentinelles). La question de la représentativité du réseau fait l'objet d'études approfondies. Il apparaît que le réseau est sous-représenté en jeunes médecins de sexe féminin. En revanche, l'activité des médecins tant en terme de nombre de consultations, de visites, que de prescriptions est identique entre le réseau et les médecins français.

4.3 – Ancienneté du recueil .

Le réseau sentinelles est développé depuis 1984 dans le cadre d'une convention liant INSERM à la DGS, puis depuis sa création à l'InVS.

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

Données conservées en totalité depuis l'origine du réseau. L'ensemble des bases de données d'incidences régionales et nationales sont en ligne et libres de tout droit sur Internet (<http://www.u444.jussieu.fr/sentiweb>)

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Suivi systématique de certaines pathologies :

- syndromes grippaux ;
- diarrhées aiguës ;
- rougeole ;
- oreillons ;
- varicelle ;
- hépatite ;
- urétrites masculines ;
- prescriptions de sérologie pour le VIH ;
- prescriptions de tests pour le VHC .
- tentatives de suicides
- demande d'hospitalisation (toutes causes confondues)
- crises d'asthme (à partir de juin 2002)

Étude ponctuelle de certaines autres pathologies : zona, condylomes acuminés, herpès, crises d'angoisse aiguë, dépression,....

5.2 – Nomenclatures employées.

CISP (Classification Internationale des Soins Primaires) pour le codage des données d'hospitalisation demandées par les généralistes.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique :

- sur support papier : publication hebdomadaire dans le Quotidien du Médecin et le Quotidien du Pharmacien (en ligne sur le site quotimed.com);
- sur Internet, notamment le bulletin d'expertise épidémiologique « sentiweb-hebdo » diffusé sur le site : www.u444.jussieu.fr/sentiweb et sur la plate-forme du Réseau Santé Social
- ❖ bulletins hebdomadaires donnant l'actualité épidémiologique en France des maladies surveillées par le réseau sentinelle (disponible par fax sur simple demande depuis décembre 1995) ;
- ❖ version en ligne des bilans annuels ;
- ❖ version en ligne de rapports scientifiques (exemple actuel : étude de la filière ville -hôpital Rapport de septembre 1998)
- ❖ interrogations interactives pour obtenir des cartes, des séries temporelles ou des tableaux de données.

6.12 Mise à disposition sous forme de base de données.

S'adresser aux responsables. La politique générale de l'unité 444 de l'INSERM est de tenir à la disposition des chercheurs et des professionnels de santé publique les données engrangées, sans aucune restriction et sans droit à acquitter (ou à prix coûtant en cas de demande spécifique et éventuellement lourde à réaliser).

6.2 Accès à la demande

Les articles publiés dans des revues scientifiques peuvent être obtenus sous forme de tirés à part en adressant des e-mail aux auteurs. La liste des principales publications du réseau est disponible en ligne sur le site Sentiweb.

Certaines données sont en accès libre (cf. www.u444.jussieu.fr/sentiweb).

Pour des données plus spécifiques ou protégées par des copyrights d'éditeurs s'adresser aux responsables. Certaines demandes peuvent donner lieu à convention entre l'INSERM et le demandeur (systématiquement en cas de demande d'origine privée).

7° Précautions d'usage

La base de données est déclarée à la CNIL dont l'avis est favorable à la réalisation de toutes les enquêtes spécifiques réalisées dans un cadre strict.

Certaines recherches sont effectuées dans le cadre de la loi Huriet. S'adresser aux responsables.

Il existe des procédures d'assurance et de contrôle de la qualité des données.

8° Perspectives d'évolution

Augmentation importante (objectif visé +600) de la taille de l'échantillon de médecins en 2002 (collaboration avec le Réseau Santé Social).

Mise en place d'un essai randomisé d'évaluation du dépistage du cancer bronchique par le scanner hélicoïdal multi - barrettes à faible dose auprès de 1000 fumeurs de plus de 50 ans (projet DepiSCAN, octobre 2002).

Mise en place d'une cohorte de 10 000 enfants de deux mois suivis pendant deux ans (projet CoVAC, 2002).

Mise en place d'une surveillance permanente et continue des crises d'asthme (juin 2002). Mise en place d'une enquête sur la prise en charge de l'insuffisance cardiaque après 60 ans en pratique de ville (mars 2002).

Mise en place d'une enquête sur la prise en charge de la douleur du sujet cancéreux (avril 2002).

Pour tout autre renseignement, s'adresser aux responsables.

Mise à jour : le 17/03/2002

Enquête de cohorte sur la contraception et l'IVG (COCON)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : enquête de cohorte sur la contraception et l'IVG (enquête INSERM – INED - CNRS)

1.2 – Sigle : COCON

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée : INSERM, U 292

2.2 - Personnes à contacter :

INSERM – U 292, CHU Bicêtre, 82 rue du général Leclerc 94276 Le Kremlin Bicêtre ;

Responsables : Nathalie Bajos, Nadine Job-Spira ; mail : bajos@vjf.inserm.fr, job@vjf.inserm.fr

Coordnatrice : Hélène Goulard, goulard@vjf.inserm.fr

3° Objectif général

Analyser les pratiques contraceptives et leur évolution au cours du temps ainsi que les conditions de recours à l'IVG.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Échantillons représentatifs de femmes de 18-44 ans en France métropolitaine / cohorte.

Questionnaires téléphoniques

3 entrées dans la cohorte

octobre 2000 : n= 2863 femmes

octobre 2003 n= 2000

octobre 2006, n=2000

Les femmes volontaires sont ré-interrogées chaque année, suivi total = 5 ans par cohorte.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Cohorte de 7000 femmes âgées de 18 à 44 ans.

4.3 – Ancienneté du recueil .

La collecte des données pour la première cohorte a eu lieu au dernier trimestre 2000.

Les femmes ont été ré-interrogées au dernier trimestre 2001

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

5° Variables et nomenclatures

S'informer auprès des responsables..

6° Disponibilités des résultats

Accès à la demande

Toute demande d'information doit être soumise aux responsables de la recherche -Nathalie Bajos et Nadine Job-Spira (cf. 2.2)- en présentant un projet d'analyse.

7° Précautions d'usage

S'informer auprès des responsables..

8° Perspectives d'évolution

La fin de l'opération est fixée au 01/01/2010.

Mise à jour : le 01/02/2002

Suivi de cohorte sur la nutrition (SU. VI. MAX)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Suivi de cohorte sur la nutrition

1.2 – Sigle : SU. VI. MAX

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée : INSERM U 557 (UMR Inserm/Inra/Cnam)

2.2 - Personne à contacter :

Responsable : Monsieur Serge Hercberg, ISTNA/CNAM, 5 rue Vertbois, 75003 Paris.
Tél. 01 53 01 80 40 et 41 ; fax : 01 53 01 80 70 ; Mail : hercberg@vncnam.cnam.fr

3° Objectifs

SU.VI.MAX est une étude épidémiologique longitudinale avec essai d'intervention visant à mesurer l'impact d'un apport équilibré de vitamines et minéraux antioxydants, à doses nutritionnelles, pour réduire l'incidence des pathologies cardio-vasculaires et des cancers, et de la mortalité qui leur est consécutive.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Il s'agit d'un suivi de cohorte. Il porte sur la France entière.
La durée de la surveillance a été fixée à huit ans.

Il s'agit de comparer par cette étude expérimentale, deux groupes de sujets recevant de façon continue, selon les mêmes modalités, pour un groupe, une association de minéraux et vitamines antioxydants donnés à doses nutritionnelles (principe actif), et pour l'autre groupe, un placebo.

L'attribution du type de supplément (principe actif ou placebo) a été fait, en double insu, par tirage au sort individuel. Les quantités journalières, ajoutées aux apports naturels par l'alimentation, permettent d'assurer des apports en ces nutriments qui se situent entre 1 et 3 fois les apports nutritionnels recommandés : bêta-carotène (6 mg/j), vitamine C (120 mg/j), vitamine E (30 mg/j), zinc (20 mg/j), sélénium (100 µg/j). Ces doses correspondent à des niveaux non pharmacologiques et pourraient être obtenus par des conseils alimentaires et/ou la consommation d'aliments enrichis.

La surveillance des participants à l'étude est assurée :

- grâce à un minitel optimisé par un boîtier périphérique (processeur, mémoire et logiciels), remis gratuitement à tous les participants et qui permet d'améliorer l'ergonomie du minitel (notamment sa rapidité) et de fonctionner hors commutation téléphonique (d'où l'absence de frais de communication). Les données saisies sont téléchargées sur un serveur (aucune donnée d'identification n'est saisie; seul un code confidentiel alphanumérique est utilisé; l'ensemble des données sont cryptées). Tous les événements de santé, la "consommation médicale", l'observance et la morbidité ressentie sont enregistrés chaque mois par le boîtier minitel. Pour un sous-échantillon de sujets, la consommation alimentaire est évaluée à raison d'un jour tous les deux mois (sous forme d'un enregistrement de l'alimentation pendant 24 heures) par le boîtier minitel grâce à un document iconographique spécialement conçu à cet effet (livre photo alimentaire).

- par des équipes médicales qui se déplacent à bord de 2 unités mobiles spécialement aménagées à cet effet et qui stationnent entre 3 jours et 20 jours devant les centres hospitaliers des 65 villes - étapes. A l'occasion de ce contact, est réalisé un bilan médical comprenant en alternance, une année sur deux, un bilan clinique (dont le recueil des données anthropométriques et la tension artérielle) ou biologique (dont la cholestérolémie et la glycémie).

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Échantillonnage : 13 735 sujets adultes (hommes de 45 à 60 ans et femmes de 35 à 60 ans), recrutés à partir d'un panel de 80 000 sujets sélectionnés au niveau national, suite à un appel lancé par les chercheurs à l'occasion d'une campagne multimédia (télévision, radio, presse écrite nationale et régionale). La composition de la cohorte approche le plus possible celle de la population nationale pour les classes d'âge concernées.

Cet échantillon n'est pas représentatif à des niveaux infra- nationaux.

4.3 – Ancienneté du recueil .

L'inclusion des sujets a été réalisée entre octobre 1994 et mai 1995.

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

Non déterminée.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Le recueil des données permet l'accès à divers items :

- Les consommations de 900 aliments différents ;
- La consommation de boissons alcoolisées ;
- La consommation de tabac ;
- L'anthropométrie : poids et taille, tour de taille et de hanches (mesurés), caractéristiques staturopondérales à différentes périodes de la vie (évolution de la silhouette, poids maximum, poids à 20 ans) ;
- L'activité physique ;
- Chez les femmes, la prise de traitements hormonaux (contraceptifs oraux, traitements des effets de la ménopause) ;
- tension artérielle (TA) ;
- Bilan biologique (cholestérolémie, glycémie).

5.2 – Nomenclatures employées.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier
non

612 Mise à disposition sous forme de base de données.
non

6.2 – Accès à la demande .

Possibilités d'accès pour des équipes de recherche publique. A étudier au cas par cas.

7° Précautions d'usage

Échantillon représentatif de la population française. Volontaires.

8° Perspectives d'évolution

Fin de l'intervention en mai 2003.

Suivi prospectif en termes d'observation prévu au delà de 2003.

Mise à jour : le 07/12/2001

Étude Épidémiologique auprès des femmes de la Mutuelle générale de l'Éducation Nationale (E3N)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Étude Épidémiologique auprès des femmes de la Mutuelle générale de l'Éducation Nationale

1.2 – Sigle : E3N

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée : INSERM U 521

2.2 - Personne à contacter :

Responsable : Madame Françoise Clavel-Chapelon.

Tél. 01 42 11 41 48 ; fax : 01 42 11 40 00 ; Mail : clavel@igr.fr

3° Objectifs

L'étude "**E3N**", s'adresse aux femmes nées entre 1925 et 1950. Son objectif essentiel est la recherche des facteurs de risque de cancer (en particulier du sein et du colon).

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Il s'agit d'une cohorte de 100 000 volontaires, sollicitées en 1990 pour participer à une étude sur la recherche des facteurs de risque de cancer. Les volontaires sont toutes des femmes, adhérentes ou ayant-droits de la Mutuelle Générale de l'Éducation Nationale. Elles résident dans tous les départements français. La durée de la surveillance fixée initialement à 10 ans, a été, compte tenu du très bon taux de participation, prolongée d'une période équivalente.

Les informations sont recueillies à l'entrée dans l'étude et ensuite, pendant la période de surveillance, au moyen d'auto-questionnaires envoyés par courrier tous les 18 à 24 mois. Parallèlement, une banque de matériel biologique a été constituée sur 25 000 volontaires.

E3N est la partie française de l'European Prospective Investigation on Cancer and nutrition (EPIC), mise en route en 1993 et coordonnée par le Centre International de Recherches sur le Cancer (Lyon).

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Cet échantillon n'est pas représentatif de la population générale. Ceci ne constitue pas un problème, puisque l'objectif des investigateurs est d'établir des comparaisons internes, au sein de la population des volontaires, entre exposés et non-exposés. L'objectif n'est pas de donner des estimations de fréquences extrapolées à la population générale.

4.3 – Ancienneté du recueil .

Les participantes sont suivies de façon prospective depuis 1990.

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

Non déterminée.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Le recueil des données a porté sur des caractéristiques liées au mode de vie :

- La consommation de tabac ;
- Les habitudes alimentaires : consommation de 70 groupes d'aliments et de 260 aliments différents ;
- La consommation de boissons alcoolisées ;
- L'anthropométrie : caractéristiques staturo-pondérales à différentes périodes de la vie (évolution de la silhouette, du poids et de la taille) plus certaines caractéristiques anthropométriques indiquées par la femme (tour de taille, de hanches etc) et d'autres, mesurées par une infirmière sur 25 000 sujets ;
- L'activité physique ;
- Les facteurs reproductifs (grossesses, stérilité, allaitement, ménopause ...) ;
- La prise de traitements hormonaux (contraceptifs oraux, traitements des effets de la ménopause, traitements de l'infertilité).

Il a porté aussi sur des caractéristiques liées à l'état de santé :

- les antécédents et survenues depuis 1990 de différentes maladies :
 - o appareil digestif et urinaire,
 - o cœur et circulation sanguine,
 - o voies respiratoires,
 - o cancers,
 - o autres ;
- les hospitalisations depuis 1990 ;
- la prise de médicaments ;
- la pratique d'examens de dépistage (mammographies, coloscopies, recherche de sang occulte dans les selles, frottis cervico-vaginaux) ;
- les résultats des mesures de la pression artérielle et des dosages de cholestérol.

5.2 – Nomenclatures employées.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Les données sont recueillies par auto-questionnaires envoyés aux participantes tous les 24 mois environ. Le dernier a été envoyé en juillet 2000.

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

Conformément aux engagements pris auprès des participantes et en respect de l'accord de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés, l'équipe est la seule destinataire des données qui leur sont envoyées.

6.2 – Accès à la demande .

cf. point précédent

7° Précautions d'usage

Elles sont liées essentiellement à la non représentativité de la population étudiée ainsi qu'à un possible manque de puissance statistique.

8° Perspectives d'évolution

Outre le présent projet, nos principales activités en projet portent sur l'étude des facteurs de risque de cancer et d'autres pathologies.

Près de 5 000 cas de cancer ont été enregistrés depuis le début de l'étude.

8.1. Etude des facteurs de risque de cancer

8.1.1. *Cancer du sein et facteurs reproductifs*

L'analyse de certains facteurs de la vie reproductive, encore peu ou pas décrits, est en cours, en particulier : caractéristiques des menstruations, stérilité, moment de survenue du cancer par rapport à la ménopause, durée d'activité ovarienne (intervalle de temps entre les premières règles et la ménopause, plus ou moins les périodes de repos que constituent les grossesses et la prise de contraceptifs oraux). Nous avons mis en évidence une diminution de l'âge aux premières règles et une augmentation de l'âge de régularité des règles entre les générations de femmes nées en 1925 et nées en 1950 ; nous allons confronter ces résultats à ceux des autres pays de la cohorte EPIC. Nous analysons actuellement l'impact de l'accroissement de cet intervalle (puberté – régularité) sur le risque de cancer du sein. Nous étudions également le rôle du nombre cumulatif de cycles (dans la vie et avant la première grossesse), sur le risque de cancer du sein.

8.1.2. *Cancer du sein et alimentation*

Nous débutons l'analyse de la relation alimentation - cancer du sein.

En premier lieu, nous étudions la relation entre cancer du sein et consommation de graisses ; l'absence de concordance entre données épidémiologiques (cohortes et cas-témoins) et géographiques pose en effet question ; notre intérêt se porte sur des types particuliers d'acides gras (n-3, n-6 et acides gras diène-conjugués), sur l'interaction acides gras polyinsaturés - antioxydants, et sur l'influence des erreurs de mesure. L'effet des graisses alimentaires sur le risque de cancer du sein pourrait n'être qu'indirect, du fait d'une interaction avec le métabolisme hormonal : elles augmenteraient en effet la disponibilité des œstrogènes, et donc l'exposition aux hormones endogènes.

- Un travail de thèse de bio-statistiques effectué dans l'équipe porte sur l'étude et le développement de méthodes pour l'analyse de données nutritionnelles, en particulier les graisses. Une partie de l'hétérogénéité des résultats connus sur ce sujet pourrait s'expliquer par une prise en compte de l'apport énergétique et d'autres facteurs de confusion différents d'une étude à l'autre, ou par une mauvaise correction d'erreurs de mesure des variables alimentaires ou d'autres variables telles que le statut ménopausique.
- Un travail en collaboration avec une équipe de l'université de Tours porte sur cette problématique « graisses - cancer du sein » autour de deux études. La première porte sur la relation entre acides gras polyinsaturés (AGPI) de la série (n-3) et cancer du sein, relation pour laquelle l'équipe de Tours a déjà montré que les membranes de tumeurs qui métastasent ont une composition particulière (faible proportion d'AGPI et forte proportion d'acides gras saturés). L'équipe de Tours a également trouvé une relation inverse entre teneur en AGPI (18:3 n-3) du tissu adipeux et risque de métastase. Ce profil est retrouvé à l'identique dans le tissu épithélial mammaire non tumoral du patient. Ils ont montré, à partir d'un modèle de tumeurs mammaires autochtones chez le rat, que la capacité à réduire la vitesse de croissance de la tumeur mammaire dépend de la teneur en substances anti- ou pro-oxydantes de l'alimentation. Enfin, ils ont montré que les AGPI n-3 (en particulier l'acide

décosaénoïque, DHA) augmentent la sensibilité des tumeurs aux agents anticancéreux. Nous envisageons donc d'étudier les composants lipidiques protecteurs ou facteurs de risque de cancer du sein, en étudiant en particulier le rôle de l'interaction entre AGPI n-3 et nutriments lipidiques à activité antioxydante.

- La seconde étude est celle que nous menons sur la quantification du contenu en acides gras conjugués CLA des aliments et de leur rôle dans le cancer mammaire ; nous faisons partie d'un réseau du Ministère de la Recherche. nous étudions également la consommation d'alcool : nous avons analysé le rôle de la quantité consommée ; nous avons étudié le type de boissons consommées ainsi que la consommation dans le passé, à différents âges de la vie ; nous avons recherché dans quelle mesure des facteurs hormonaux (facteurs reproductifs, prise de traitements hormonaux) peuvent influencer la relation alcool – cancer du sein. Dans cette étude, aucun rôle de l'alcool n'a été mis en évidence. Cependant, une éventuelle interaction avec l'alimentation (en particulier la consommation de folates) doit être prise en compte ; pour cela, nous mettons au point notre table de composition alimentaire. Nous étudions également la relation entre cancer du sein et consommation d'alcool sur les données de l'ensemble de la cohorte EPIC.

une autre thèse de bio-statistique effectuée dans l'équipe porte sur l'étude de la relation entre données anthropométriques et risque de cancer du sein ; une analyse préliminaire a été menée à partir de 40 000 femmes en pré-ménopause (dont environ 250 ont développé un cancer du sein) et autant de femmes ménopausées (env. 1000 cancers du sein) ; nous trouvons en pré-ménopause une association entre le cancer du sein et une taille élevée ou une corpulence faible et en post-ménopause, une augmentation du risque liée à une corpulence ou à un poids élevés. L'alimentation pourrait également agir via les facteurs morphologiques : des régimes gras peuvent induire des corpulences élevées, voire de l'obésité. La morphologie est elle-même liée au métabolisme hormonal, vraisemblablement du fait de la conversion périphérique d'hormones dans le tissu adipeux. Par ailleurs, les données anthropométriques précises recueillies dans plusieurs questionnaires permettront des analyses descriptives et cartographiques intéressantes sur une grande population de femmes de 25 générations de naissance différentes.

8.1.3. Cancer du sein et prise de traitement hormonal substitutif (THS)

Aucune donnée n'existe sur l'effet des traitements de la ménopause utilisés en France⁵ (16). L'estimation des effets des THS est pourtant particulièrement importante puisque actuellement, en France, un tiers des femmes sont ménopausées⁶. Un grand nombre d'études ont montré que les femmes auxquelles les THS sont prescrits diffèrent des non utilisatrices (meilleur profil de santé) ; l'étude effectuée sur les données E3N confirme ce résultat.

Nous avons débuté l'analyse de la relation entre prise de THS et cancer du sein, attendue avec intérêt par les gynécologues français du fait que E3N est aujourd'hui la seule étude à posséder les données qui permettent d'estimer ce risque.

Par ailleurs, parce que les femmes sous traitement consultent plus régulièrement que les femmes qui ne prennent pas de traitement, l'augmentation de risque observée dans la littérature pourrait être imputable à un meilleur dépistage des femmes traitées ; le fait que les cancers du sein diagnostiqués sont de meilleur pronostic et que la survie, après cancer du sein, des femmes traitées est meilleure, constituent des arguments en faveur de cette hypothèse. Nous chercherons à corriger ce biais de dépistage, en prenant en compte la fréquence des mammographies, de façon à estimer le risque du traitement proprement dit. Il faudra également trouver une modélisation adéquate de l'effet de la prise de THS sur le risque de cancer du sein et mesurer la variation de cet effet dans le temps.

Une autre analyse réalisée par un réseau de l'INSERM est prévue, consistant à évaluer l'expression de marqueurs sur plus de 1000 cas de cancer du sein, de façon à voir si les cancers des femmes sous THS sont de meilleur pronostic que ceux des non utilisatrices ; on s'intéressera à des marqueurs de prolifération, d'apoptose, d'hormonodépendance et de pronostic.

⁵ Ce sont surtout des associations oestrogènes - progestatifs, majoritairement composés de 17 β -oestradiol au lieu d'oestrogènes conjugués équins et de divers progestatifs parmi lesquels l'acétate de médroxyprogestérone est d'utilisation très rare.

⁶ Parmi celles-ci, dans E3N, près de 65% ont déjà utilisé un THS

8.1.4. Étude de la relation entre cancer du sein et allaitement.

L'allaitement est un facteur controversé, en dépit d'un grand nombre d'études. Il est plutôt considéré comme protecteur, spécialement lorsque la durée est longue. Nous n'avons pas mis en évidence de modification du risque de cancer du sein liée à l'allaitement. Ni la durée d'allaitement, ni l'âge au premier enfant allaité, ni le nombre d'enfants allaités n'interviennent. Les risques sont similaires, proches de l'unité, que le cancer ait été diagnostiqué en pré- ou en post-ménopause.

8.1.5. Adénome colorectal, cancer colorectal et facteurs alimentaires.

L'étude descriptive des données alimentaires ainsi que la relation entre alimentation et pathologies colorectales fait l'objet d'un autre travail de thèse (INA-PG). La relation entre facteur de risque alimentaire et adénome ou cancer colorectal est étudiée à partir des cas de cancer survenus dans l'étude E3N après 1993, c'est-à-dire après le recueil des données alimentaires. Etant donnée la séquence de temps qui existe entre l'apparition d'adénomes et le développement de cancer colorectal, nous cherchons à mettre en évidence à quel moment du développement de la maladie interviennent les facteurs de risque étudiés : phase d'apparition d'adénomes ou phase d'évolution d'adénomes en cancer colorectal (pour les femmes ayant des polypes non enlevés). Actuellement, près de 100 cas de cancer colorectal sont survenus entre le moment du remplissage du questionnaire alimentaire et le cinquième questionnaire. Par ailleurs, nous avons cherché à authentifier les déclarations de polypes des femmes de l'étude, grâce au compte-rendu anatomo-pathologique. Aujourd'hui, près de 90% des compte-rendus ont été reçus et codés. L'étude des facteurs de risque, qui débute, porte sur près de 370 adénomes. Nous étudions :

- La consommation d'alcool : nous nous intéressons à la consommation d'alcool en prenant notamment en compte la quantité, la séquence de consommation, le type d'alcool consommé et la consommation d'alcool dans le passé. L'étude des deux relations nous permettra de mettre en évidence le rôle initiateur ou promoteur de l'alcool dans la cancérogenèse colorectale. Nous chercherons à établir l'action de l'alcool selon le statut en folates des sujets. Le polymorphisme du gène de la MTHFR⁷, enzyme intervenant dans le métabolisme des folates en méthionine, sera étudié à partir des prélèvements de la banque biologique. Les premiers résultats montrent un effet de l'alcool sur le risque d'adénomes colorectaux.
- La consommation de viande : nous étudierons le type et la quantité de viande consommée ainsi que le mode de cuisson (la cuisson à haute température pourrait générer des amines hétérocycliques et des hydrocarbures polycycliques aromatiques, mutagènes et carcinogènes chez l'animal). Le polymorphisme du gène NAT-2 (qui interviendrait dans le métabolisme de ces substances) sera déterminé à partir des échantillons recueillis dans la banque biologique.
- La consommation de végétaux : leur rôle protecteur est bien établi dans la littérature ; nous l'analyserons sur des données françaises de cohorte. Mais ici, la précision du questionnaire permettra de distinguer l'origine des fibres consommées (fruits, légumes cuits ou crus, légumes secs, féculents). Surtout, la conversion des aliments en nutriments par les tables de composition alimentaire permettra :
 - a) de raisonner sur la composition en fibres des différents aliments,
 - b) de prendre en compte l'association avec d'autres catégories de nutriments (telles que les vitamines qui jouent un rôle important en matière de prévention du cancer colorectal).

8.2. Autres pathologies

D'autres études sont en cours sur les données E3N :

- une étude des facteurs de risque du cancer différencié de la thyroïde en France. A l'exception des rayonnements ionisants, ces facteurs de risque sont actuellement très mal connus. En particulier, les facteurs alimentaires n'ont été analysés que dans le cadre d'enquêtes cas -témoins ;
- une étude de la relation entre consommation d'alcool et maladie coronaire ; la majorité des études sur l'alcool et le risque coronaire ont été conduites chez les hommes. L'opportunité d'étudier de façon prospective la relation entre cette consommation et la survenue d'infarctus du myocarde dans une population féminine d'âge moyen telle que E3N est particulièrement intéressante du fait que le taux de mortalité cardio-vasculaire est relativement faible. Pourtant, le rôle

⁷ méthylentetrahydrofolate réductase

protecteur de l'alcool dans le risque et la mortalité coronaire en France est très peu documenté et aucune étude prospective sur ce thème n'a été publiée, aussi bien pour les hommes que pour les femmes. Or, les associations de la consommation d'alcool avec les maladies coronaires, ainsi que leurs mécanismes, pourraient être différentes selon les deux sexes ;

- une étude sur la relation entre maladies inflammatoires du côlon (maladie de Crohn, colite ulcéreuse) et alimentation ;
- une étude de l'influence des facteurs alimentaires et de la prise de traitements hormonaux sur l'asthme ;
- une étude de la relation entre consommation d'alcool et de tabac à un âge jeune et à l'issue de grossesse ;
- une étude de la relation entre alimentation (en particulier consommation de protéines) et survenue de fractures ostéoporotiques.
- une étude de l'influence du traitement hormonal substitutif de la ménopause sur l'expression des marqueurs tumoraux.

Mise à jour : le 29/01/2002

Enquête Santé, Travail et Vieillesse (ESTEVE)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Enquête Santé, Travail et Vieillesse.

1.2 – Sigle : ESTEV.

2° Désignation du responsable

2.1 – Unité concernée :

- INSERM Unité 170, Villejuif
- Inspection Médicale Régionale du Travail, Nantes.

2.2 - Personnes à contacter

a) Francis Derriennic

INSERM U 170

16, Avenue Paul Vaillant Couturier 94807 Villejuif cedex

Tél : 01.45.59.50.31 ; Fax : 01.45.59.51.51 ; Mail : derriennic @ vjf.inserm.fr

b) Dr Annie Touranchet

DRTE Pays de la Loire Inspection médicale régionale du Travail

26, Boulevard Vincent Gâche 44063 Nantes cedex 02

Tél : 02.40.41.72.41 ; Fax : 02.40.89.22.44 ;

Mail : annie.touranchet@dr-paysdl.travail.gouv.fr

3° Objectifs

Objectif général : identifier les effets du travail sur le vieillissement des salariés.

Objectif spécifiques :

- 1) évaluer les évolutions avec l'âge de la santé physique et mentale, diagnostiquée et perçue.
- 2) rechercher les facteurs professionnels (caractéristiques des postes, expositions, horaires et facteurs psychosociaux relatifs à l'organisation du travail) susceptibles de jouer un rôle sur les évolutions de la santé avec l'âge.
- 3) rechercher les éventuelles interactions « travail -santé » sur les trajectoires professionnelles.

Contexte :

a) par rapport à la santé publique et à la santé au travail :

- vieillissement démographique de la population active,
- question sur le maintien au travail des salariés âgés,
- effets à long terme du passé professionnel, en termes de déficiences et d'incapacités,
- augmentation des prévalences des TMS,
- question de la souffrance mentale au travail en relation avec l'organisation du travail,
- vieillissement précoce ou accéléré.

b) par rapport aux connaissances :

- peu de données longitudinales sur la santé au travail,
- absence de données permettant de séparer les effets « génération » des effets « avance en âge »,
- peu de données de même nature sur le travail et sur la santé permettant de comparer les hommes et les femmes salariés,
- absence de cohorte prospective sur de vastes échantillons aléatoires,
- littérature épidémiologique pauvre sur le vieillissement au travail.

c) par rapport aux demandeurs (recherche, médecine du travail)

- développement de l'épidémiologie des risques professionnels,
- développement des approches et analyses multidisciplinaires,
- valorisation du suivi médical professionnel,
- valorisation de la santé au travail dans les questions de santé publique.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Échantillon aléatoire de salariés des deux sexes nés en 1938, 1943, 1948 et 1953.

Population source : les salariés de 380 médecins du travail volontaires dans 7 régions françaises : Pays de la Loire, Bretagne, Centre, Région Parisienne, Nord, Dauphiné - Savoie, La Réunion.

Tirage au sort conçu pour obtenir un échantillon final d'environ 25 000 salariés avec des effectifs équilibrés entre les deux sexes et les quatre années de naissance. Il n'y eu aucune sélection sur les métiers, les catégories socio-professionnelles et les branches d'activité économique. Seuls les intérimaires ont été exclus compte tenu des difficultés prévisibles pour les retrouver au bout de cinq ans.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Enquête prospective en deux temps : 1990 et 1995 :

1^{er} temps : 21 378 salariés ont accepté de participer parmi ceux tirés au sort, correspondant à un taux de participation de 88 % indépendant de l'âge, du sexe, et de la région géographique.

2^{ème} temps : 18 695 sujets, toujours en activité professionnelle ou ayant cessé le travail, ont été revus (selon le même protocole que la 1^{ère} fois), correspondant à un taux de suivi de 87%. Ce taux, similaire chez les hommes et chez les femmes, variait selon les générations : 83 % pour la plus ancienne (naissances en 1938) et autour de 89% pour les autres.

4.3 – Ancienneté de recueil

Fichiers de données longitudinales avec deux dates de point : 1990 et 1995.

4.4 – Durée de conservation des données collectées

Données prévues pour être conservées jusqu'en 2012.

5° Variables et nomenclatures

Les variables observées partent toutes de questionnaires fermés remplis au cours de la visite médicale du travail, laquelle avait été aménagée et standardisée (durée moyenne de la visite « ESTEV » : 1 heure).

Deux auto-questionnaires, l'un sur le travail, l'autre sur la santé perçue ont été remplis par les sujets.

Un questionnaire médical a été rempli par les médecins du travail au cours de l'examen clinique.

5.1 – Variables observées.

Éléments du cursus professionnel

- premier métier exercé et branche d'activité économique (BAE),
- métier exercé le plus longuement et BAE,
- métier exercé au moment de l'enquête et BAE,
- âge au premier emploi,
- années de travail.

Éléments au moment de l'enquête et dans le passé professionnel concernant le travail

- expositions professionnelles (bruit, chaleur, intempéries, ...),
- contraintes physiques (port de charges lourdes, postures contraignantes, vibrations, ...),
- horaires de travail (horaires atypiques, travail de nuit, ...).

Au moment de l'enquête

- latitude décisionnelle,
- charge de travail,
- moyens disponibles (temps, matériel, information),
- pénibilités ressenties et difficultés à faire face (19 questions).

Éléments socio-démographiques

- statut marital,
- enfants élevés,
- activités sociales, sportives, culturelles et de loisirs.

Santé perçue

Utilisation de l'indicateur de santé perçue du Nottingham Health Profile comportant 38 items dichotomiques se répartissant en six domaines (ou dimensions de la santé perçue)

- troubles de la mobilité physique,
- troubles du sommeil,
- tonus (critère s'apparentant à la fatigue),
- douleurs,
- isolement social,
- réactions émotionnelles.

Examen clinique

- pathologies actuelles et passées (codage CIM9), notion de traitement éventuel,
- bilan articulaire (membres supérieurs, inférieurs et rachis) : douleurs persistantes plus de 6 mois et limitations articulaires éventuelles,
- tension artérielle (après 10 minutes de repos),
- statut ménopausique et traitement hormonal pour les femmes,
- mesures anthropométriques (taille, poids et quelques distances : genou -sternum ; doigt -sol ; talon -cuisse),
- arrêts de travail,
- tabac – boissons alcoolisées.

Examens complémentaires

- courbe débit -volume (EFR),
- audiogramme (500,1000,2000,3000,4000,6000 Hz).

5.2 – Nomenclatures employées

- questionnaires élaborés pour les besoins de l'enquête,
- codage des maladies : CIM9,
- santé perçue : Indicateur de santé perçue du Nottingham Health Profile.

6° Disponibilité des résultats

Le fichier des données ou fichier ESTEV est un fichier constitué à des fins de recherche. Les données élémentaires, sujet par sujet, ne sont par conséquent pas accessibles. Par contre, la production de résultats statistiques sous forme de tableaux est tout à fait possible. Il suffit d'en faire la demande auprès des responsables (point 2.2).

Le questionnaire est publié à la fin de l'ouvrage : Age, travail, santé – F. Derriennic, A. Touranchet, S. Volkoff (Eds) Collection Questions en santé publique, Editions Inserm, Paris, 1996.

6.1 - Disponibilité systématique

611 Diffusion systématique sur support papier

Publications d'articles scientifiques, d'ouvrages et communications dans des colloques ou congrès scientifiques

612 Mise à disposition sous forme de base de données

Voir préambule du paragraphe.

6.2 – Accès à la demande

Les résultats sollicités doivent faire l'objet d'une demande auprès des responsables de l'enquête (point 2.2) accompagnée d'une note explicative explicitant les raisons de la demande, l'objectif poursuivi, la destination des travaux issus de la demande, et pour lesquels le demandeur s'engage à en informer les responsables de l'enquête ESTEV.

7° Précautions d'usage

Les demandeurs doivent clairement s'inscrire parmi les acteurs de la recherche en santé -travail afin de maîtriser les limites interprétatives et d'être avertis de la portée des résultats.

8° Perspectives d'évolution

- 1) une étude de la mortalité, dans la cohorte ESTEV, (par causes médicales de décès) avec comme objectif principal de mieux identifier ce qui est attribuable aux activités professionnelles dans la mortalité précoce, et par extension ce qui peut expliquer les différences d'espérance de vie par catégorie socio-professionnelle.
- 2) un troisième passage de l'enquête en 2003, en vue d'étudier les évolutions de la santé sur un suivi plus long (plus de 20 ans) et de mieux identifier ce qui permettrait de favoriser le maintien dans l'emploi des salariés âgés.

Enquête sur les conditions de vie et la situation sociale des personnes atteintes du VIH (VESPA).

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Enquête sur les conditions de vie et la situation sociale des personnes atteintes du VIH.

1.2 – Sigle : VESPA (enquête sur les conditions de vie et la situation sociale des personnes atteintes).

2° Désignation du responsable

2.1 - Unités concernées :

- Agence nationale de recherches sur le sida (ANRS). 101 rue de Tolbiac, 75013 Paris
- INSERM U88. 14 rue du Val d'Osne, 94415 Saint-Maurice Cedex
- INSERM U379. ORS Provence Alpes Côte d'Azur 23 rue Stanislas Torrents, 13006 Marseille

2.2 - Personne à contacter :

France Lert ; INSERM U88 ; Tel : 01 45 18 38 62 / 63 ; Fax : 01 45 18 38 89 ; Mail : france.lert@st-maurice.inserm.fr

3° Objectifs

Décrire les conditions de vie et la situation sociale des personnes infectées par le VIH au début des années 2000 dans un contexte profondément renouvelé au cours des 5 dernières années par la disponibilité de traitements efficaces contre la progression de la maladie. L'enquête s'attachera à étudier les relations entre l'histoire de la maladie et du recours aux soins, les caractéristiques et les trajectoires sociales des individus, les dimensions de la vie personnelle (entourage, sexualité, parentalité).

L'étude vise à faire un tableau de la situation sur un échantillon national représentatif. L'étude devrait contribuer à définir les stratégies et les actions susceptibles de maintenir l'insertion sociale des personnes affectées par la maladie.

Le projet a été développé à la demande de l'Action Coordonnée « Comportements et Prévention » de l'ANRS à la suite d'un bilan des travaux de recherche en épidémiologie et en sciences sociales sur la situation des personnes séropositives en France. L'infection VIH chronique affecte une population de jeunes adultes, hétérogène par ses caractéristiques sociales et par l'histoire de la maladie. Les dispositifs médicaux et sociaux doivent s'adapter à la chronicisation de la maladie qui affecte toutes les sphères de la vie des individus et se traduit par un fort taux d'inactivité professionnelle et de handicap. Celui-ci est majoré pour certaines catégories de patients (usagers de drogues, patients originaires de pays d'endémie généralisée).

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

L'enquête se déroule dans les consultations externes des services hospitaliers. Les unités d'observation sont les médecins exerçant au sein de ces consultations externes. Tous sont sollicités de participer à l'enquête en incluant les patients séropositifs au VIH de leur file active. Les médecins consultants doivent informer, solliciter le patient et recueillir son consentement à l'issue de la consultation médicale. Ils doivent également remplir une brève fiche médicale (12 questions).

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

L'enquête sera réalisée sur un échantillon représentatif des personnes infectées par le VIH et consultant à l'hôpital (soit plus de 90 % de la population cible). Cet échantillon sera obtenu par un tirage au sort des services hospitaliers ayant une activité VIH significative (file active de 60 patients au moins) mesurée par les informations disponibles dans le DMI2 et la surveillance épidémiologique. Au total, 90 services seront tirés au sort en vue d'obtenir un échantillon de 3000 patients répondants.

4.3 – Ancienneté du recueil .

L'enquête sera réalisée en 2002 pour la première fois. Le recueil d'information se déroulera d'octobre 2002 à mars 2003.

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Les thèmes abordés par l'enquête sont : l'accès aux soins et au traitement de la maladie VIH, le retentissement de la maladie sur les activités de la vie quotidienne et le bien-être psychologique, la trajectoire et la situation professionnelles, les ressources et les conditions de vie, le rôle de l'entourage, la vie conjugale, affective et sexuelle, les projets parentaux et les discriminations.

5.2 – Nomenclatures employées.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Outre la rédaction d'articles scientifiques pour les revues françaises et internationales, un rapport sera rédigé et diffusé, une forme résumée en sera adressée aux médecins participants, aux associations de malades, aux administrations.

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

6.2 – Accès à la demande .

Le rapport sera également diffusé aux patients dans le cadre des consultations hospitalières. Aucune information par service participant ne sera élaborée compte tenu des exigences de confidentialité.

7° Précautions d'usage

8° Perspectives d'évolution

L'éventualité de la répétition de l'enquête sous une forme allégée sera examinée à l'issue de cette première phase.

Mise à jour : le 21/02/2002

European School Survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : European School Survey Project on Alcohol and other Drugs 1999

1.2 – Sigle : ESPAD 1999

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée : INSERM/OFDT/MEN

2.2 - Personnes à contacter :

OFDT : François Beck - OFDT 105 rue de La Fayette 75010 Paris

Tel. : 01 53 20 16 08 / Fax : 01 53 20 16 00 / frbec@ofdt.fr

INSERM U472 - Marie Choquet - INSERM 16 av. Paul Vaillant-Couturier 94807 Villejuif Cedex - Tél. : 01 45 59 52 25 (fax : 01 45 59 51 69)

3° Objectifs

Enquête menée en parallèle dans une trentaine de pays européens, sous l'égide du Conseil de l'Europe (Groupe Pompidou) et du Conseil suédois d'information sur l'alcool et les autres drogues. Le questionnaire comprend un tronc commun de questions et des modules optionnels. Cette enquête, financée en France par l'OFDT, cherche à mesurer et à comparer les consommations des diverses substances psycho-actives des jeunes scolarisés dans les différents pays.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Enquête par auto-questionnaire anonyme.

En France, l'enquête a été menée auprès d'un échantillon représentatif national des établissements scolaires du second degré, publics et privés. L'échantillon français comprend 11870 élèves scolarisés de la quatrième à la terminale.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

L'échantillon a été stratifié selon les critères suivants : type d'établissement (collège, lycée professionnel ou lycée général et technologique), secteur (public ou privé), appartenance éventuelle à une ZEP et localisation (dans une commune rurale ou urbaine).

Le tirage s'est fait à deux degrés, 300 établissements ayant été préalablement retenus, chacun ayant une probabilité de tirage proportionnelle au nombre de ses élèves. Au second degré, 2 classes ont été sélectionnées aléatoirement dans chacun de ces établissements.

Parmi les classes tirées, 93,8% ont participé, et 89,1% de leurs élèves ont accepté de répondre : au total, le taux de participation des élèves atteint 83,6% de l'échantillon initial estimé.

Les jeunes interrogés sont représentatifs de leur cohorte pour les âges auxquels les taux de scolarisation sont très élevés (de l'ordre de 95% à 14 ans et 16 ans et de 80 % à 18 ans).

En revanche, les élèves souvent absents, dont on sait qu'ils sont plus souvent consommateurs que les autres, sont sous-représentés. Les absents le jour de l'enquête sont toutefois trop peu nombreux (9% de l'échantillon) pour remettre en cause les résultats.

La source d'information produit des données représentatives au niveau des académies.

4.3 – Ancienneté du recueil .

1999

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

Les questionnaires papier sont stockés à l'Unité 472 de l'INSERM. Tous les fichiers sont conservés sur CD-ROM à l'OFDT et à l'Unité 472 de l'INSERM, à l'exception de la question ouverte finale du questionnaire qui n'a pas été saisie.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Elles concernent en premier lieu les usages de substances psycho-actives, mais aussi les modes de vie et la santé des jeunes scolarisés.

5.2 – Nomenclatures employées.

Les nomenclatures standard européennes ont été employées.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Publications :

- publication européenne: HIBELL B, ANDERSSON B, AHLSTROM S, BALAKIREVA O, BJARNASSON T, KOKKEVI A, MORGAN M, *The 1999 ESPAD Report, Alcohol and Other Drug Use Among Students in 30 European Countries*, CAN, 2001.
- Choquet (M.), Ledoux (M.), Hassler (C.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collèges et de lycée : ESPAD 1999 France, tome I*, Paris OFDT, 2001
- Beck (F.), Legleye (S.), Peretti-Watel (P.), *Alcool, tabac, cannabis et autres drogues illicites parmi les élèves de collèges et de lycée : ESPAD 1999 France, tome II*, Paris OFDT, 2001

Ces deux dernières sont disponibles sur demande à l'OFDT.

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

La base existe sous format SPSS, disponible gratuitement sur demande précisant les objectifs de recherche du demandeur.

6.2 – Accès à la demande .

La remise de la base est soumise à l'accord écrit des deux copropriétaires, à savoir l'OFDT et l'INSERM

7° Précautions d'usage

8° Perspectives d'évolution

La prochaine enquête ESPAD aura lieu au premier semestre 2003.

Mise à jour : le 01/02/2002

Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante (EPAC)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante

1.2 – Sigle : EPAC

2° Désignation du responsable

2.1 – Unité concernée :

Institut de Veille Sanitaire (InVS)
Département Maladies Chroniques et Traumatismes
12 rue du Val d'Osne
94415 SAINT MAURICE cedex

2.2 – Personne à contacter :

Docteur Bertrand Thélot
Institut de Veille Sanitaire (InVS)
Adresse ci-dessus
Téléphone : 01 41 79 68 50 - Télécopie : 01 41 79 68 11 - Mail : b.thelot@invs.sante.fr

3° Objectifs

L'objectif principal de l'Enquête Permanente sur les Accidents de la Vie Courante (EPAC) est de disposer de résultats descriptifs détaillés, fiables et à jour sur le nombre et les caractéristiques des accidents de la vie courante (AcVC) survenant en France et donnant lieu à recours aux soins d'urgence en milieu hospitalier. Cette enquête a été mise initialement en place en 1986 dans un cadre européen. Elle constitue la partie française du réseau de surveillance européen Ehlass (European home and leisure accident surveillance system) étendu, sous des modalités d'enquête diverses, à l'ensemble des quinze pays de l'Union européenne. Les résultats de chaque Etat sont transmis au niveau européen pour constituer des synthèses.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données

Recueil des données pour tout malade accidenté se présentant aux urgences de certains hôpitaux. Depuis 1986, entre sept et dix hôpitaux ont participé au recueil selon les années. Sont retenus tous les accidents ou traumatismes non intentionnels qui ne sont ni des accidents du travail ni des accidents de la route. En 2001, près de 600 000 données sont ainsi disponibles et exploitées.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage

Le recueil des données EPAC est exhaustif dans les hôpitaux participants à l'EPAC. A partir des données de la Statistique Annuelle des Etablissements de santé des années 1997, 1998, 1999 les hôpitaux participant représentaient un peu plus de 3% de l'activité globale des urgences hospitalières en France métropolitaine. Les données d'AcVC collectées ne sont pas représentatives, toutefois les hôpitaux participants ont des activités et des situations variées : selon la taille (grands, petits), l'implantation géographique (mer, montagne, plaine, région touristique ou non, ...), le caractère universitaire (ou non).

L'ajout du code postal a pour but d'améliorer l'information sur la représentativité de la base. D'autres approches sont envisagées pour caractériser ou se rapprocher de l'exhaustivité (enquête sur une région, extension à des établissements privés ...).

4.3 – Ancienneté du recueil

Recueil en place depuis 1986.

4.4 – Durée de conservation des données collectées

Sans limite.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées

Patients : âge, sexe, département habituel de résidence (à partir de 2001), profession et catégorie socio-professionnelle (à partir de 2001).

Prise en charge : retour à domicile, traité, hospitalisé, durée de traitement. Décédé aux urgences.

AcVC : lésion et partie lésée, lieu, mécanisme et circonstances de l'accident, produit ou élément en cause dans l'accident et dans la lésion.

Commentaire texte sur les circonstances de survenue de l'accident.

5.2 – Nomenclatures employées

Nomenclatures Ehlass V86. Cette nomenclature présente notamment l'inconvénient de ne pas permettre le codage du sport pratiqué lors de l'accident. Lorsqu'une nomenclature plus complète et stabilisée sera validée et reconnue au niveau européen et international, elle pourra être utilisée en France.

6° Disponibilité des résultats

6.1 – Disponibilité systématique

6.1.1 - Diffusion systématique sur support papier

Lebrun E, Pocquet K, Duval C. Le système EHLASS. Bilan de 10 ans de fonctionnement, juillet 1986-juillet 1996. Ann Pediatr (Paris), 1999, 46, n°5, 368-76.

Duval C, Salomon L. Les accidents de la vie courante. Paris, La Documentation française, 1997.

Accidents de la vie courante. Site internet du ministère chargé de la santé (www.sante.gouv.fr).

Fascicules thématiques publiés depuis 1986 sur thèmes variés d'accidents.

Compte rendu annuel d'exploitation (disponible à partir des données 1999).

6.1.2 - Mise à disposition sous forme de base de données

Sur demande (cf. 6.2).

6.2 – Accès à la demande

Dans le cadre de coopérations et de projets d'études, par demande écrite auprès de l'InVS à l'adresse suivante : Monsieur le Directeur général de l'Institut de Veille Sanitaire 12 rue du Val d'Osne 94415 SAINT MAURICE cedex

7° Précautions d'usage

Biais de représentativité, d'exhaustivité dans le temps et dans l'espace, de fiabilité des données.

8° Perspectives d'évolution

Compte tenu de la rareté des sources sur les accidents de la vie courante en France, l'enquête EPAC constitue une source d'information précieuse, qui n'a pas d'équivalent. Malgré ses défauts, elle doit être maintenue et améliorée.

Le soutien financier de l'Union européenne à ce recueil est essentiel, ainsi que la possibilité d'intégration aux autres données des Etats membres. On manque de résultats comparatifs au niveau européen.

Parmi les perspectives d'évolution au plan national : étendre la base à d'autres hôpitaux, mieux garantir et vérifier la qualité des données (représentativité et exhaustivité des données), améliorer l'accès aux résultats, établir des liens avec études particulières ciblées, assurer la complémentarité avec les autres sources sur les Accidents de la vie courante.

Mise à jour : le 30/09/2001

Maladies à déclaration obligatoire (MDO)

1° Désignation de la source

1.1. Nom détaillé : Maladies à déclaration obligatoire

1.2. Sigle : MDO

2° Désignation du responsable

2.1 Unités concernées :

Département des Maladies Infectieuses (DMI) et Service des systèmes d'information (SSI)
Institut de Veille Sanitaire 12, rue du Val d'Osne 94415 Saint-Maurice CEDEX

2.2 Personnes à contacter

Jean-Claude Desenclos, responsable du DMI et Daniel Dubois, responsable du SSI.
Secrétariat du DMI : Tel : 01 41 79 68 90 ; Fax : 01 41 79 67 89
Secrétariat du SSI : Tel : 01 41 79 67 82 ; Fax : 01 41 79 67 90 ; Mail : .dubois@invs.sante.fr

3° Objectifs

Détecter des épidémies et en suivre les tendances. Le suivi de ces maladies permet aux autorités sanitaires de planifier les soins nécessaires au contrôle de ces pathologies.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1. Principe de recueil des données

Encadrement législatif et réglementaire actuel :

- Obligation de déclaration de certaines maladies transmissibles : article L3113 du code de la Santé Publique ;
- Liste des maladies à déclaration obligatoire : décret 99-363 du 6 mai 1999 et décret 99-363 du 9 juin 1999 (saturnisme) ;
- Modalités de transmission à l'autorité sanitaire : décret 99-362 du 6 mai 1999 modifié par le décret 2001-437 du 16 mai 2001 ;
- Transfert du traitement des informations à l'InVS : circulaire DGS N°99 du 4 décembre 1995.

4.2. Exhaustivité ou échantillonnage :

Exhaustivité de principe, variant en fonction des différentes maladies (approximativement de 20% à 90%).

4.3. Ancienneté du recueil

Depuis janvier 1996 à l'Institut de Veille Sanitaire.

4.4. Durée de conservation des données

Supérieure à 10 ans

5° Variables et nomenclatures**Liste des informations de base utilisées**

Caractéristiques démographiques:

- initiale du nom
- prénom
- âge
- sexe

Caractéristiques spatio-temporelles:

- jour de survenue
- département de résidence

Caractéristiques de la maladie (varie en fonction de la maladie):

- examens de laboratoires
- évolution de la maladie (guérison, hospitalisation, décès,...)

Les informations recueillies sont divisées en une partie commune à toutes les déclarations, et une partie spécifique à chacune des maladies faisant l'objet d'une déclaration.

Fiche commune à toutes les déclarations
--

NUMERO DE FICHE ; DATE DE SAISIE ; ANNEE DE SAISIE ; DATE DE MISE A JOUR ;
 DATE DES PREMIERES MANIFESTATIONS ; TYPE DE DATE ; DATE DE DECLARATION ; INITIALE
 DU NOM ; PRENOM ; SEXE ; DATE DE NAISSANCE ;
 AGE ; TYPE D'AGE ; NOMBRE ; PROFESSION ; DEPARTEMENT DE RESIDENCE ;
 DEPARTEMENT NOTIFICATION ; MALADIE.

Remarque : les initiales du nom et le prénom sont utilisées pour éliminer les doublons. Ces variables sont éliminées du traitement informatique une fois la validation des données effectuées.

BOTULISME

NOMBRE DE CAS ; ALIMENT SUSPECTE ; DATE DE CONSOMMATION ;
 HEURE DE CONSOMMATION ; DEPARTEMENT DE CONSOMMATION ;
 ORIGINE DU PRODUIT (FAMILIALE, COMMERCIALE) ;
 FABRICATION (ARTISANALE, INDUSTRIELLE) ; MARQUE ; N° DE LOT ;
 PRODUCTEUR ; TYPE DE TOXINE ; ISOLEMENT DANS L'ALIMENT ;
 ISOLEMENT DANS LES SELLES ; ISOLEMENT DANS LE SERUM ;
 AUTRE ISOLEMENT ; COMMENTAIRES.

Remarque : c'est l'épisode de botulisme qui fait l'objet de la déclaration. Pour chaque épisode quelques informations concernant les personnes affectées sont enregistrées.

BOTULISME, CAS

INITIALES ; AGE ; SEXE ; DEPARTEMENT DU DOMICILE ;
 DATE DES PREMIERS SIGNES CLINIQUES ; DATE D'HOSPITALISATION ;
 SIGNES CLINIQUES GENERAUX ; SIGNES VISUELS ; SIGNES URINAIRES ;
 SIGNES DIGESTIFS ; PARALYSIES ; SIGNES RESPIRATOIRES ; DECES ;
 ASSISTANCE RESPIRATOIRE ; HOSPITALISATION.

BRUCELLOSE

ISOLEMENT DE BRUCELLA ; TYPE ; SERO-DIAGNOSTIC OU INTRA-DERMO ;
 DATE DE CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC ;
 CONTACT AVEC DES ANIMAUX INFECTES ;
 MANIPULATION DE FUMIER DE BREBIS OU DE CHEVRE ;
 CONSOMMATION DE LAIT DE BREBIS OU DE CHEVRE ;
 CONSOMMATION DE FROMAGE FRAIS (FERMENTATION <1 MOIS) ;
 TRAVAIL EXPOSE (LABORATOIRES, ABATTOIRS) ;
 AUTRE FORME DE CONTAMINATION ;
 LIEU DE CONTAMINATION ; DEPARTEMENT DE CONTAMINATION ;
 AUTRES CAS DANS L'ENTOURAGE ; NOMBRE DE CAS.

DIPHTERIE

VACCINATION COMPLETE ; DATE DU DERNIER RAPPEL ;
 NOTION DE CONTAGION CONNUE ;
 PROPHYLAXIE DES SUJETS CONTACTS : EN COLLECTIVITE, EN MILIEU FAMILIAL,
 NOMBRE DE PERSONNES REVACCINEES, NOMBRE DE PERSONNES SOUS
 CHIMIOPROPHYLAXIE ;
 DATE D'HOSPITALISATION ; DUREE D'HOSPITALISATION EN JOURS ;
 EVOLUTION (G=GUERISON, D=DECES, S=SEQUELLES).

LEGIONELLOSE

ISOLEMENT DE LEGIONELLA ; ESPECE ; SEROLOGIE ; SEROGROUPE ; FACTEURS
 FAVORISANTS ;
 PENDANT LES DIX JOURS PRECEDANT LES SIGNES, LE MALADE A-T-IL SEJOURNE
 - DANS UN HOPITAL
 - DANS UN HOTEL
 - DANS UN AUTRE LIEU ;
 L'ORIGINE DE LA CONTAMINATION A-T-ELLE ETE DETERMINEE ;
 NOTION DE CAS GROUPE ; NOMBRE DE CAS ;
 EVOLUTION (G=GUERISON, D=DECES, S=SEQUELLES).

MENINGITES A MENINGOCOQUE ET MENINGOCOCEMIE

PURPURA FULMINANS ; CONFIRMATION DU DIAGNOSTIC ;
 MENINGOCOQUE ISOLE DANS: S=SANG, L=LCR, N=NON ISOLE ;
 GROUPE: (A, B, C, X, Y, Z, N=NON, U=AUTRE) ; ANTIGENE SOLUBLE ;
 HOSPITALISATION ; DATE D'HOSPITALISATION ; DUREE D'HOSPITALISATION EN JOURS ;
 EVOLUTION : G=GUERISON, D=DECES, S=SEQUELLES ;
 PROPHYLAXIE (COLLECTIVITES/FAMILLE) ;
 ANTIBIOTIQUE (COLLECTIVITES/FAMILLE) ;
 CHIMIOPROPHYLAXIE: NOMBRE DE PERSONNES (COLLECTIVITES/FAMILLE) ;
 VACCINATION : NOMBRE DE PERSONNES (COLLECTIVITES/FAMILLE) ;
 AUTRES CAS DANS L'ENTOURAGE ; NOMBRE (COLLECTIVITES/FAMILLE) ;
 COMMENTAIRES.

POLIOMYELITIS ANTERIEURE AIGUE

ISOLEMENT DU VIRUS, NATURE DU PRELEVEMENT : TYPE, DATE, SEROCONVERSION, TYPE,
 LABORATOIRE ;
 ANTECEDANTS VACCINAUX: TYPE , DATE, FABRICANT ET LOT ;
 NOTION DE CONTACT CONNU : CONTACT AVEC DES SUJETS AYANT REÇU DU VACCIN
 BUCCAL, SEJOUR A L'ETRANGER DANS LES MOIS PRECEDENTS, PAYS,
 AUTRES ;
 EVOLUTION (G=GUERISON, D=DECES, S=SEQUELLES).

TETANOS

VACCINATION COMPLETE ; DATE DU DERNIER RAPPEL ;
 PORTE D'ENTREE : SIEGE, DATE, MODE DE CONTAMINATION ;
 DATE D'HOSPITALISATION ; DUREE D'HOSPITALISATION EN JOURS ;
 EVOLUTION (G=GUERISON, D=DECES, S=SEQUELLES).

TOXI-INFECTION ALIMENTAIRE COLLECTIVE
--

SERVICE DECLARANT (DDASS, DSV) ;
 DEPARTEMENT DU REPAS ; LIEU DU REPAS ; NOMBRE DE FOYERS ;
 TYPE DE RESTAURATION: P=SUR PLACE D=DIFFEREE
 SOURCE DE DECLARATION ;
 AUTRE SOURCE DECLARATION = ETUDE CAS-TEMOIN REALISEE ;
 RAPPORT D'INVESTIGATION ; UTILISATION DU LOGICIEL TIAC ;
 NBRE DE PERSONNES EXPOSES ; NOMBRE DE CAS ; HOSPITALISATION ;
 DECES ; ENQUETES ; ENQUETES NON MALADES ;
 DATE DU REPAS ; HEURE DU REPAS ;
 DATE 1ER CAS ; HEURE 1ER CAS ; DATE DERNIER CAS ; HEURE DERNIER CAS ;
 DESCRIPTION CLINIQUE (NAUSEES, VOMISSEMENTS, DOULEURS ABDO, FIEVRE, DIARRHEE,
 DIARRHEE SANGLANTE) ;
 AUTRES SYMPTOMES ; NOMBRES AUTRES SYMPTOMES ;
 RECHERCHES MICROBIOLOGIQUES ; BIOLOGIE MALADES ; BIOLOGIE ALIMENTS
 AGENT 1 CAUSAL ; AGENT 2 CAUSAL ; CONFIRMATION DE L'AGENT ;
 ALIMENT RESPONSABLE 1 ; CATEGORIE D'ALIMENT 1 ; ORIGINE1
 ALIMENT RESPONSABLE 2 ; CATEGORIE D'ALIMENT 2 ; ORIGINE2 ;
 REPAS TEMOIN ; FACTEURS EN CAUSE.

TIAC, CAS INDIVIDUELS

INITIALES ; AGE ; SEXE ; CODE POSTAL DU DOMICILE ;
 DATE DES PREMIERS SIGNES CLINIQUES ; HEURE DES PREMIERS SIGNES CLINIQUES ; SIGNES
 CLINIQUES ;
 DECES ; HOSPITALISATION.

Remarque : c'est l'épisode de toxi-infection alimentaire qui fait l'objet de la déclaration. Pour chaque épisode quelques informations concernant les personnes affectées sont enregistrées.

FIEVRE TYPHOIDE OU PARATYPHOIDE
--

MOIS DES PREMIERS SIGNES CLINIQUES ; NATIONALITE ;
 DIAGNOSTIC: HEMOCULTURES ET DATE D'ISOLEMENT (S. TYPHI, S. PARATYPHI A,
 PARATYPHI B) ;
 SEJOUR A L'ETRANGER ; PAYS DE SEJOUR ;
 ORIGINE DE LA CONTAMINATION ; AUTRES CAS DANS L'ENTOURAGE ;
 PROUVEE ; SI OUI, NOMBRE , NOMBRE AVEC DO ;
 DATE D'HOSPITALISATION ; DUREE D'HOSPITALISATION EN JOURS ;
 EVOLUTION (G=GUERISON, D=DECES, R=RECHUTE) ; SI DECES, DATE.

CHOLERA

DIARRHÉE ; VOMISSEMENTS ; DESHYDRATATION ;
 DATE D'HOSPITALISATION ; DURÉE D'HOSPITALISATION EN JOURS ;
 IDENTIFICATION DU VIBRION (DATE, CONFIRMATION DU C.N.R., DATE, LYSOTYPAGE) ;
 SEJOUR A L'ETRANGER :
 PAYS
 CONDITION DE SEJOUR (CAMPING, HOTEL, FAMILLE, AUTRE)
 BOISSONS (ROBINET, PUIS, AUTRE)
 ORIGINE FRUITS ET LEGUMES (MARCHÉ, POTAGER, AUTRE)
 RETOUR EN FRANCE, DATE
 MOYEN DE TRANSPORT
 AUTRES CAS DANS L'ENTOURAGE ;
 EVOLUTION (G=GUERISON, D=DECES, S=SEQUELLES) ;
 TRAITEMENT ANTIBIOTIQUE (DOSE, DURÉE) ; AUTRES TRAITEMENTS ;
 ISOLEMENT DU MALADE ;
 RECHERCHE DE PORTEURS DANS L'ENTOURAGE ;
 CHIMIOPROPHYLAXIE DE L'ENTOURAGE ; DESINFECTION.

LISTÉRIOSE

FORME CLINIQUE ;
 DATE DU PREMIER PRÉLÈVEMENT ; SITES DE PRÉLÈVEMENTS POSITIFS ;
 PATHOLOGIE SOUS-JACENTE ; TRAITEMENT IMMUNO-SUPPRESSEUR ;
 HOSPITALISATION ; ÉVOLUTION.

CREUTZFELDT-JAKOB

PREMIER SYMPTÔMES ; SIGNES CLINIQUES ;
 EXAMENS PARACLINIQUES (ÉLECTROENCÉPHALOGRAMMES, SCANNER, PONCTION LOMBAIRE) ;
 HOSPITALISATION ;
 FACTEURS DE RISQUES
 DERNIÈRE PROFESSION EXERCÉE
 ANTÉCÉDENTS DE TRAITEMENT
 ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX DE MALADIE À PRION
 ANTÉCÉDENTS D'INTERVENTION NEUROCHIR. OU OPHTALMOLOGIQUE ;
 EXAMENS GÉNÉTIQUES ; AUTOPSIE PRÉVUE.

SIDA

DATE D'ENREGISTREMENT DU CAS A L'INVS (EN TRIMESTRE) ;
 DATE DE NAISSANCE ; INITIALE DU NOM ; INITIALE DU PRENOM ;
 CODE IDENTIFIANT LE CAS ; SEXE ; STATUT VITAL ;
 DATE DE DECES ;
 DATE D'ENREGISTREMENT DU DECES A L'INVS (EN TRIMESTRE) ;
 DELAI ENTRE DECES ET ENREGISTREMENT DU DECES (999 SI NON RENSEIGNE) ;
 STATUT VITAL ;
 REGION DE DOMICILE ; DEPARTEMENT DE DOMICILE (EN FRANCE), OU CODE DU PAYS (SI DOMICILE A L'ETRANGER), OU 99 (INCONNU) ;
 MODE DE CONTAMINATION : HOMOSEXUEL, BISEXUEL, TOXICOMANE,
 HETEROSEXUEL, HEMOPHILE, TRANSFUSE (DATE DE TRANSFUSION, LIEU DE TRANSFUSION),
 TRANSFUSIONS MULTIPLES, MODE DE CONTAMINATION "AUTRE" (OUI / NON), MODE DE
 CONTAMINATION "AUTRE" (DICTIONNAIRE), CONTAMINATION INDETERMINEE ; TYPE DE
 PARTENAIRE D'UN CAS HETEROSEXUEL, TYPE DE CONTACT HETEROSEXUEL,
 FREQUENTATION DE PROSTITUEES, PATIENT MULTIPARTENAIRE,
 MODE DE CONTAMINATION, POUR UN ENFANT, TRANSMISSION MATERNO-FŒTALE, MERE
 CONTAMINEE PAR VOIE HETERO., AUTRE

TYPE DE PARTENAIRE DE LA MERE : MERE TOXICOMANE, MERE CONTAMINEE PAR VOIE HETERO., ORIGINAIRE DES CARAÏBES, MERE CONTAMINEE PAR VOIE HETERO., ORIGINAIRE D'AFRIQUE, MERE TRANSFUSEE, MERE MULTIPARTENAIRE, MERE DE CONTAMINATION AUTRE, MERE DE CONTAMINATION AUTRE, MERE DE MODE DE CONTAMINATION INDETERMINE ;

DIAGNOSTIC :

INFECTION OPPORTUNISTE,

TYPE DE DIAGNOSTIC, CORRESPONDANT AUX DIFFERENTES DEFINITIONS DU SIDA

INFECTIONS BACTERIENNES MULTIPLES/RECURRENTES, ENFANT <13 ANS

TUBERCULOSE EXTRA-PULMONAIRE, TUBERCULOSE PULMONAIRE,

SYNDROME CACHECTIQUE, CANDIDOSE OESOPHAGIENNE,

CANDIDOSE AUTRE LOCALISATION, CANCER INVASIF DU COL,

CYTOMEGALOVIRUS, CRYPTOCOCCOSE, COCCIDIOÏDOMYCOSE,

CRYPTOSPORIDIOSE, ENCEPHALOPATHIE A VIH, HISTOPLASMOSE,

HERPES VIRUS, ISOSPORIDIOSE, KAPOSI,

LEUCOENCEPHALITE MULTIFOCAL PROGRESSIVE,

PNEUMOPATHIE INTERSTICIELLE LYMPHOÏDE,

LYMPHOME CEREBRAL PRIMAIRE, LYMPHOME AUTRE LOCALISATION,

LOCALISATION DU LYMPHOME,

INFECTION A MYCOBACTERIE EXTRA-PULMONAIRE

TYPE DE MYCOBACTERIE

PNEUMOPATHIES BACTERIENNES RECURRENTES

PNEUMOCYTOSE

SEPTICEMIE RECURRENTE A SALMONELLA NON TYPHI

TOXOPLASMOSE CEREBRALE

AUTRE PATHOLOGIE

DATE DE CADIA

DATE DE PREMIER DIAGNOSTIC (MOIS ANNEE)

DATE DE DERNIER DIAGNOSTIC (MOIS ANNEE)

DELAI ENTRE DIAGNOSTIC ET ENREGISTREMENT DU CAS AU RNSP

AGE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC DE SIDA

AGE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC DE SIDA

AGE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC DE SIDA

AGE AU MOMENT DU DIAGNOSTIC DE SIDA (ENFANT<15 ANS, ADULTE>=15 ANS)

DELAI ENTRE DIAGNOSTIC DE SIDA ET DECES

REGION DE L'HOPITAL DECLARANT DE 01 (ALSACE) A 23 (OUTRE-MER), 99 (INCONNU)

DEPARTEMENT DE L'HOPITAL DECLARANT (999 SI INCONNU) ;

CODE HOPITAL DECLARANT ;

NOM DU CHEF DE SERVICE AYANT DECLARE LE CAS ;

MEDECIN DECLARANT LE CAS ;

CODE DU MEDECIN DECLARANT

NATIONALITE

CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE

PROFESSION MEDICALE

CODE DU TYPE DE PROFESSION MEDICALE

DATE DE LA 1ERE SEROLOGIE VIH POSITIVE

SEROLOGIE CONNUE AVANT LE DIAGNOSTIC (SI DATE DE SEROLOGIE INCONNUE)

NOMBRE DE T4 / MM3

DATE DE MESURE DES T4

TRAITEMENT ANTI-RETROVIRAL AVANT DIAGNOSTIC DE SIDA (QUELLE QUE SOIT LA DUREE)

DUREE DU TRAITEMENT ANTI-RETROVIRAL AVANT LE SIDA

SEROLOGIE HIV_1 ; SEROLOGIE HIV_2.

**Liste des nomenclatures employées
Professions**

Code	Profession
10	Agriculteurs exploitants
13	Agriculteurs grande exploitation
12	Agriculteurs moyenne exploitation
11	Agriculteurs petite exploitation
73	Anciens cadres & professions .intermédiaires
76	Anciens employés et ouvriers
21	Artisans
37	Cadres administratifs, commerciaux d'entreprise
36	Cadres d'entreprise
32	Cadres fonction publique, professions intellect.& artistiques
33	Cadres fonction publique
64	Chauffeurs
23	Chefs entreprises de 10 salariés ou plus
91	Chômeurs (ancien codage)
92	Chômeurs (ancien codage)
93	Chômeurs (ancien codage)
94	Chômeurs (ancien codage)
95	Chômeurs (ancien codage)
96	Chômeurs (ancien codage)
97	Chômeurs (ancien codage)
81	Chômeurs n'ayant jamais travaillé
90	Chômeurs SAI
44	Clergé, religieux
22	Commerçants
48	Contremaîtres, agents de maîtrise
54	Employés administratifs d'entreprise
52	Employés civils & agents service fonction publique
55	Employés de commerce
51	Employés de la fonction publique
84	Étudiants, élèves 15 ans et plus
82	Inactifs divers (autres que retraités)
38	Ingénieurs, cadres techniques d'entreprise
42	Instituteurs et assimilés
83	Militaires du contingent
69	Ouvriers agricoles
68	Ouvriers non qualifiés de type artisanal
67	Ouvriers non qualifiés de type industriel
66	Ouvriers non qualifiés
65	Ouvriers qualifiés de manutention, magasinage, transport
61	Ouvriers qualifiés
63	Ouvriers qualifiés de type artisanal
62	Ouvriers qualifiés de type industriel
56	Personnels services directs aux particuliers
53	Policiers & militaires
34	Professeurs, scientifiques
99	Profession inconnue
35	Professions information, arts, spectacles
46	Professions interm. admin. & commer. entreprises
45	Professions interm. admin. fonction publique
43	Professions interm. santé & travail social

31	Professions libérales
98	Prostitué(e)s
71	Retraités agriculteurs exploitants
72	Retraités artisans, commerçants, chefs entreprise
74	Retraités cadres
77	Retraités employés
78	Retraités ouvriers
75	Retraités professions intermédiaires
70	Retraités SAI
85	Sans activité, moins de 60 ans (sauf retraités)
86	Sans activité, plus de 60 ans (sauf retraités)
00	Sans Profession
47	Techniciens

6° Disponibilité des résultats

6.1. Disponibilité systématique

Liste des informations produites

- Publication dans le Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) d'une étude annuelle de l'évolution de chacune des maladies sous surveillance.
- Publication sur le site Internet de l'InVS d'un tableau de bord hebdomadaire (http://www.invs.sante.fr/surveillance/index_tdb.htm)
- Publication pluri-annuelle d'un bilan épidémiologique annuel

6.2. Mise à disposition sous forme de bases de données

Sous réserve d'un accord de la CNIL, dans l'un des formats ODBC

7° Précautions d'usage

L'exhaustivité des données est variable selon les maladies. Elles sont validées par les services déconcentrés et l'Institut de Veille Sanitaire. Comme dans tout système de surveillance épidémiologique, le nombre important des sources de notification peut entacher la qualité des informations présentes dans la base, malgré les procédures de validation.

8° Perspectives d'évolution

Ces données devraient transiter par le Réseau santé social dans le futur.

Mise à jour : le 08/03/2002

Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense (ESCAPAD)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation A la Défense

1.2 – Sigle : ESCAPAD.

2° Désignation du responsable

2.1 - Unité concernée : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT)

2.2 - Personne à contacter :

François Beck, OFDT 105 rue de La Fayette 75010 Paris
Tel. : 01 53 20 16 08 / Fax : 01 53 20 16 00 / frbec@ofdt.fr

3° Objectifs

L'enquête est organisée dans le cadre de la journée d'appel de préparation à la défense (JAPD).

Les objectifs sont :

- disposer de quelques indicateurs sur la santé et les conditions de vie ;
- connaître la prévalence de consommation des différentes substances psycho-actives (licites et illicites) et leurs évolutions dans le temps ;
- connaître les âges de début de consommation de ces différentes substances ;
- identifier les caractéristiques et les facteurs associés à ces pratiques.

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données :

Enquête par auto-questionnaire pilotée par l'OFDT.

France entière, tous les jeunes présents deux journées consécutives déterminées sont interrogés. Ils ont entre 17 et 19 ans au moment de l'enquête.

4.2 – Exhaustivité ou échantillonnage :

Enquête annuelle réalisée lors d'une session de la journée d'appel de préparation à la défense, elle concerne garçons et filles.

4.3 – Ancienneté du recueil .

Introduction de questions liées à l'arrivée des jeunes filles au 1^{er} janvier 2000.

4.4 – Durée de conservation des données collectées.

Les questionnaires papier sont stockés un an (questionnaires de l'année N détruits à l'arrivée de ceux de l'année N + 1). Tous les fichiers sont conservés sur CD-ROM à l'OFDT.

5° Variables et nomenclatures

5.1 – Variables observées.

Comportements en particulier à l'égard des produits psycho-actifs, complétés par quelques questions portant sur l'état de santé et les modes de vie.

5.2 – Nomenclatures employées.

6° Disponibilités des résultats

6.1 – Disponibilité systématique .

611 Diffusion systématique sur support papier

Réalisation de la 1^{ère} enquête en mai 2000. Enquête annuelle.

Dernière publication :

Beck F., Legleye S., Peretti-Watel P. (2000) « Regards sur la fin de l'adolescence : Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000 », *Rapport de recherche OFDT*, 226 p.

612 Mise à disposition sous forme de base de données.

La base existe sous format SPSS ou SAS, disponible gratuitement sur demande précisant les objectifs de recherche du demandeur auprès du responsable de l'enquête.

6.2 – Accès à la demande .

Pas de limite si les objectifs de recherche sont raisonnables.

7° Précautions d'usage

L'échantillon est représentatif au niveau régional (il est possible d'agréger deux années lorsque les effectifs sont insuffisants) mais pas au niveau départemental car le recrutement des jeunes appelés se fait par zones de chalandise sans respecter les frontières départementales. Les niveaux infra départementaux ne sont pas non plus envisageables.

8° Perspectives d'évolution

Les questions sur les modes de vie (situées à la fin du questionnaire) évoluent légèrement d'un exercice à l'autre. En 2002, il est envisagé d'interroger le comportement sexuel.

Mise à jour : le 04/01/2002

Accidents de la circulation

Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière (ONISR)

1° Désignation de la source

1.1 – Nom détaillé : Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière

1.2 – Sigle : ONISR

2° Désignation du responsable

2.1 – Unité concernée :

Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière Ministère de l'Équipement, des Transports et du Logement La grande Arche 92055 Paris La Défense Cedex 04

2.2 - Personne à contacter :

Monsieur Jean CHAPELON

Secrétaire général de l'Observatoire National Interministériel de Sécurité Routière

Tél : 01 40 81 80 28 ; Fax : 01 40 81 80 99 ; Mail : jean.chapelon@equipement.gouv.fr

3° Objectifs

Connaître chaque année les caractéristiques (lieux, véhicules, usagers) des accidents corporels de la route afin de prendre les mesures de sécurité qui s'imposent.

4° Caractéristiques de la collecte

Les données concernant les accidents de la route sont recueillies à chaque fois que survient un accident corporel de la circulation sur le territoire Français. Ces recueils sont effectués par les forces de police et de gendarmerie, chacune dans leur domaine de compétence (globalement le milieu urbain pour la police et la rase campagne pour la gendarmerie). Tous les accidents corporels survenant sur la voie publique doivent faire l'objet du remplissage d'un bulletin d'analyse d'accident corporel (BAAC).

Ce recueil qui existe depuis 1953 n'est interrogeable qu'à partir de 1984 mais avec des fichiers hétérogènes et depuis 1993 avec des fichiers homogènes.

5° Variables et nomenclatures

Les données contenues dans ces fichiers concernent le milieu urbain, la rase campagne, les catégories d'usagers, les catégories de réseaux, les classes d'âge, les heures, les jours, les mois, les départements

6° Disponibilités des résultats

Ces données font l'objet chaque année de la publication d'un bilan annuel, le dernier portant sur les résultats de l'année 2000.

Le bilan de l'année 2001 est en cours d'élaboration et devrait être disponible à partir du mois de mai 2002.

Ce bilan sera prochainement disponible sur l'Internet du Ministère.

La base de données servant à l'élaboration des bilans n'est pas mise à la disposition des utilisateurs.

7° Précautions d'usage

Les données fournies dans les bilans annuels peuvent être reprises dans des publications à la condition d'indiquer les sources.

8° Perspectives d'évolution

Mise sur Internet des bilans.

Mise à jour : le 04/02/2002

Enquête sur la santé bucco-dentaire

1° Désignation de la source

1.1– Nom détaillé : La santé dentaire en France. Le CAO des enfants de 6 ans, 9 ans, 12 ans.

1.2- Sigle : sans objet

2° Désignation du responsable

2.1- Unité concernée :

UFSBD (Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire)
7 rue Mariotte 75017 PARIS

2.2- Personnes à contacter :

Laurent Toulet (directeur) tel : 01 44 90 72 83 ; fax : 01 44 90 96 54 ; laurenttoulet@ufsbd.fr
Jacques Desfontaine (responsable épidémiologie) tél : 01 44 90 72 80 ; fax : 01 44 90 96 73 ;
jacquesdesfontaine@ufsbd.fr

3° Objectifs

Réaliser en France des études épidémiologiques fiables et représentatives de l'état bucco-dentaire des enfants scolarisés de certaines catégories d'âge et à intervalles réguliers.

Ces études doivent permettre de mesurer la pathologie, les soins effectués et les besoins en soins des enfants ainsi que l'évolution de l'état dentaire de la population.

Etudes nationales triennales (87, 90, 93) réalisées à la demande du Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi chez les enfants de 6, 9 et 12 ans, suivi de la mesure d'introduction du sel fluoré par arrêté ministériel du 31 octobre 1985.

Avoir un protocole reproductible pour des études régionales et départementales

Renouvellement de l'enquête chez les enfants de 12 ans en 1998 par l'UFSBD seule avec l'objectif secondaire d'évaluation de la fluorose dentaire

4° Caractéristiques de la collecte

4.1 – Principes de recueil des données : règles de recrutement, champ géographique, catégories :

Le recueil des données se fait par examen bucco-dentaire des sujets sélectionnés, en milieu scolaire, sur bordereau de saisie optique

Le champ géographique est soit national, régional ou départemental.

La population visée est les enfants scolarisés.

4.2 – Echantillonnage :

Les échantillons sont choisis par la méthode de stratification (18 strates) sur la combinaison du type d'établissement (public, privé) et de la taille de la commune (9 cas).

La base de sondage est constituée par la liste des effectifs par niveau des établissements scolaires fournie par le Ministère de l'Éducation nationale. A l'intérieur de chaque strate est effectué un tirage en grappes pour constituer un échantillon représentatif de 1000 enfants.

4.3 – Ancienneté du recueil :

Dernière enquête nationale en 1998
Enquêtes départementales et régionales à fréquence variable.

4.4 – Durée de conservation des données collectées :

Les données sont conservées 10 ans sous la forme des saisies individuelles.
Les données compilées sont conservées sous forme de listing informatique sur une durée indéterminée.

5° Variables et nomenclature

5.1 - Variables observées :

Les informations sont recueillies par des chirurgiens-dentistes sur un bordereau de saisie optique sur lequel sont notés des renseignements concernant l'âge, le sexe des enfants, la catégorie socioprofessionnelle des parents et la strate.

Pour établir le plus justement possible les bilans carieux et mesurer les besoins en soins, l'état de chaque dent est noté selon 8 modalités : 3 pour les dents temporaires cariées, obturées ou saines (c, o, s), 4 pour les dents permanentes cariées, absentes, obturées ou saines (C, A, O, S) et 1 pour les dents non évoluées (NE).

En complément, 4 paramètres qualitatifs sont relevés selon une méthode binaire simple : absence ou présence. Ils concernent les besoins en traitement d'orthodontie, de gingivite, de tartre et l'efficacité de l'hygiène pratiquée par les enfants.

Pour l'enquête nationale de 1998, l'indice de Dean est recueilli pour chaque dent, codifié de 0 (émail sain) à 5 stades en fonction de la gravité de l'atteinte (douteuse, très légère, légère, modérée et grave). Un questionnaire en 14 points fait le bilan des différentes sources d'apport en fluor en fonction de l'âge des enfants depuis leur naissance jusqu'au jour de l'enquête : eau, comprimés, sel, dentifrices, bains de bouche, chewing-gum.

5.2 – Nomenclatures utilisées :

- Catégorie socioprofessionnelles INSEE niveau 1 ;
- Indice CAO de Klein et Palmer (nombre moyen de dents cariées absentes ou obturées) ;
- Indice de Dean (prévalence de la fluorose).
- Sont également indiquées les proportions d'enfants indemnes de dents cariées non traitées ou de dents atteintes ainsi que ceux sans aucune trace de traitement.
- Un indice de traitement est calculé sur les enfants ayant au moins une dent atteinte. Il mesure la proportion de dents traitées par rapport à l'ensemble des dents atteintes quelles soient traitées ou non. Cet indice varie de 0 à 1. La note 0 correspond aux enfants dont aucune dent n'est traitée et la note 1 à ceux totalement traités.

6° Disponibilité des résultats

6.1 – Disponibilité systématique :

6.1.1 Diffusion sur support papier

Pour la documentation d'enquête, les questionnaires, fiches optiques de saisie, protocoles et instructions aux enquêteurs sont disponibles sur demande.

Les résultats d'enquête nationales ont fait l'objet de publications de monographies en anglais et en français, disponibles également sur demande (dans la limite des stocks disponibles).

Pour les enquêtes départementales ou régionales, un document de synthèse et d'analyse des résultats est disponible.

Les listings de résultats sont consultables sur place, sur rendez-vous.

6.1.2 Mise à disposition sous forme de base de données.

Non disponible.

Certaines données sont intégrées à la base de données de l'O.M.S.

6.2 - Accès à la demande :

Les documents cités ci-dessus sont disponibles sur demande.

7° Précautions d'usage

8° Perspectives d'évolution

L'étude d'un nouveau protocole d'enquête est envisagée afin de disposer d'indicateurs plus fins que ceux utilisés aujourd'hui. En effet, la diminution des indices à un seuil pratiquement plancher implique de déterminer d'autres indicateurs permettant de disposer de plus d'éléments notamment sur les population à risque élevé (30% de la population étudiée cumule 80% des problèmes).

Mise à jour : le 22/02/2002

LISTE DES PARTICIPANTS AU GROUPE	
NOM ET PRÉNOM	ORGANISME
BADEYAN Gérard	HCSP
BAUBEAU Dominique	DREES
BENSADON Anne-Carole	DGS
BOISSELOT Pierre	DREES
BOISSONNAT Vincent	DREES
BROUARD Nicolas	INED
CASES Chantal	DREES
CORREZE Jean-René	CCSMA
COUSINEAU Mathieu	FNMF
CUNEO Philippe	DREES
DE KERVASDOUE Jean	CNAM
DESFONTAINE Jacques	UFSBD
DUMONTIER Françoise	INSEE
ELBAUM Mireille	DREES
FELDER Camille	DGS-SD1D
FONTAINE Danièle	FNORS
FOULON Daniel	DHOS
GARROS Bertrand	FNMF
GUDIN DU PAVILLON Frédéric	CNAMTS
GUILBERT Philippe	CFES
GUILHOT Joëlle	CNAMTS
ISNARD Hubert	InVS
JOUGLA Éric	INSERM
LAGARDE Lionel	MES-DRT
LETOURMY Alain	CERMES/CNRS
MERMILLIOD Catherine	DREES
POULAIN Claude	INSEE
SAGLIETTI Carla	CNIS
SALINES Emmanuelle	DREES
SERMET Catherine	CREDES
VIAROUGE Nicolas	MSA
VOLATIER Jean-Luc	AFSA
WEILL Alain	CNAMTS

SIGLES UTILISES DANS LE RAPPORT

A

AcVC	Accidents de la vie courante
ADF	Assemblée des départements de France
AES	Allocation d'éducation spéciale
AFSSA	Agence française de sécurité sanitaire des aliments
AGPI	Acides gras poly insaturés
ALD	Affections de Longue Durée
ANAES	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
ANRS	Agence nationale de recherches sur le sida
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
APE	Activité principale de l'entreprise
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
ATMP	Accidents du travail et maladies professionnelles

B

BAAC	Bulletin d'analyse d'accident corporel
BAE	Branche d'activité économique
Base AT	Base accidents du travail
BCMD	Base de données de mortalité
BEH	Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire

C

CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes
CAO	Indice des dents cariées, absentes, obturées
CdAM	Catalogue des actes médicaux
CdARR	Catalogue des activités de rééducation réadaptation
CDES	Commission départementale d'éducation spéciale
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (INSERM)
CFES	Comité Français d'Éducation pour la Santé
CHU	Centre hospitalier universitaire
CI	Carte d'invalidité
CIAA	Confédération des industries agroalimentaires
CIF	Classification internationale du fonctionnement
CIH	Classification internationale des handicaps

CIM10	Classification Internationale des Maladies (de l'Organisation Mondiale de la Santé) – Dixième révision
CIP	Club Inter-Pharmaceutique (numéro d'identification administrative à sept chiffres de l'autorisation de mise sur le marché ou numéro d'AMM)
CIQUAL	Centre d'information sur la qualité des aliments
CISP	Classification internationale des soins primaires
CMC	Catégorie moyenne clinique
CMU	Couverture Maladie Universelle
CNAM	Conservatoire national des arts et métiers
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des Travailleurs Salariés
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNIS	Conseil National de l'Information Statistique
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
COCON	Enquête de cohorte sur la contraception et l'IVG
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
CREDES	Centre de Recherche d'Études et de Documentation en Économie de la Santé
CREDOC	Centre de recherches et d'études pour l'observation des conditions de vie
CS	Certificat de santé
CSTB	Centre scientifique et technique du bâtiment

D

DAFNE	Data food net working
DARES	Direction de l'Animation de la Recherche, des Études et des Statistiques
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DDTEFP	Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGEFP	Direction générale de l'emploi et de la formation professionnelle
DGS	Direction Générale de la Santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DIAB	Diabète
DMI	Département des maladies infectieuses (InVS)
DNID	Diabète non insulino dépendant
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (ex SESI)
DRT	Direction des Relations du Travail

E

E3N	Étude épidémiologique auprès des femmes de la mutuelle générale de l'éducation nationale
EDP	Échantillon démographique permanent
EHLASS	European home and leisure accident surveillance system
ENNS	Étude nationale nutrition santé
ENSM	Échelon national du service médical
ENTRED	Échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques
EPAC	Enquête permanente sur les accidents de la vie courante
EPAS	Échantillon permanent des assurés sociaux
EPCV	Enquête Permanente sur les Conditions de vie des ménages
EPIC	Cohorte « European prospective investigation on cancer »
EPPM	Enquête permanente sur la prescription médicale
ESCAPAD	Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense
ESPAD	European school survey project on alcohol and other drugs
ESPS	Enquête santé, soins et protection sociale
ESTEVE	Enquête Santé, Travail et Vieillesse
EUROSTAT	Office Statistique des Communautés Européennes

F

FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé
FRANCIM	Réseau de registres du cancer

G

GAZEL	Cohorte des salariés des industries gazière et électrique
GHJ	Groupement homogène de journées
GHM	Groupe homogène de malades
GIC	Grand invalide civil
GIP	Groupement d'intérêt public

H

HCSP	Haut Comité de la Santé Publique
HID	Handicap – Incapacité - Dépendance
HTA	Hypertension artérielle

I

IML	Institut médico-légal
INCA	Enquête individuelle et nationale sur les consommations alimentaires

INED	Institut National d'Études Démographiques
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (ex CFES)
INRA	Institut national de la recherche agronomique
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
INVAL	Enquête sur les causes médicales des pensions d'invalidité nouvellement attribuées
InVS	Institut de veille sanitaire
ISA	Indice synthétique d'activité
IVG	Interruption volontaire de grossesse

J

JAPD	Journée d'appel de préparation à la défense
-------------	---

M

MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MDO	Maladie à déclaration obligatoire
MEP	Médecin à exercice particulier
MiRe	Mission Recherche (DREES)
MSA	Mutualité sociale Agricole
MST	Maladie sexuellement transmissible

N

NAP	Nomenclature d'activités et de produits
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels

O

OFDT	Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONISR	Observatoire national interministériel de sécurité routière
OPALES	Outils de pilotage et administration locale de l'éducation spéciale
OQN	Objectif quantifié national
ORL	Oto-rhino-laryngologiste
ORS	Observatoire (s) Régional (aux) de la Santé

P

PCS	Professions et catégories socio-professionnelles
PMI	Protection maternelle et infantile
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

PSD	Prestation spécifique dépendance
PVHD	Politique de la vieillesse, du handicap et de la dépendance

R

RHA	Résumé hebdomadaire anonyme
RHS	Résumé hebdomadaire standardisé
RMI	Revenu minimum d'insertion
RSA	Résumé de sortie anonyme
RSS	Résumé de sortie standardisé
RUM	Résumé d'unité médicale

S

SAE	Statistique annuelle des établissements
SDP	Station debout pénible
SESI	Service des études, des statistiques et des systèmes d'information
SIDA	Syndrome d'immuno déficience acquise
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
SSR	Soins de suite et de réadaptation
SUMER	Enquête sur la Surveillance Médicale des Risques professionnels
SU VI MAX	Cohorte de suivi sur la nutrition (vitamine et minéraux antioxydants)

T

THS	Traitement hormonal substitutif
------------	---------------------------------

U

UFSBD	Union française pour la santé bucco-dentaire
URCAM	Union(s) régionale(s) des caisses d'assurance maladie
URML	Union(s) régionale(s) des médecins libéraux

V

VESPA	Enquête sur les conditions de vie et la situation sociale des personnes atteintes du VIH
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine