

Paris, le 16 novembre 1999 n°360/D130

## Formation SANTÉ, PROTECTION SOCIALE

---

Réunion du 11 mai 1999

Compte rendu de l'examen des avant-projets de programmes statistiques pour 2000

PROJET D'AVIS

LISTE DES SERVICES PRODUCTEURS

COMPTE RENDU DE LA REUNION

LISTE DES DOCUMENTS PREPARATOIRES OU DISTRIBUES EN REUNION

AVIS D'OPPORTUNITE

DOCUMENTS JOINTS

---

PROJET D'AVIS

---

proposé par la formation Santé, protection sociale le 11 mai 1999

1. Le Conseil, se référant à son avis général sur le programme 1999-2003, souhaite vivement que le renouvellement de **l'enquête décennale "Santé"** se déroule dans les délais les plus brefs et si possible dès 2001. Il recommande à cet égard que l'INSEE, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), le Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) unissent leurs efforts pour la réalisation de cette enquête qui reste la source structurelle actuellement irremplaçable en matière de connaissance de la santé perçue, des motifs de recours aux soins et des pratiques de consommation.  
Il encourage le développement, en parallèle, d'une réflexion méthodologique sur un dispositif futur d'observation de la santé qui prenne en compte la possibilité de suivi de cohortes ainsi que la nécessité de disposer de données régionales.
2. Le Conseil soutient les efforts de la DREES, de la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CNAM) et de la Direction des hôpitaux pour mettre à disposition des acteurs du système de santé et du public des données statistiques actuelles et cohérentes sur les **établissements hospitaliers publics et privés** en matière d'activité médicale, à partir de la statistique annuelle des établissements (SAE), des bases du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et de l'ensemble des sources existantes, conformément aux orientations à moyen terme 1999-2003.
3. Le Conseil constate avec satisfaction la convergence des travaux envisagés par la DREES, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) pour une meilleure connaissance de **l'action sociale décentralisée** conformément à son avis de moyen terme 1999-2003. Il engage ces services ainsi que la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (MSA) à poursuivre dans cette voie.
4. Le Conseil encourage la poursuite des efforts de la **CNAM** pour la mise en place effective du Système national inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM) à partir de l'an 2000, ce qui permettra de mettre à disposition des acteurs un système d'information unique destiné à la connaissance fine des dépenses de santé.
5. Le Conseil renouvelle son attachement au bon déroulement des travaux du **groupe sur les professions de santé** qui devront aborder tant les sources que les concepts et nomenclatures.
6. Le Conseil prend note de l'effort de connaissance des populations (état de santé, besoins et aspirations en matière de santé et de solidarité) prévu par la DREES et il approuve le lancement du **groupe de travail sur l'état de santé de la population** qui gagnera à s'appuyer sur des comparaisons méthodologiques internationales.
7. Le Conseil réaffirme son grand intérêt pour que **l'accès aux données** soit amélioré, en particulier sur la gestion des établissements de soin. Il rappelle son avis de moyen terme pour qu'une réflexion s'engage entre services producteurs et il est prêt lui-même à y contribuer.

---

LISTE DES SERVICES PRODUCTEURS

---

ayant présenté un programme statistique à la formation Santé, protection sociale réunie le 11 mai 1999.

CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE (CNAM-TS)

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE (CNAV)

- . Direction de l'actuariat statistique
- . Direction des recherches sur le vieillissement

CREDES

INSEE

- Département de la démographie
  - . Division répertoires et mouvement de la population
  - . Division enquêtes et études démographiques

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE

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

MINISTERE DE LA FONCTION PUBLIQUE, DE LA REFORME DE L'ETAT, ET DE LA  
DECENTRALISATION

Direction générale de l'administration et de la fonction publique

MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE (MSA)

---

COMPTÉ RENDU DE LA REUNION DE LA  
FORMATION SANTE, PROTECTION SOCIALE  
- 11 mai 1999 -

---

Président : Jean de KERVASDOUÉ, Conservatoire national des arts et métiers, Chaire d'économie et gestion des services de santé

Rapporteur : Alain CHARRAUD, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Directeur adjoint à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

*RAPPEL DE L'ORDRE DU JOUR*

- I - Introduction générale
- II - Présentation des changements de structure intervenus
- III - Suivi des avis donnés sur le programme 1999
- IV - Examen des avant-projets de programmes statistiques pour 2000
  - 1. Exposé synthétique
  - 2. Débat
  - 3. Examen des projets d'enquêtes pour avis d'opportunité :
    - . enquête auprès des usagers de l'hôpital
    - . prévalence des problèmes d'alcool parmi les hospitalisés
    - . rénovation de l'enquête « mutuelles » et extension aux institutions de prévoyance
    - . enquête sur les bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance
    - . volet complémentaire à l'enquête sur les services d'aide aux personnes à domicile (fiche diffusée en séance)
    - . enquête sur la santé et les consommations : appel de préparation à la défense
    - . enquête sur des représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes
    - . enquête nationale sur les handicaps, l'incapacité et la dépendance
- V - Groupe de travail :
  - professions de santé : état des travaux
  - état de santé de la population : lancement du groupe
- VI - Projet d'avis de la formation

*LISTE DES PARTICIPANTS*

M <sup>me</sup>	AMIEL Marie-Hélène	Secrétaire général adjoint du CNIS
M <sup>me</sup>	ARTIGUEBIEILLE Jacqueline	Conseil économique et social
M <sup>me</sup>	AUVILLE Stéphanie	FIEHP
M.	BADEYAN Gérard	Min. de l'emploi et de la solidarité - DREES
M.	BARGE Michel	Min. de l'emploi et de la solidarité - DREES
M.	BOUGEANT Frédéric	CGT-FO
M <sup>me</sup>	BROWN Elisabeth	IDUP
M.	COSTES Jean-Michel	OFDT
M <sup>me</sup>	CUIRIN Marie-Adrienne	Secrétariat du CNIS
M.	CUNEO Philippe	Min. de l'emploi et de la solidarité - DREES
M.	de JOUVENCEL Tanneguy	INSEE

M.	DEBREU Pierre	CNAF
M <sup>me</sup>	DODEVE Michèle	INSERM
M.	DUBOIS Didier	CNAM
M <sup>me</sup>	FELDER Camille	DGS
M <sup>me</sup>	FENET Francine	UNIOPSS
M <sup>me</sup>	FONTAINE Danièle	FNORS
M.	GADEL Georges	DREES
M.	HARRAUDEAU Jean-Pierre	FNMF
M.	LENORMAND François	CNAM-TS
M.	LUBINEAU Christian	ENIM
M <sup>me</sup>	MERMILLIOD Catherine	Min. de l'emploi et de la solidarité - DREES
M <sup>me</sup>	MEYER Christine	FNMF
M.	MORMICHE Pierre	INSEE
M.	NANNOMI René	APFA
M.	NIEL Xavier	Min. de l'emploi et de la solidarité - DREES
M.	OLIER Emile	CGP
M <sup>me</sup>	PAVARD Christiane	Secrétariat du CNIS
M.	PESONKLEIN Dominique	IVS
M.	PRIOU Johan	UNIOPSS (remplace Hugues FELTESSE)
M.	PUIG Jean-Pierre	Secrétaire général du CNIS
M.	RALLE Pierre	Min. de l'emploi et de la solidarité - DREES
M.	TABIASCE	CASH Nanterre
M.	TONNELIER François	CREDES
M <sup>me</sup>	VERDEAUX Claire	CCMSA
M.	VIDANA Jean-Luc	DRMI
M.	WANNEPAIN Hubert	CSMF

*Absents excusés*

M.	BICHOT Jacques	Conseil économique et social
Mme	STRAMANDINOLI Michèle	Fédération nationale de la mutualité française

## I - INTRODUCTION GÉNÉRALE

M. de KERVASDOUÉ rappelle que le rôle du CNIS est double : donner un avis sur les enquêtes nationales concernant les ménages ou les entreprises et informer les différents partenaires et utilisateurs de statistiques. Le CNIS fait le point en permanence sur les sources statistiques, leur qualité, leur périodicité. Ces statistiques jouent un rôle majeur notamment dans le domaine de la santé et de la protection sociale.

Il présente M. CHARRAUD, directeur adjoint, et Mme MERMILLIOD, chef de la mission Coordination des programmes, de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). M CHARRAUD assurera les fonction de rapporteur de la formation, assisté de Mme MERMILLIOD. Au secrétariat du CNIS, Mme AMIEL succède à Mme HONORÉ. A cette occasion, le président souligne le travail réalisé par l'équipe qui animait précédemment cette formation depuis plusieurs années, en particulier Michel VILLAC, directeur du SESI, et Pierre GOTTELY (SESI) et Geneviève HONORE

M. de KERVASDOUÉ demande au secrétariat du CNIS d'écrire à la CNAF, à la CNAM et au CREDES pour regretter vivement l'absence de projet de programme 2000, ne souhaitant pas que la formation travaille sur des documents distribués en séance.

Il demande également à la DREES et au CNIS de faire une double présentation des documents. La présentation actuelle est essentiellement institutionnelle : programmes de l'INSEE, de la DREES, des

caisses, etc. Il souhaiterait disposer l'an prochain d'une présentation thématique selon les grands thèmes (morbidity, mortalité, démographie, toxicomanie, etc.).

M. de KERVASDOUÉ souhaiterait que certains sujets soient abordés au cours de la réunion. Il faudrait débattre de la fréquence de l'enquête santé. Cette enquête est décennale, un pays comme la France, ne peut pas se satisfaire de cette périodicité sur un sujet aussi important. A son avis cette enquête doit être quinquennale et la formation devrait débattre de ce sujet. Il souhaite, par ailleurs, que les groupes de travail : " professions de santé " et " état de santé de la population " présentent leur méthode de travail et fassent connaître leur calendrier précis. Enfin, le président souhaite que la formation se pose le problème de l'accès aux informations. Celui-ci est relativement facile quand les rapports sont publiés. Néanmoins, ces rapports sont souvent bâtis sur des sources publiques, peut-on avoir accès à ces sources et dans quelles conditions ?

## II - PRÉSENTATION DES CHANGEMENTS DE STRUCTURE (M. CHARRAUD)

Les changements de structure annoncés à la précédente réunion ont eu lieu. Le SESI, service statistique du ministère de l'emploi et de la solidarité, a été remplacé par une direction : la DREES, direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques ; la mission recherche (MIRE) a été intégrée à cette direction. La création de la DREES date du 1er décembre 1998 . Dans le même temps, l'Institut national de la veille sanitaire (IVS) était créé par décret en date de mars 1999.

M. CHARRAUD rend hommage à M. VILLAC qui a dirigé le SESI et a aussi contribué à faciliter la création de la direction avec l'aide d'une mission menée par Marie-Thérèse JOIN-LAMBERT et Jean-Pierre PUIG.

Cette direction n'est pas une simple fusion de la MIRE et du SESI ; elle voit aussi ses missions se développer. Des moyens nouveaux, humains et financiers, sont mis en place. La direction a été redéployée en trois sous-directions :

- une sous-direction " santé " qui a été assez peu transformée,
  - une sous-direction " solidarité " qui a donné lieu à la création de deux nouveaux bureaux notamment un bureau sur l'exclusion et un bureau sur le handicap, la dépendance et les retraites,
  - une sous-direction " études, évaluations, synthèses ", nettement orientée vers l'analyse économique.
- Les domaines que la direction prévoit d'approfondir ou de renforcer sont les enquêtes statistiques sur les populations, la fonction étude, la fonction aide à la décision, notamment par l'analyse économique, et la fonction d'évaluation des politiques publiques.

Parallèlement à la DREES, un observatoire de la pauvreté et de l'exclusion été créé, dont le secrétariat est assuré par la DREES.

Enfin, Michel VILLAC reste au sein du même ministère où il remplace M. RENAUDIN à la tête de la mission pour l'informatisation du système de santé.

## III - SUIVI DES AVIS DONNÉS SUR LE PROGRAMME 1999 (M. CHARRAUD)

### Avis sur le programme à moyen terme 1999-2003

M. CHARRAUD précise qu'en ce qui concerne les **systèmes d'informations** tels que le réseau Santé Social et SESAM-VITALE , il apparaît que la mise en place de la carte SESAM-VITALE est loin d'être achevée, même si le ministère est décidé à y mettre des moyens.

M. de KERVASDOUÉ aimerait connaître les statistiques qui pourraient être obtenues à partir des cartes SESAM-VITALE et savoir ce qui est envisagé si le projet est retardé.

M. CHARRAUD indique que l'état du projet n'est pas assez avancé pour qu'on soit en mesure de répondre maintenant à cette question. Il craint qu'un débat sur le sujet aujourd'hui ne reste très abstrait. Actuellement, on ne connaît pas les informations qui seront retenues sur la carte SESAM-VITALE 2. Il reste à déterminer les actes et les pathologies qui pourraient être saisies puis exploitées. En théorie cette source sera très riche.

M. LENORMAND indique que les exploitations que peut faire la CNAM actuellement concernent les fichiers d'assurés ou de bénéficiaires, où les informations sont basiques. La CNAM n'a pas d'exploitation de cartes en projet, elle travaillera sur le sujet quand les informations sur les bénéficiaires seront connues. La première étape sérieuse se situera certainement à la mi-2000 quand tous les bénéficiaires de l'assurance maladie auront reçu un numéro d'identification correct. Il sera alors possible de commencer à en extraire des données, par exemple le nombre de personnes relevant du régime général.

Revenant au programme de moyen terme, M CHARRAUD rappelle qu'un des **enjeux déterminants** de la période concernent, le vieillissement des générations issues du baby-boom, pour lequel des avancées statistiques sont prévues dans le programme 1999-2000. La DREES a également des projets sur la question de la rationalisation du **système d'information sur l'hôpital**.

### Avis sur le programme 1999

- En ce qui concerne les **professions de santé**, la DREES publiera en 1999 les résultats d'un travail préalable sur un "observatoire des professions de santé" à partir des sources fiscales ainsi que d'un panel de généraliste élaboré par la CNAM. Le répertoire ADELI a également été amélioré de façon très sensible. Des avancées assez nettes ont également été réalisées dans ce domaine à la CNAM.
- Pour les **établissements sanitaires et sociaux**, les travaux de mise en concordance des répertoires FINESS et SIRENE sont pratiquement achevés.
- Les travaux sur l'amélioration du système informatique de la **CNAF** ont également été réalisés, conformément au programme. Le système informatique est maintenant en cours de diffusion et la CNAF adapte ses programmes statistiques et peut maintenant se consacrer à l'exploitation statistique.
- C'est un peu la même situation pour la **CNAM**, mais avec des difficultés en ce qui concerne les travaux de mise en cohérence des divers systèmes d'information.
- Les groupes de travail sur les **professions de santé et sur l'état de santé** feront l'objet d'un point particulier de la réunion.

## IV - EXAMEN DES AVANT-PROJETS DE PROGRAMMES STATISTIQUES POUR 2000

### 1 . Exposé synthétique (M. CHARRAUD)

Le rôle de l'**INSEE** est fondamental. Ses travaux constituent le socle d'autres travaux, notamment dans le domaine de la santé mais aussi dans le domaine social (Enquête HID, enquête santé).

M. CHARRAUD souligne la très forte continuité, dans le programme 2000 sur la santé, des moyens consacrés par l'INSEE notamment à l'**enquête HID** (handicaps, incapacités, dépendance). Cette enquête est faite en 4 parties : une première interrogation en institutions en 1998, une interrogation filtre associée au recensement précède l'interrogation en ménages ordinaires. Une deuxième interrogation en institutions aura lieu en 2000, 2 ans après la première afin de mesurer la progression des handicaps repérés. Une réinterrogation aura également lieu pour les ménages ordinaires en 2001, soit 2 ans après le premier passage. L'enquête se déroule bien, des données sont disponibles sur les phases réalisées.

Les données du **recensement de 1999** constituent des sources importantes, notamment pour l'étude de la mortalité différentielle et pour servir de base aux enquêtes famille. Ces données sont attendues avec beaucoup d'intérêt et d'impatience par les utilisateurs.

La préparation de l'**enquête sur les sans-abri**, prévue pour début 2001, est une pièce essentielle du dispositif d'observation de l'exclusion. Ce projet ayant été évoqué à la formation " Démographie, conditions de vie ", il ne figure pas dans le programme 2000 de l'INSEE présenté à la formation " santé, protection sociale ".

Le projet **d'enquête décennale santé** ne figure pas non plus dans le programme de l'INSEE. La programmation de cette enquête, son calendrier seront précisés ultérieurement par l'INSEE.

Le programme de la **DREES** se veut complémentaire de celui de l'INSEE. Il présente quatre axes de développement :

- le premier porte sur des **investigations auprès des populations**. Des enquêtes nouvelles sont présentées pour avis d'opportunité : enquête auprès des usagers de l'hôpital, enquête sur la prévalence des problèmes d'alcool parmi les hospitalisés, enquête en milieu scolaire en participation avec l'éducation nationale, enquête effectuée dans le cadre de la journée de préparation à la défense sur la santé et les consommations addictives, en liaison avec l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT). Dans le domaine social, une enquête nouvelle auprès des institutions de services aux personnes âgées à domicile sera suivie d'une enquête complémentaire auprès des personnes ; une enquête fera le point sur les bénéficiaires de l'aide médicale avant le passage à la CMU ; une enquête sera lancée pour connaître les demandeurs de la PSD.
- le deuxième axe, plus classique, est la **connaissance de l'offre institutionnelle** et des services. Il est souhaitable de développer l'étude de la couverture complémentaire et, également, la connaissance de l'activité des établissements d'hébergement pour personnes âgées, des CHR, des services d'aide aux personnes à domicile (cf. ci-dessus).
- le troisième axe concerne les opérations **d'évaluation des politiques publiques**. Des enquêtes spécifiques démarreront dès cette année mais se feront surtout l'année prochaine sur l'évaluation de la loi de lutte contre les exclusions, l'évaluation de la PSD qui a déjà démarré, et le suivi et l'évaluation de la CMU dès qu'elle sera en place au 1er janvier 2000.
- le quatrième axe du programme est un effort particulier de développement de la **connaissance de l'hôpital** : refonte de la statistique annuelle des établissements (SAE), de façon notamment à avoir une mesure conjoncturelle harmonisée avec la connaissance structurelle de l'activité hospitalière, une enquête et des études pour développer la connaissance des usagers de l'hôpital et un programme particulier développé avec la direction des hôpitaux et la CNAM pour mettre en valeur les données du PMSI en cohérence avec les données de la SAE. Il conviendrait enfin, de mettre en commun les bases publiques et privées et d'établir un programme détaillé de publications.

M. CHARRAUD propose qu'une des prochaines réunions de la formation soit en partie consacrée à présenter des résultats d'études, avec la CNAM et la direction des Hôpitaux.

M. de KERVASDOUÉ pense que pour les statistiques hospitalières, la difficulté est d'exploiter les données qui existent. L'administration dispose de toutes les informations qu'elle souhaite sur les hôpitaux et cliniques de France. Il dresse l'inventaire de ces sources : SAE, PMSI, comptabilité publique, données fiscales, registres du commerce pour les cliniques privées... Il souligne la nécessité de rapprocher toutes ces données et de les rendre publiques. Il estime que ce qui est fait actuellement sur le PMSI pourrait être étendu à l'ensemble des établissements hospitaliers assez simplement : les données existent, la partie conceptuelle est faite.

M. CHARRAUD revient sur les programmes des autres fournisseurs d'information, notamment les caisses. Les thèmes principaux sont axés cette année sur la fiabilisation des données.

La **CNAM** met en place le système national interrégimes de l'assurance maladie. Les efforts portent sur la mise en cohérence d'un système d'information unifié tout en maintenant l'exploitation des chaînes antérieures. Cet effort est indispensable pour connaître les dépenses de tous les assurés et ayant-droit par niveau géographique, par nature, par catégorie de professionnels. Cette évolution devrait permettre de suivre, de façon plus fiable, à un rythme infra annuel, les enveloppes de dépenses directes et les enveloppes de prescriptions par secteur et spécialités pour les professionnels libéraux

Pour la **CNAF**, l'objectif est également d'améliorer le système statistique en achevant de moderniser le système de gestion. Elle développe des statistiques de bénéficiaires d'action sociale. Ce programme et celui de la DREES, plutôt orienté vers les collectivités territoriales, permettront de mieux connaître ces publics.

Pour la **CNAV**, l'année 2000 est une année charnière dans un schéma de moyen terme. Cette année, le programme est marqué par des travaux de projection et de modélisation, ils convergent également avec le programme de la DREES, qui a consacré des efforts sur les coûts et les bénéficiaires des retraites futures, à la suite du rapport Charpin.

## 2 . Débat

M. TONNELIER précise que les programmes du CREDES sont pluriannuels et qu'il n'est pas prévu de nouveautés en 2000. C'est raison pour laquelle, le CREDES n'a pas fourni ses programmes pour l'an 2000. Le CREDES s'inscrit dans un certain nombre de projets qui ont été cités tels que le PMSI et la fiabilisation du SNIR.

M. CHARRAUD rappelle l'importance des statistiques du CREDES, d'autant plus que nous sommes en fin de période par rapport à l'enquête santé décennale et qu'en matière de consommation médicale et de pratiques de soins et d'assurances, les seules sources disponibles sont celles du CREDES.

M. de KERVASDOUÉ souligne la qualité des études du CREDES qui exploite les données des autres organismes et demande que dorénavant son programme soit bien présenté à la formation. Il s'inquiète des incertitudes sur l'enquête décennale santé de l'INSEE.

M. MORMICHE précise que, depuis 1960, l'INSEE réalise traditionnellement une enquête décennale. La société s'est médicalisée pour des raisons démographiques, financières et d'évolution du mode de vie. La question se pose donc aujourd'hui non seulement de la périodicité de l'enquête mais surtout de son adéquation aux besoins actuels. Cette enquête est maintenant devenue une enquête de référence, elle a été conçue en 1965-1966, est-elle adaptée aux besoins actuels ? Face à cette question, l'INSEE pense qu'il est nécessaire, avant de lancer l'enquête, qu'un spécialiste vienne animer une réflexion à l'INSEE sur ce qui est attendu de ce type d'opération. Comment ont évolué les informations qui sortent des systèmes, notamment que va fournir la carte VITALE 2 et à quelle échéance ? La politique de santé a évolué également, les informations nécessaires sont-elles les mêmes ?

Une personne de l'INSERM va commencer à travailler début 2000, la première année sera consacrée à faire le bilan des besoins et de l'évolution des méthodes au plan international (enquêtes par coupes ou par cohortes longitudinales). La suite dépendra du financement. La dernière enquête santé a coûté entre 35 et 40 millions de francs au total dont 3,5 millions de contributions extérieures.

M. de KERVASDOUÉ regrette que l'INSEE et l'INSERM annoncent aujourd'hui qu'ils s'interrogent sur la poursuite de cette enquête ancienne. Il pense que l'enquête actuelle est tout à fait utilisable et que même si les questions évoquées sont essentielles, le délai de réponse est incompatible avec l'urgence du besoin de données. Il lui paraît nécessaire de débattre de ces questions et de faire évoluer l'enquête mais il pense qu'il n'est pas possible d'attendre une maquette fin 2000 pour lancer une étude en 2002 et avoir des premiers résultats en 2005. Il souhaite qu'une enquête revue à la marge soit lancée l'année prochaine et que la réflexion sur la manière d'améliorer cet outil soit lancée dès cette année. En ce qui concerne le coût élevé de l'enquête, il fait remarquer que la somme est ridicule par rapport aux enjeux des informations fournies, les erreurs de décisions politiques se chiffrant des milliards.

M. BADEYAN indique que le ministère de la santé soutient le point de vue exprimé par le président ; il paraît impossible d'attendre plus longtemps. Par exemple dans le dernier rapport du haut comité de la santé publique, nombre de données de cadrage indispensables proviennent de l'enquête décennale malgré les apports de l'enquête du CREDES. Des travaux importants se déroulent actuellement au niveau de l'OMS ou de l'union européenne, il existe des programmes européens de développement de systèmes d'informations auxquels la France participe. Des groupes travaillent déjà sur la compilation des expériences internationales ce qui permettra d'en profiter relativement vite. Le schéma logique serait de faire la même chose que pour le recensement de la population c'est à dire de faire une dernière enquête décennale avant d'innover.

M. de KERVASDOUÉ rappelle que le gouvernement doit remettre chaque année au parlement un rapport sur l'état de santé et qu'il sera difficile d'utiliser encore longtemps les chiffres de 1990.

Mme FONTAINE ajoute que les politiques de santé se régionalisent, qu'il est dommage de ne pas essayer soit pour cette dernière enquête, soit pour les suivantes de penser à une enquête qui fournirait des résultats au niveau régional. De telles informations manquent actuellement beaucoup.

M. COSTES indique qu'un groupe de travail a réfléchi à la cohérence des systèmes d'information notamment sur les consommations de produits psycho-actifs. Il apparaît que l'enquête santé est un point d'ancrage évident. L'OFDT serait prêt à participer au financement de l'enquête.

M. WANNEPAIN précise que les décisions des parlementaires doivent reposer sur des éléments concrets. Il convient de leur fournir des éléments autres que des équilibres strictement financiers.

M. MORMICHE pense qu'il serait souhaitable de réaliser une enquête santé plus fréquemment et qui donnerait des informations régionales voire départementales. Les Etats-Unis font une enquête un peu comparable, 100 000 personnes sont enquêtées par année, soit 1 million tous les 10 ans, en France 20 000 personnes sont interrogées. L'INSEE a pour argument que l'enquête Handicaps, enquête lourde, est réalisée actuellement. Cette enquête mobilise beaucoup d'enquêteurs, de temps et de ressources ; elle se terminera fin 2001.

Pour les besoins régionaux, le dilemme est le suivant : soit faire une enquête nationale sur un échantillon de 20 ou 30 000 personnes qui n'a aucune représentativité au niveau régional, soit essayer d'obtenir une représentativité régionale mais l'enquête ne peut pas être financée.

L'enquête HID étudie des méthodes permettant de résoudre ce problème : l'échantillon est national mais d'autres données (méthodes d'estimations sur petits domaines) permettent de fournir aux conseils régionaux et généraux des éléments d'informations régionaux. Cette méthode ne sera pas applicable à l'enquête santé avant 2 ans environ.

M. de KERVASDOUÉ s'inquiète, il est anormal que sur un tel secteur (santé, vieillesse, famille) représentant environ 20% du PIB, si peu de moyens soient consacrés aux statistiques. Le rôle de la formation est d'attirer l'attention du gouvernement sur les difficultés. Il se propose d'écrire à ce sujet au directeur général de l'INSEE avec copie au ministre.

M. RALLE revient sur l'aspect régional des demandes. La remarque de M. MORMICHE lui paraît parfaitement justifiée ; les enquêtes permettant de faire des mesures statistiques au niveau national sont lourdes et coûteuses, les acteurs revendiquent la même qualité d'information au niveau local où les décisions sont prises. Or le coût de la représentativité au niveau local est prohibitif, le problème se posera sur tous les sujets santé/solidarité. Il faut approfondir les méthodes statistiques pour obtenir des résultats à un niveau satisfaisant au plan politique. Les Français ne sont pas si différents d'une région à une autre après correction des effets de structure (âge, revenus, types de famille) !

M. de KERVASDOUÉ pense que le coût est prohibitif en valeur absolue mais pas en valeur relative. Ce débat est important mais il ne faut pas le lancer aujourd'hui sur le fond. Il propose de reprendre l'enquête décennale traditionnelle, de regarder l'ensemble des enquêtes sur la santé de mettre en place un groupe de travail.

M. RALLE souligne que la DREES est évidemment favorable à ce qu'il y ait une enquête santé.

M. CHARRAUD ne veut pas sacrifier le projet national pour satisfaire des demandes régionales trop ambitieuses. Des solutions existent sans alourdir l'échantillon. Outre les solutions évoquées par P. MORMICHE et P. RALLE, l'INSEE envisage de remplacer l'enquête santé par des volets complémentaires accrochés au recensement en continu. Pour le réseau d'enquêteurs, des arbitrages sont possibles avec d'autres domaines. En ce qui concerne le financement, la DREES sera en mesure de participer de façon plus importante à l'enquête.

M. MORMICHE indique que dans le cadre de l'enquête sur les sans abri de l'INSEE, il est prévu d'intégrer un module spécifique concernant les conséquences des pathologies. Mme AMIEL précise que cette enquête doit avoir lieu au début de l'année 2001.

M. BOUGEANT souhaiterait connaître les motivations de la DREES pour chercher à retracer le coût de certaines pathologies liées à des comportements spécifiques (accidents, alcoolisme, tabac). Il s'inquiète de l'interrogation possible sur la prise en charge des soins liés à ces comportements.

M. de KERVASDOUÉ partage cette inquiétude méthodologique et politique sur le coût du tabagisme et de l'alcoolisme. Il existe un danger réel d'une utilisation simpliste de ces données. On oublie trop souvent de les comparer aux coûts que généreraient ces personnes si elles n'étaient pas atteintes de ces habitudes et n'en subissaient pas les conséquences sanitaires. Or les alcooliques meurent plus jeunes et coûtent un peu plus que les autres et les tabagiques meurent également plus jeunes et coûtent moins.

M. BARGE précise que l'idée est d'analyser les dépenses par grandes familles de pathologies, l'objectif étant une décomposition des comptes de la santé. Ce projet devrait avancer en partenariat avec le CREDES qui a déjà commencé des travaux dans ce sens.

### 3 . Examen des projets d'enquêtes pour avis d'opportunité

#### Enquête auprès des usagers de l'hôpital (M. GADEL)

La DREES souhaite réaliser des enquêtes auprès des usagers des établissements de santé ou des établissements sociaux. L'objectif est de disposer d'une information sur la consommation de l'offre de soins, qui n'existe pas actuellement. Les patients seront interrogés directement pour connaître leurs caractéristiques et leurs motivations.

L'enquête s'intéressera au motif de recours, au choix public/privé, à la trajectoire des patients. Il sera possible de s'intéresser à une population particulière, adolescents ou personnes âgées.

Cette enquête s'insère dans un programme pluriannuel, la première enquête va concerner soit les personnes s'adressant aux services d'urgence, soit celles qui fréquentent les consultations externes, notamment pour analyser les raisons de l'augmentation de la fréquentation de ces services. 2 000 à 3 000 personnes seront interrogées en sélectionnant un certain nombre d'établissements et de patients sur l'ensemble du champ public/privé (environ 4 000 unités). La forme de l'interrogation n'est pas encore déterminée.

Le président note que les hôpitaux dépensent énormément d'argent pour des enquêtes de satisfaction auprès de leurs patients. Il se demande quelle sera la valeur ajoutée de cette enquête.

M. LENORMAND signale que la CNAM envisage des enquêtes sur le thème des transferts entre médecine de ville et hôpital. La CNAM a modifié son système d'information dès 1999 pour fournir des données aux URCAM et aux ARH. Ces organismes pourront procéder à des enquêtes auprès des établissements où les prescriptions se développent de façon importante. Il serait bon de coupler l'enquête auprès des usagers (DREES) à celle auprès des établissements (CNAM).

M. CHARRAUD précise l'idée de la DREES : il existe beaucoup de statistiques relatives au système d'offre de soins, au contraire, il y a très peu d'observations du côté des usagers. L'idée est de monter progressivement un système d'observation s'intéressant aux usagers et aux raisons de leur choix pour la filière de soins.

M. de KERVASDOUÉ propose que la formation donne un avis d'opportunité favorable sous réserve de consulter les fédérations hospitalières publiques et privées ainsi que la CNAM, chargée d'une mission sensiblement identique.

M. WANNEPAIN souligne qu'il faut définir sans ambiguïté s'il s'agit de services d'urgence ou de consultations externes. M. BARGE explique que l'idée est de concevoir un système permettant de couvrir sur plusieurs années l'ensemble de l'hospitalisation, le cas des urgences est un exemple.

M. DUBOIS remarque que les usagers de l'hôpital sont les patients mais aussi les professionnels de santé. A côté de l'indice synthétique d'activité, il faudrait connaître l'indice de satisfaction des acteurs de santé, comprenant les personnes hospitalisées et les professionnels de santé.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** pour cette enquête (cf. avis d'opportunité joint p 20).

#### Prévalence des problèmes d'alcool parmi les hospitalisés (M. BADEYAN)

Cette enquête répond aux demandes des autorités sanitaires. Dans les sources hospitalières, les données sur les pathologies directement liées à l'alcoolisme sont disponibles mais toutes les pathologies ayant pour cause initiale ou collatérale l'alcoolisme ne sont pas repérées. De plus, certains patients qui viennent pour une pathologie quelconque présentent un état alcoolique.

Cette enquête présente deux aspects : mieux connaître les phénomènes d'alcoolisation et mieux savoir comment ces problèmes sont pris en charge au sein des services hospitaliers. Elle prend appui sur des enquêtes locales (Yvelines, Auvergne), qui se sont déroulées selon le même schéma : un jour

donné dans les établissements hospitaliers. Elles montrent qu'il y a une sous-estimation importante du problème d'alcoolisme. L'enquête nationale présente un intérêt car il y a des résultats différents selon les régions.

L'entretien ne doit pas dépasser 10 minutes par patient. L'échantillon relativement important de 50 000 personnes permettra d'avoir une répartition en fonction des pathologies des personnes hospitalisées et des différents services.

Cette enquête devrait démarrer au dernier trimestre 1999 et la collecte devrait être réalisée au début du deuxième trimestre 2000.

Mme FONTAINE demande s'il ne serait pas possible de privilégier dans l'échantillon, les établissements des régions où l'alcoolisme est une priorité de santé publique.

M. BADEYAN souligne que l'enquête a été réalisée en Auvergne car il y avait un programme régional de santé. Il est possible de surreprésenter certaines régions et la FNORS peut être associée au comité de pilotage.

M. de JOUVENCEL demande si cette enquête appartient bien au champ des enquêtes statistiques loi de 1951. Il s'agit de collecter des renseignements à partir de dossiers médicaux éventuellement complétés par quelques entretiens avec les patients. Le dossier médical ne constitue pas un questionnaire statistique. Sans remettre en cause l'intérêt de ce travail, il s'agit plutôt d'une collecte administrative réalisée par du personnel hospitalier à l'intérieur même de la structure. Il semble qu'il s'agisse d'une exploitation statistique de données administratives, plutôt que d'une enquête devant passer par les procédures du CNIS.

M. BADEYAN précise qu'un entretien avec le patient aura quand même lieu dans un certain nombre de cas. Les patients hospitalisés pour une crise alcoolique aiguë ne seront pas interrogés mais l'intérêt est d'interroger tous les patients dans le service concerné même ceux qui ne sont pas reconnus en alcoolisation excessive.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** pour cette enquête (cf. avis d'opportunité joint p 21).

### **Enquête rénovée auprès des mutuelles**

M. CHARRAUD signale que cette enquête, telle qu'elle est présentée actuellement, est de caractère administratif. Elle est mise en place notamment pour instruire la commission de contrôle des mutuelles. Une extension sera présentée par la suite et fera peut-être l'objet d'un avis d'opportunité.

M. BARGE propose de représenter le projet de rénovation de l'enquête, pour éviter les confusions. L'enquête mutuelle actuelle est de nature administrative, elle s'appuie sur le code de la mutualité qui fait obligation aux mutuelles de remettre leurs documents comptables au ministère. Dans le futur, il s'agira de recueillir des informations sur la nature des contrats et les populations couvertes par la couverture complémentaire pour en faire des exploitations statistiques.

M. de KERVASDOUÉ suggère de préparer cette enquête avec les mutuelles et les institutions de prévoyance et de voir avec la formation correspondante du CNIS la possibilité de mettre en oeuvre une enquête symétrique pour les assurances. Il ne voit pas comment donner une information aux mutuelles sans donner la même information aux assurances. Il précise que le projet prévoyait d'étendre l'enquête dans un second temps aux compagnies d'assurance.

M. PUIG précise que cette enquête est retirée à la demande de la DREES compte tenu de l'ambiguïté de son statut. Aujourd'hui, parallèlement aux enquêtes loi de 1951 et aux exploitations administratives, se développent des opérations qui se situent à la frontière des deux et qui posent des problèmes de statut. Une réflexion se poursuit au sein du CNIS pour déterminer de façon claire les critères qui permettent de dire qu'une enquête relève de la loi de 1951 et donc d'un avis d'opportunité du CNIS. L'an prochain, il devrait être possible de présenter ces critères.

### **Enquête sur les bénéficiaires et les demandeurs de la prestation spécifique dépendance à domicile (M. RALLE)**

L'objectif de l'enquête est de mieux connaître les caractéristiques des demandeurs et des bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance (PSD) mise en place en 1997 et qui concerne environ 100 000 personnes.

L'enquête se déroulera en deux temps : d'une part un échantillon de conseils généraux qui transmettraient des informations sur deux mois (pour avoir environ 8 000 dossiers), d'autre part un échantillon de 2 000 bénéficiaires de la PSD. Les expériences montrent que l'opération est relativement compliquée. Il faut donc absolument passer par des enquêteurs et tirer les enseignements des autres expériences.

M. MORMICHE souligne qu'il y a des interrogations sur la PSD à différents niveaux. Il serait peut-être utile de joindre un petit questionnaire sur le niveau d'incapacité des personnes, qui permettrait d'examiner l'évolution dans le temps de la dépendance, les différences selon le sexe ou l'âge, le milieu social, etc...

M. de JOUVENCEL remarque que l'enquête est prévue en même temps que la première vague de l'enquête HID auprès des ménages. La probabilité qu'un ménage se trouve dans les deux échantillons doit être faible mais il faudrait associer l'INSEE à la réflexion pour éviter les risques de chevauchements des opérations.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** pour cette enquête (cf. avis d'opportunité joint p 22).

### **Enquête auprès de la clientèle des services d'aide aux personnes à domicile (M. RALLE)**

L'enquête auprès des structures d'aide aux personnes à domicile (SAPAD), qui a déjà été présentée à la formation, sera réalisée d'ici fin 1999 ; elle permet de recueillir les caractéristiques socio-économiques des usagers de ces services. Elle couvre un champ de 5 000 services environ (l'enquête permettra aussi un recensement du champ) et on pense qu'il y aura environ 1 million de bénéficiaires. Il est proposé aujourd'hui une enquête auprès d'un échantillon de bénéficiaires, distincte de l'enquête sur les structures qui poserait des questions tout à fait proches de celles sur la PSD.

M. de JOUVENCEL demande si les bénéficiaires qui seront interrogés savent quand ils sont recensés parmi la clientèle des services d'aide aux personnes à domicile qu'ils risquent de devoir répondre à cette enquête. Sinon, il faudrait se mettre en règle avec la CNIL assez vite. M. RALLE répond que la démarche avec la CNIL sera faite.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** pour cette enquête (cf. avis d'opportunité joint p 23).

### **Enquête sur la santé et les consommations : appel de préparation à la défense ; Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (M. COSTES)**

L'observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) est un groupement d'intérêt public (GIP) qui a été créé par arrêté en mars 1993 mais mis en place fin 1995. Le GIP est administré par un conseil d'administration auquel participent les ministères en charge de la lutte contre la drogue et la toxicomanie (ministère de l'emploi et de la solidarité, ministère de l'intérieur, ministère de la défense, ministère de la justice, ministère de la jeunesse et des sports, ministère de l'éducation nationale) et la mission interministérielle à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT). Le GIP a également un collège scientifique auquel participent les grands services producteurs d'indicateurs (DREES, INSEE, INSERM) et dix experts nommés à titre personnel.

Les orientations de travail de l'observatoire pour les trois années à venir sont les suivantes :

- veille et amélioration des indicateurs, en concertation avec les services statistiques des ministères,
- mise en place d'un dispositif en réseau de surveillance des tendances récentes,
- évaluation des politiques publiques dans le domaine.

Le champ a été élargi depuis la fin de l'année 1998 à celui de l'ensemble des substances psychoactives, à la fois, drogues illicites mais également alcool, médicaments psychotropes et tabac. Les enquêtes présentées ici sont l'aboutissement d'un travail de trois ans sur la mobilisation des indicateurs et l'état des lieux.

Le système d'information français en matière d'usage de produits psychoactifs ne comporte pas de dispositif pérenne d'observation des consommations. Des indicateurs indirects existent, on connaît les usagers à travers leur prise en charge sanitaire ou répressive mais peu sur leur consommation réelle. Les enquêtes en population générale donnent également une vision déformée, elles sont souvent de nature déclarative ce qui entraîne des biais entre consommation réelle et déclarée.

Le collège scientifique a donné des orientations de travail : mettre en place un dispositif relativement léger qui vienne se greffer sur les enquêtes existantes. Ces modules d'interrogation doivent être cohérents avec des modules européens, l'observatoire français participant à un réseau européen (l'observatoire européen des drogues et toxicomanies).

Pour les trois années à venir quatre enquêtes seront mises en place.

- Le baromètre santé dont la maîtrise d'œuvre est assurée par le CFES.
- Les baromètres jeunes et adultes seront fusionnés en 1999, la population concernée sera celle des 15 à 75 ans. L'échantillon sera étendu à 15 000 individus au lieu de 2 000. Le volet portera sur les consommations de produits psychoactifs.

Par ailleurs, il a semblé intéressant de cibler les populations plus jeunes ce qui a conduit à deux autres projets :

- Le premier est en cours selon un protocole européen. l'enquête est menée avec l'INSERM en milieu scolaire, sur un échantillon de 14 000 enfants scolarisés dans le public ou privé de la quatrième à la terminale. Elle sera effectuée tous les quatre ans.

- Le second projet, consiste à profiter de la journée de préparation à la défense pour proposer un questionnaire léger (10 à 15 minutes) sur les consommations. Il s'agit de disposer d'un instrument permettant de dégager des tendances sur l'évolution des consommations des produits psychoactifs. (Il existait un système géré par le service de santé des armées qui s'appelait APETOX qui comparait les résultats d'une enquête déclarative et d'une analyse d'urine, ce qui permettait de croiser les déclarations et les tests biochimiques). L'enquête permettra de cerner les prévalences des consommations, l'âge de début de consommation et la perception des risques. Elle comportera des questions sur la santé et les conditions de vie.

La préparation de l'enquête s'est faite au sein du groupe de pilotage du collège scientifique en associant la DREES, la DGS, le comité de santé publique, le CFES et l'INSERM. Le questionnaire est anonyme et ne repère ni la date de naissance, ni le lieu de résidence.

Mme FONTAINE demande si cette enquête permettra des utilisations régionales et si le ministère de la défense a donné son accord.

M. COSTES précise qu'il sera possible de faire une exploitation au niveau régional. Il n'y aura pas d'exploitation au lieu du domicile. L'opération est complexe, le ministère de la défense a donné un accord de principe, l'accord définitif sur le protocole ne devrait pas tarder.

M. de JOUVENCEL indique que le comité du label s'interroge sur cette enquête réalisée auprès d'une population particulière dans le contexte particulier de la journée de préparation à la défense. Il semble que beaucoup de statisticiens aient envie de greffer des enquêtes sur cette journée, le ministère de la défense n'acceptera peut-être pas tous les projets. De plus, cette population est placée dans un contexte particulier, ce sont des militaires qui distribuent les questionnaires. L'anonymat est garanti dans le questionnaire, mais il sera connu qu'il s'agit de personnes qui sont passées un jour donné dans un centre donné. Le dossier à faire pour le comité du label devra être très précis.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** pour ces enquêtes (cf. avis d'opportunité joints p 24 et 25).

### **Enquête nationale sur les handicaps, les incapacités et la dépendance (HID) : seconde interrogation des personnes vivant en institution (M. MORMICHE)**

Il s'agit du second passage prévu pour la fin 2000 auprès des personnes déjà interrogées en 1998. Le handicap est un processus. Il est important d'analyser les flux d'entrée et de sortie pour faire des prévisions et il est donc nécessaire d'effectuer un deuxième passage.

M. de JOUVENCEL souhaite des précisions quant au niveau de la diffusion des résultats, la fiche de présentation ne mentionne que les partenaires financiers et les chercheurs.

M. MORMICHE précise que l'INSEE n'avait pas les moyens de mener par lui-même cette enquête. Un support financier important (environ 20 millions de francs) a été obtenu grâce, en particulier, à l'appui du CNIS. La contrepartie est de garantir à tous les financeurs la possibilité d'exploiter le fichier avec l'INSEE pendant un an, ensuite les données seront accessibles à tous. D'ici là, des publications seront diffusées, la première devrait l'être le mois prochain.

L'**avis d'opportunité** a déjà été donné lors de la présentation globale du projet.

## V - GROUPES DE TRAVAIL

### Professions de santé : état des travaux

M. CHARRAUD indique que le groupe a été mis en place dans le cadre du SESI, Mme GOTTELY, en étant le rapporteur. Le groupe s'est réuni une fois et a abouti à un compte rendu présentant les sources. La deuxième réunion devait se dérouler en octobre ou novembre 1998, époque où il y avait beaucoup d'incertitudes quant aux modalités de création de la DREES. Une enquête intermédiaire avait également été lancée auprès des membres du groupe pour obtenir des sources d'information complémentaires au travail de Mme GOTTELY. Cette enquête n'a reçu qu'une seule réponse.

M. CHARRAUD propose de relancer les travaux du groupe. M. NIEL, nouveau rapporteur, indique qu'il n'est pas nécessaire de refaire l'inventaire des besoins. Il propose de rédiger une publication annuelle, avant les commissions qui fixent les quotas de ces professions. Il envisage le format de " 4 pages " pour chaque profession. Ainsi, tous les acteurs disposeront régulièrement des statistiques globales, avec des explications sur le champ couvert et les définitions.

M. de KERVASDOUÉ s'inquiète du format de " 4 pages ". M. NIEL précise que les statistiques annuelles paraissant actuellement ne sont pas bien connues du public et des professionnels. Le " 4 pages " constituera un produit d'appel qui permettra une diffusion large.

Le président souhaite avoir des détails sur la nature des informations publiées et leur mode d'accès. La suggestion de publier chaque année des statistiques est bonne, cependant les partenaires ont besoin d'un niveau de détail qu'il est important de définir en commun. Il souhaite que le groupe propose après les réunions de travail, les différentes statistiques à publier et leur périodicité.

M. NIEL indique qu'une consultation a été faite auprès de tous les organismes concernés ; c'est cette opération qui a échoué.

M. de KERVASDOUÉ suggère d'inviter les différents partenaires de manière très formelle à une réunion qui permettrait d'examiner le détail utile et la cohérence entre les sources.

M. NIEL note les lacunes du système qui concernent principalement le système public hospitalier : aucune source exhaustive par spécialité. Il va falloir lancer des opérations ponctuelles pour avoir une idée de la structure du corps médical, en collaboration également avec l'ordre des médecins.

Une autre lacune concerne les trajectoires des médecins et leur activité. Ce qui demandera peut-être de lancer en collaboration avec la CNAM une opération auprès des généralistes qui sont suivis dans le panel pour décrire leur activité.

M. de KERVASDOUÉ propose que chaque année aux réunions du CNIS, un compte rendu des travaux sur les professions de santé soit présenté. Il propose d'autre part que le groupe de travail se réunisse au moins deux fois par an, ce qui maintiendrait une relation opérationnelle entre offre et demande de statistique.

M. PUIG précise que les groupes du CNIS sont toujours temporaires, ils examinent un problème et proposent des solutions. La première réunion peut se dérouler dans la structure du CNIS tant que le régime de croisière n'est pas atteint, ensuite la DREES devra prendre le relais.

M. CHARRAUD propose que la prochaine réunion soit dans le cadre du CNIS, et que la suite à donner fasse partie du rapport.

M. DUBOIS souhaite que la première réunion soit consacrée aux définitions car la disparité des chiffres tient à des définitions différentes. Par exemple, la CNAM avait huit catégories de médecins généralistes, elle en garde trois actuellement. Pour faire de la prospective, il faut se mettre d'accord sur les dénominations.

M. de KERVASDOUÉ pense que les catégories ne sont pas anodines. Certaines spécialités sont reconnues et d'autres non. Il existe des catégories pour l'ordre, pour les caisses, pour le ministère de l'éducation nationale. Il est important de mettre un peu d'ordre et de savoir passer d'une catégorie à une autre car il est impossible d'avoir une source unique.

Le président souhaite que les utilisateurs soient consultés sur le sujet pendant que le groupe fait encore partie du CNIS. A l'avenir ce groupe sera un groupe de travail permanent de la DREES.

### **État de santé de la population : lancement du groupe (M. BADEYAN)**

La proposition est de procéder à l'organisation d'un colloque : dans un premier temps en s'appuyant sur les travaux existants tel que le rapport du groupe de travail que le haut comité de la santé publique avait réuni en 1994. Il faudra faire le point des progrès réalisés pendant cette période et des insuffisances, en prenant contact avec les différents producteurs de chiffres. Cela permettra d'alimenter un rapport et d'avoir ensuite un débat au colloque qui pourrait avoir lieu à l'automne.

Il est proposé de faire suivre ce débat par une table ronde axée sur les besoins avec les acteurs du domaine. L'idée est de prendre appui sur ce qui a pu remonter, par exemple, des états généraux de la santé. Les actes de ce colloque pourraient constituer un pré-rapport qui serait discuté dans une deuxième étape pour aboutir à un rapport final intégrant la discussion.

La seconde séance pourrait présenter une partie internationale en prenant appui sur les travaux des OMS et de l'union européenne. Les promoteurs de ce programme pourraient être invités ainsi que les instituts particulièrement actifs dans ce domaine.

M. de KERVASDOUÉ pense que ce sujet est un sujet majeur. Chaque année avant la préparation de la loi sur la sécurité sociale, le parlement doit recevoir un rapport sur l'état de santé. Il serait intéressant de savoir qui donne (en dehors des statistiques de mortalité qui sont connues) des statistiques sur l'état de santé de la population, avec quelle fréquence et quelle qualité.

Il serait également utile de décrire l'appareil statistique des pays les plus avancés sur le sujet et de débattre de la façon de passer de la situation française à celle de ces pays.

Il serait intéressant de bien connaître les sources françaises, de les décrire avec précision, puis de débattre avec les différentes parties (Caisse d'assurance maladie, syndicats médicaux, personnes en charge de la politique de santé, ARH, ...) sur le moyen d'améliorer la situation française.

Le président pense qu'il n'y a pas de sujet plus important en politique de santé que la description de l'état de santé. Le sujet mérite d'y consacrer du temps, il est urgent de s'atteler à cette tâche.

M. MORMICHE signale qu'à la demande de l'INSERM, le CREDES a fait une revue sur l'état de santé de la population de plus de 65 ans, parue aux éditions de l'INSERM. Toutes les sources y sont recensées en France et à l'étranger, essentiellement en Europe.

## **VI - PROJET D'AVIS DE LA FORMATION**

Les participants discutent du projet d'avis qui sera soumis à l'Assemblée plénière du CNIS.

---

### **Adoption du compte rendu**

Rédactrices : Marie-Adrienne CUIRIN et Françoise CAVALIER

Le présent compte rendu sera modifié en fonction des observations que vous voudrez bien faire parvenir au Secrétariat du CNIS avant le 30 novembre 1999. Ces modifications seront prises en compte dans le rapport annuel d'activité 1999.

---

DOCUMENTS PREPARATOIRES OU DISTRIBUES EN SEANCE

---

- 1 - Extrait du rapport du CNIS n°48 : Avis sur les programmes 1999
- 2 - Avant-projets de programmes statistiques pour 2000
- 3 - Avant-projets de programmes statistiques pour 2000 - CNAM (distribué en séance)
- 4 - Avant-projets de programmes statistiques pour 2000 - CNAF (distribué en séance)

## AVIS D'OPPORTUNITÉ



Paris, le 9 novembre 1999 n°356/D130

**AVIS D'OPPORTUNITÉ**  
**Enquête auprès des usagers de l'hôpital**

---

*Programme* : 2000

*Emetteur* : Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES

Au cours de sa réunion du 11 mai 1999, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence.

Cette enquête vise à compléter l'analyse de l'offre de soins des établissements de santé, tant publics que privés, par des informations sur les populations qui ont recours à ces établissements.

Il s'agit de collecter des données qualitatives et quantitatives sur l'origine et les trajectoires des patients (notamment pour percevoir les liens et mesurer les transferts entre la médecine de ville et l'hôpital), les modalités de choix de l'établissement (public ou privé), ainsi que la qualité perçue des prescriptions hospitalières, en rapport avec les pathologies traitées.

L'objectif est de mettre en place un programme d'enquêtes pluriannuel, qui s'adresserait successivement aux usagers des différentes spécialités et services de l'offre hospitalière, le premier volet se consacrant soit aux services d'urgence, soit aux consultations externes.

L'enquête se déroulera auprès d'un échantillon de 2 000 à 3 000 usagers des établissements de santé de France métropolitaine, accueillis une semaine donnée.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** pour ce projet, sous réserve d'une consultation des fédérations hospitalières publiques et privées ainsi que de la CNAM qui envisage des études sur des thèmes proches.

Paris, le 9 novembre 1999 n°354/D130

## AVIS D'OPPORTUNITÉ

### Prévalence des problèmes d'alcool parmi les hospitalisés

---

*Programme* : 2000

*Emetteur* : Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES

Au cours de sa réunion du 11 mai 1999, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence.

L'objectif de cette enquête est d'obtenir une meilleure connaissance des niveaux d'alcoolisation excessive, fortement sous-estimés, en vue d'en tirer les conséquences nécessaires en termes d'activité hospitalière comme de suivi au sortir de l'hospitalisation.

L'enquête abordera l'organisation des services en lien avec la prise en charge de l'alcoolisme, l'alcoolisation excessive des patients, le lien entre l'hospitalisation et l'alcoolisme ainsi que les pathologies liées à l'alcoolisme.

Elle concernera un échantillon de 50 000 patients présents un jour donné dans les établissements de court, moyen et long séjour. Elle se déroulera dans le courant du premier semestre 2000.

Le questionnaire sera renseigné à partir du dossier médical et par interrogation directe du patient dans certains cas, pour un temps de remplissage ne dépassant pas 10 minutes.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** pour cette enquête.

Paris, le 9 novembre 1999 n°357/D130

## AVIS D'OPPORTUNITÉ

### Enquête sur les bénéficiaires et demandeurs de la prestation spécifique dépendance (PSD) à domicile

---

*Programme* : 1999

*Emetteur* : Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES

Au cours de sa réunion du 11 mai 1999, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence.

Cette enquête vise à mieux connaître les caractéristiques des demandeurs et des bénéficiaires de la prestation spécifique dépendance (mise en place en 1997). Elle permettra d'apprécier les améliorations ou évolutions apportées par cette nouvelle prestation par rapport à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP).

L'enquête abordera les caractéristiques socio-démographiques des demandeurs et des bénéficiaires, le montant des aides reçues, l'utilisation de la prestation, ainsi que la satisfaction des besoins à l'aide de cette prestation.

Elle se déroulera en deux phases :

- La première, prévue au deuxième trimestre 1999, portera sur un échantillon de 40 Conseils généraux interrogés sur deux mois de décisions (soit environ 8 000 dossiers). Elle se limitera à un relevé des informations figurant dans les dossiers de demandes d'attribution de la PSD.

- La seconde, prévue au deuxième trimestre 1999, concernera un échantillon de 2 000 bénéficiaires de la PSD. Elle se déroulera par enquêteur pour un temps de réponse au questionnaire de 30 à 40 minutes.

La formation recommande une coordination avec l'INSEE afin d'éviter que l'enquête auprès des bénéficiaires ne soit réalisée au même moment que la première vague de l'enquête Handicaps, incapacités, dépendance en ménages ordinaires.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** pour cette enquête.

Paris, le 9 novembre 1999 n°358/D130

## AVIS D'OPPORTUNITÉ

### Enquête auprès de la clientèle des services d'aide aux personnes à domicile

---

*Programme* : 1999

*Emetteur* : Ministère de l'emploi et de la solidarité, DREES

Au cours de sa réunion du 11 mai 1999, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence.

Cette enquête vise à recueillir les caractéristiques socio-démographiques des personnes faisant appel à des services d'aide à domicile (personnes âgées, personnes handicapées, familles), ainsi que des informations sur leurs conditions de vie, leur environnement et leurs revenus. Elle permettra de mieux appréhender leur profil et leurs besoins de manière à adapter les actions à mener.

Cette enquête complète l'enquête sur les structures d'aide aux personnes à domicile (SAPAD), qui porte sur l'activité et le personnel de ces services.

La collecte aura lieu en novembre 1999 auprès d'un échantillon de 2 000 à 3 000 personnes faisant appel aux services d'aide à domicile et sera réalisée par visite (45 minutes) et/ou par téléphone (20 minutes).

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** pour cette enquête.

Paris, le 9 novembre 1999 n°359/D130

## AVIS D'OPPORTUNITÉ

### Enquête sur la santé et les consommations : Appel de préparation à la défense (ESCAPAD)

---

*Programme* : 1999

*Emetteur* : Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Au cours de sa réunion du 11 mai 1999, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence.

Cette enquête fournira des indicateurs sur la santé et les conditions de vie des jeunes. Elle permettra de connaître la prévalence de consommation des différentes drogues (licites et illicites), les âges de début de consommation de ces drogues et la perception sur les risques liés aux substances, ainsi que d'identifier certaines caractéristiques liées à ces pratiques.

Elle renseignera sur les tendances émergentes et offrira un suivi très réactif des évolutions sur une population qui est particulièrement concernée.

L'enquête aura lieu au dernier trimestre 1999 et devrait être de périodicité annuelle.

Elle concernera l'ensemble des individus appelés sur une journée donnée d'Appel de préparation à la défense sur la France entière.

Le temps de réponse au questionnaire est de 10 minutes en moyenne.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** pour cette enquête.

Paris, le 28 mai 1999 n° 169/D130

## AVIS D'OPPORTUNITÉ

### Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes (EROPP)

---

*Programme : 1999*

*Emetteur : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT)*

Au cours de sa réunion du 11 mai 1999, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence.

Cette enquête, qui devrait être de périodicité annuelle, permettra de saisir les perceptions et l'opinion de la population sur l'usage de drogue et la toxicomanie, et de mesurer les variations d'opinion des ménages, par rapport au comportement et à la proximité des produits et de suivre l'évolution de ces perceptions et opinions.

Les principaux thèmes abordés par le questionnement porteront sur les caractéristiques démographiques des personnes interrogées; sur leur perception du caractère dangereux et des risques liés aux produits; sur la perception des toxicomanes dépendants; sur l'opinion des personnes en matière de politiques publiques dans ce domaine.

L'échantillon de l'enquête sera constitué par tirage de ménages dans les listes de l'annuaire téléphonique de France métropolitaine.

Des personnes de 15 à 75 ans seront tirées au hasard dans le ménage pour répondre par téléphone, au questionnement, au cours du troisième ou quatrième trimestre 1999.

L'interview téléphonique sera réalisée par un institut de sondage privé.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** pour cette enquête.

## DOCUMENTS JOINTS

---

- Avant-projet de programme CNAF du 5 mai 1999
- Avant-projet de programme CNAM-TS du 7 mai 1999