

Paris, le 25 septembre 2000 n°525/D130

## Formation SANTÉ, PROTECTION SOCIALE

---

Réunion du 3 mai 2000

Compte rendu de l'examen des avant-projets de programmes statistiques pour 2001

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 3 mai 2000

1. Le Conseil se félicite du renouvellement de l'enquête décennale "Santé" en 2002, ce qui répond à ses vœux.
2. Le Conseil souhaite que les normes, concepts et nomenclatures utilisés dans la mesure des activités de santé puissent être explicités et clarifiés, dans un premier temps afin d'être mis en oeuvre, dans un second temps notamment dans la perspective de la mise en place du SNIIR-AM et de la mise en cohérence des comptes de la sécurité sociale et des comptes satellites de la comptabilité nationale (santé, protection sociale).
3. Le Conseil, conformément à son avis de moyen terme, rappelle son intérêt particulier pour l'enquête Handicap-incapacités-dépendance et souhaite que l'exploitation des données qui en seront issues soit coordonnée et approfondie compte tenu des enjeux liés à la dépendance.
4. Le Conseil souhaite que soient accentués les efforts de mise à disposition du public des informations les plus détaillées possible concernant la santé, le système hospitalier et la protection sociale, dans le respect de la loi sur l'informatique, les fichiers et les libertés.
5. Le Conseil souhaite, notamment en matière d'état de santé de la population, une mise en commun des données disponibles par l'ensemble des organismes producteurs.
6. Le Conseil note avec satisfaction la recherche de mise en cohérence des sources statistiques hospitalières (PMSI, SAE, enquête de conjoncture) et souhaite que la nouvelle SAE soit mise en place le plus rapidement possible, c'est-à-dire en 2001 sur l'exercice 2000.
7. Le Conseil encourage la CNAM-TS dans la mise en place du nouveau système d'information (ERASME) afin d'améliorer la connaissance statistique du comportement d'activité des médecins.
8. Le Conseil constate que le groupe sur les professions de santé a permis de proposer une méthodologie et des résultats concernant les médecins. Il souhaite que les travaux du groupe se poursuivent selon des modalités analogues pour les autres professionnels de santé.
9. Le Conseil demeure attaché au bon déroulement des travaux du groupe de travail sur l'état de santé de la population, qui visera à établir un inventaire des sources en ce domaine afin de relever les manques et les redondances éventuels et à identifier les actions de coordination à mener et les opérations à conduire.
10. Le Conseil note avec satisfaction le renouvellement en 2001 de l'enquête sur la surveillance médicale des risques professionnels (SUMER) ce qui permettra d'intégrer les changements économiques, techniques et humains dans l'organisation du travail et d'évaluer l'évolution des facteurs de risque.

---

LISTE DES SERVICES PRODUCTEURS

---

ayant présenté un programme statistique à la formation Santé, protection sociale réunie le 3 mai 2000.

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

- . Mission 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)

---

COMPTE RENDU DE LA REUNION DE LA  
FORMATION SANTE, PROTECTION SOCIALE  
- 3 mai 2000 -

---

Président : Jean de KERVASDOUÉ, professeur au 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 - Suivi des avis donnés sur le programme 2000

II - Examen des avant-projets de programmes statistiques pour 2001

1. Exposé synthétique
2. Débat
3. Présentation des projets d'enquêtes pour avis d'opportunité :
  - Enquête sur les handicaps, l'incapacité et la dépendance - Seconde interrogation sur les personnes vivant en ménages
  - Enquête sur l'organisation en groupe des médecins exerçant en libéral
  - Enquête auprès des usagers des centres de planification familiale
  - Enquête auprès des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU)
  - Enquête auprès des organismes fournissant des prestations d'assurance maladie complémentaire
4. Présentation de projets d'enquêtes pour information :
  - Enquête sur la mise en invalidité en assurance maladie
  - Enquête sur la prise en charge des lombalgies chroniques
  - Enquête sur la surveillance médicale des risques professionnels (SUMER 2001)
  - Enquête sur les moyens consacrés à la recherche clinique dans les hôpitaux universitaires et dans les centres de lutte contre le cancer

III - Groupes de travail

Professions de santé : état des travaux

Etat de santé de la population : état des travaux

IV - Projet d'avis de la formation

## LISTE DES PARTICIPANTS

Mme	AMIEL Marie-Hélène	Secrétaire général adjoint du CNIS
Mme	AUBRY Brigitte	CCMSA
M.	BROUARD Nicolas	INED
Mme	CAVALIER Françoise	Secrétariat du CNIS
M.	CHARRAUD Alain	DREES
M.	COULOMBIER Denis	IVS
M.	COUTROT Thomas	DARES
M.	CUNEO Philippe	DREES
M.	de JOUVENCEL Tanneguy	INSEE
M.	de KERVASDOUE Jean	CNAM
M.	DEBREU Pierre	CNAF
Mme	DODEUR Michèle	INSERM
Mme	FELDER Camille	DGS
M.	LENORMAND Francois	CNAMTS
M.	LUBINEAU Christian	ENIM
Mme	MERMILLIOD Catherine	DREES
M.	MORMICHE Pierre	INSEE
M.	PUIG Jean-Pierre	Secrétaire général du CNIS
M.	RIANDEY Benoît	INED
Mme	ROUSVAL-AUVILLE Stéphanie	FIEHP
Mme	STRAMANDINOLI Michèle	FNMF
M.	WANNEPAIN Hubert	CSMF
Mme	YAHOU Nouara	DARES

*Absents excusés*

M.	BICHOT Jacques	Université de Lyon
Mme	CHAPELLE Mireille	cardiologue, expert près de la cour d'appel de Paris
Mme	CHAUVAIN	Assemblée des départements de France
M.	FELTESSE Hugues	UNIOPSS
M.	FOULON Daniel	DREES
M.	HAEHNEL Pierre	Conseil national de l'ordre des médecins

M. de KERVASDOUE ouvre la séance et souhaite la bienvenue aux participants.

## I - SUIVI DES AVIS DONNES SUR LE PROGRAMME 2000 (M. CHARRAUD)

M. CHARRAUD présente les sept vœux du programme 2000.

Le premier avis concerne **l'enquête décennale "santé"**, l'opération est lancée avec les institutions concernées. L'enquête se prépare dans le cadre d'un groupe de travail co-animé par Baudouin SEYS et Philippe CUNEO. Le questionnaire sera établi d'ici la fin de l'année et l'enquête aura lieu en 2002.

Le point suivant concerne l'encouragement pour la **mise à disposition de données cohérentes** sur les établissements hospitaliers publics et privés. Ce travail, du ressort de la DREES, a bien avancé : refonte de l'enquête SAE, extension au privé de l'enquête de conjoncture, mise en cohérence de SAE et du PMSI. Une nouvelle enquête SAE sera lancée dès janvier 2001.

Le troisième vœu porte sur **l'action sociale décentralisée**, le chantier est plus difficile à mettre en oeuvre, il fait intervenir de nombreux acteurs, la CNAF, la CNAV, et la DREES notamment

La CNAM nous parlera du quatrième point relatif à la mise en place du **système national inter-régimes de l'assurance maladie** (SNIIR-AM), ce travail avance bien que les résultats ne soient pas encore tangibles.

Le groupe sur les **professions de santé** a terminé ses travaux et donné lieu à une publication. Il y a eu une première réunion sur **l'état de santé de la population**, cette journée a réuni plus de 80 personnes. Nous avons préparé un projet de compte rendu qui sera publié dans les actes du CNIS. Le dernier avis réaffirme que **l'accès aux données** doit être amélioré. Il y a des avancées : convention entre la CNAM et la DREES sur le programme statistique, entre la CNAV et la DREES, projet en préparation avec la CNAF.

M. de KERVASDOUE aimerait disposer d'un calendrier précis sur l'enquête décennale de santé.

M. CUNEO : le groupe de préparation avec l'INSEE est mis en place depuis deux mois. L'enquête sur le terrain débutera en octobre 2002. Ces délais ne peuvent être raccourcis, en effet, d'autres opérations font que les enquêteurs de l'INSEE ne sont pas disponibles avant cette date et les délais pour la saisie informatique du questionnaire sont de 12 à 14 mois.

Pour respecter ce calendrier, il faut que le protocole précis de l'enquête et le questionnaire soient arrêtés d'ici la fin de l'année. Diverses questions techniques doivent être réglées avant l'été.

M. de KERVASDOUE constate que les résultats sortiront en 2004, mais M. CHARRAUD pense que la saisie informatique sous Capi permettra d'avoir des résultats plus rapidement.

M. de KERVASDOUE a souhaité il y a un an que les données PMSI soient publiées par régions. Il a fait part des difficultés des chercheurs et des universitaires pour accéder aux données, les difficultés demeurent.

M. CHARRAUD précise que le programme d'étude à partir du PMSI est lancé et que deux publications sont faites. Une procédure de redressement d'un fichier statistique se met en place avec la direction des hôpitaux. Les résultats sont représentatifs au niveau de la région.

M. CUNEO ajoute que les difficultés concernent les corrections d'exhaustivité à faire. Le travail sur le niveau départemental sera disponible avant l'été. Ces données ne sont pas confidentielles et seront sur internet.

## II - EXAMEN DES AVANT-PROJETS DE PROGRAMME POUR 2001

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

Plutôt que par organismes, l'exposé sera présenté par thèmes regroupés selon quatre sujets :

- le développement d'enquêtes auprès des populations ;
- la connaissance de l'offre institutionnelle, des services et des professions ;
- les opérations statistiques concourant à l'évaluation des politiques publiques ;
- l'amélioration de la connaissance des dépenses de santé.

#### Thème 1 : développement d'enquêtes auprès des populations.

Ce thème comprend 2 axes : état de santé et domaine social.

Dans le domaine de **l'état de santé** c'est l'année de préparation de **l'enquête décennale santé**, préparée par l'INSEE, l'INSERM, la DREES et le CREDES, qui sera réalisée en 2002. Cette enquête est dans la continuité des enquêtes précédentes et met l'accent sur certains éléments : contenus de prévention des actes, meilleure connaissance des déterminants des consommations, des pratiques de santé et des facteurs environnementaux. Il est prévu un prolongement de l'enquête par un examen de santé sur un sous échantillon.

Les autres enquêtes en **population générale** c'est-à-dire sur des populations qui ne sont pas malades sont nombreuses.

**L'enquête en milieu scolaire**, mise en place par la DREES avec le ministère de l'Éducation nationale, couvrira successivement, à compter de l'année scolaire 1999-2000, les trois classes d'âges concernées par les bilans de santé .

Il faut mentionner :

le volet complémentaire de l'enquête **EPCV** (INSEE) qui sera consacré en mai 2001 au comportement des personnes vis à vis de la santé ;

les perspectives nouvelles offertes à terme par les possibilités d'analyse de trajectoire des assurés à partir du système **ERASME** mis en place par la CNAMTS ;  
 enfin le renouvellement de l'enquête de la DARES sur la surveillance médicale des risques professionnels (**SUMER**) auprès de la médecine du travail dont la précédente édition, en 1994, a donné d'excellents résultats.

A coté de ces enquêtes en population générale, se développent des opérations sur la connaissance **des clientèles** du système de soins. L'effort de la DREES sera poursuivi en direction des **usagers de l'hôpital** ; après l'enquête auprès des usagers des consultations externes en 2000, ceux des urgences seront enquêtés en 2001. Une enquête sera également développée auprès des **usagers des centres de planification familiale**.

Pour les usagers de la médecine de ville, un dispositif d'observation permettra, là aussi, une meilleure connaissance des publics et notamment de leurs parcours entre professionnels et institutions.

Dans le **domaine social**, en 2000 se dérouleront sur le terrain des enquêtes nouvelles, l'une auprès des **clientèles** des services d'aide aux personnes à domicile et l'autre auprès d'établissements d'hébergement pour les personnes âgées. Une opération destinée à connaître le devenir des enfants handicapés après décision des CDES sera préparée pour 2001.

Deux opérations concernent les **retraités**. Un nouvel échantillon inter régimes de retraités sera préparé pour 2001. Par ailleurs, une réflexion sera impulsée par la DREES et la CNAVTS, associant l'ensemble des régimes (de base et complémentaires) sur la création d'un "échantillon inter régimes de cotisants" pour mesurer les droits acquis.

En ce qui concerne les **minima sociaux**, la mise en place d'un "Panel de bénéficiaires" de l'AAH, de l'API, du RMI et de l'ASS sera préparée par l'INSEE, la DREES, la DARES, la CNAF, la MSA et l'UNEDIC et aura lieu en 2001.

Une opération structurante est l'enquête handicap, incapacités, dépendance (**HID**) dont les derniers recueils de terrain auront lieu en 2001. Elle apportera des informations nouvelles sur **l'ensemble du champ**. Parallèlement, l'INED mènera une enquête de type **HID dans les prisons**.

L'INSEE met en place une **enquête auprès des personnes fréquentant les accueils de jour, les lieux d'hébergement ou de restauration gratuite** ou "enquête sans domicile - 2001".

Toutes ces opérations améliorent la connaissance des populations générales et des clientèles particulières du point de vue de la santé ou du social.

## **Thème 2 : connaissance de l'offre institutionnelle et des services.**

De nouveaux champs seront observés. C'est notamment le cas de **l'assurance maladie complémentaire** dont tous les offreurs (mutuelles, instituts de prévoyance, assurances) seront enquêtés par la DREES dans la perspective de connaître notamment les produits offerts et la clientèle visée.

Le domaine de **l'action sociale**, déjà proposé l'année dernière, sera également largement exploré, en particulier à travers une enquête menée en coopération DREES et UNCCAS sur l'aide sociale communale et un travail d'inventaire et de méthode sur l'ensemble des sources disponibles. La CNAF et la CNAV réalisent pour leur part des opérations plus spécifiques sur leurs champs propres.

En ce qui concerne **l'offre institutionnelle**, l'enquête sur les établissements hospitaliers (SAE), dont la rénovation est en cours pour tenir compte de ce qu'apporte par ailleurs le PMSI sur la clientèle et pour améliorer la connaissance des moyens humains et techniques mobilisés, sera mise en œuvre en 2001 sur 2000. Un projet de la DREES est de réaliser une enquête sur les techniques et organisation du travail (**TOTTO**) en milieu hospitalier à l'instar de celles qui sont menées par la DARES. Cette enquête sera expérimentée en 2001.

En ce qui concerne **les médecins**, la CNAMTS développe l'outil **ERASME** qui permettra des analyses plus précises sur le comportement d'activité des médecins (activité hebdomadaire, journalière, multi-activité, comportement de prescription, ...). La DREES lancera une enquête spécifique sur l'organisation des cabinets médicaux (exercice en groupe, notamment), puis des enquêtes sur la pratique médicale elle-même et les relations entre les médecins et les clients.

Au cours de l'année à venir une réflexion sera engagée sur la rénovation de l'enquête sur les **établissements sociaux** (ES).

Enfin, après la réalisation d'un état des lieux sur la prise en charge de la petite enfance qui sera présenté prochainement à la Conférence de la Famille, préparé en commun par la CNAF, la MSA, l'UNCCAS, l'INSEE, la DARES, la DREES et la DPD, se dessine la perspective de mise en place, à l'initiative de la CNAF, d'un **observatoire statistique de la petite enfance**.

### **Thème 3 : évaluation des politiques publiques.**

La principale opération statistique est la mise en place de la **couverture maladie universelle** (CMU). Cette opération repose sur une coopération de la CNAMTS, la MSA, la CANAM la DREES et le CREDES. Outre l'information qui sera apportée par les outils de gestion des caisses, les principales opérations développées sont : l'analyse de la consommation des bénéficiaires à partir de l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS), la réalisation d'une enquête santé protection sociale aménagée sur un échantillon doublé en 2000, une enquête auprès des bénéficiaires de la CMU ainsi qu'une enquête qualitative auprès des institutions, lancée au 4<sup>ème</sup> trimestre 2000.

L'application de la **loi de lutte contre les exclusions** sera abordée avec une enquête auprès des jeunes bénéficiaires de fonds d'aide aux jeunes (FAJ) menée par la DREES, une enquête sur le volet insertion du RMI qui n'a pas fait l'objet d'une enquête représentative depuis longtemps. Ces enquêtes s'étagent tout au long de l'année.

La mise en place des **35 heures dans les établissements sanitaires et médico-sociaux** donnera lieu à une exploitation statistique sur les accords conclus au niveau des branches et des entreprises à partir du second semestre. Une enquête qualitative auprès des établissements privés et PSPH débutera dès cette année et donnera des résultats en 2001.

Enfin l'enquête auprès des bénéficiaires de la **prestation spécifique dépendance** (PSD), initialement prévue en 2000, est programmée en 2001 pour prendre en compte la réforme annoncée pour l'automne 2000.

### **Thème 4 : connaissance des dépenses de santé**

Amélioration de l'**analyse conjoncturelle**, les séries de la CNAMTS se rapprochent de plus en plus de la notion de dépenses engagées, du côté de la DREES des travaux d'analyse économétrique des déterminants des dépenses sont engagés.

Travaux exploratoires DREES, CREDES et CNAM sur les **comptes de la santé par grands groupes de pathologie**.

**Pour conclure, on peut retenir le développement des enquêtes auprès des populations dans tous les programmes et une nette avancée en matière de partenariat.**

## **2. Débat**

M. de KERVASDOUE remercie pour cette présentation synthétique, qui aide les utilisateurs de chiffres. Il estime qu'il faudrait publier chaque année un recueil des enquêtes et des sources.

Il pense qu'il faut avoir le souci des choses simples, c'est ainsi que les concepts utilisés dans les comptes économiques de la santé sont très mal compris des utilisateurs, mis à part une quinzaine de spécialistes. Le parlement, en particulier, qui débat de ces questions devrait être mieux informé qu'il ne l'est actuellement. Il est soucieux de la qualité des sources économiques et médicales, il faut insister pour améliorer les comptes de la santé.

M. LENORMAND partage ce point de vue. Il pense qu'il est urgent d'expliquer les concepts et les définitions utilisés en particulier pour les comptes de la sécurité sociale et ceux de la santé. Il faudrait expliquer par exemple que les comptes de la santé sont en dates de soins et ceux de la sécurité sociale en dates de remboursement. La complexification progressive du système de régulation des comptes d'assurance maladie a forcé les différents organismes à inventer des concepts et des nomenclatures de façon sauvage. La CNAM va classer les concepts utilisés pour l'assurance maladie selon une nomenclature approuvée par le CNIS il y a une quinzaine d'année. Ce travail va se faire pour la fin du premier semestre 2000.

M. de KERVASDOUE remercie de cet éclairage. Il aimerait que la DREES, l'INSEE, la CNAM et la DSS organisent un groupe de travail au sujet des nomenclatures.

Une discussion technique s'engage entre M. LENORMAND et M. de KERVASDOUE sur les concepts et les normes de comptabilité nationale dans le domaine de la santé : dépenses remboursées, remboursables, payées, présentées au remboursement, etc.

Mme STRAMANDINOLI souhaiterait que la mutualité française soit associée à la préparation du questionnaire de l'enquête assurance maladie complémentaire.



Sur les dépenses d'assurance maladie, la mutualité française prépare une réforme dans le secteur médico-social et bute sur le manque de données concernant l'activité libérale dans les établissements.

M. LENORMAND répond qu'une mission au ministère travaille sur ce sujet. Les régimes d'assurance maladie ont transmis à la mission des données calculées sur un échantillon de 1 000 établissements.

Mme STRAMANDINOLI connaît ces travaux. Elle note cependant qu'il n'existe pas d'informations réelles sur le volume des dépenses effectuées par les libéraux pour le compte des personnes âgées qui résident dans les structures.

M. de KERVASDOUE constate que ce problème est général. Il faudrait compter les dépenses des chirurgiens qui travaillent dans des cliniques privées en dépenses hospitalières et non pas en dépenses de médecine libérale et ceci est vrai pour les médecins exerçant dans des institutions médico-sociales. La DREES serait-elle d'accord pour convoquer une réunion sur ces sujets ?

M. CHARRAUD partage l'inquiétude et la préoccupation du président. Il a constaté que beaucoup de personnes pensaient que le problème était résolu, ce qui n'est pas le cas.

M. CUNEO suggère qu'à la prochaine réunion de la formation, la DREES fasse une proposition après avoir consulté les organismes concernés. Cette opération peut difficilement être mise en oeuvre avant l'harmonisation des concepts des comptes de la santé, de la sécurité sociale, etc.

M. de KERVASDOUE partage cet avis. Il pense qu'il y a deux sujets, des problèmes conceptuels très politiques et des problèmes de mise en oeuvre. Il faut étudier ce que font les autres pays et proposer une méthode de travail.

### **3. Présentation des projets d'enquêtes pour avis d'opportunité**

#### **Enquête sur les handicaps, l'incapacité et la dépendance - Seconde interrogation sur les personnes vivant en ménages (M. MORMICHE)**

M. MORMICHE renvoie à la fiche de présentation, cette enquête constitue la seconde phase de l'enquête en ménages, après une première interrogation en 1999. L'enquête permettra de disposer d'une base de données relativement complète sur la population des handicapés dans les institutions ou en ménages.

Il ajoute des précisions sur les populations couvertes en particulier celle des prisonniers et celle des sans abri. Sur la population des prisons, le financement d'une opération spécifique est bouclé, l'enquête HID-prisons aura lieu 2001 auprès de 2000 détenus. Par ailleurs, le questionnaire de l'opération "Enquête sans domicile - 2001" qui aura lieu à l'hiver 2001, comportera quelques rubriques tirées de HID sur les problèmes de handicap.

Le problème va être de diffuser l'ensemble de ces données et de rechercher des relais de spécialistes ou de chercheurs pour aider l'INSEE à valoriser cette série d'enquêtes.

M. de KERVASDOUE demande quelle est la diffusion prévue par l'INSEE.

M. MORMICHE répond que le fichier anonyme sera livré aux douze organismes financeurs et à toutes les équipes de recherches qui ont participé au projet.

M. de KERVASDOUE craint que l'exploitation de ces fichiers ne soit désordonnée. Il lui paraît utile de réunir ces douze organismes et de faire un plan d'exploitation global de cette enquête.

M. MORMICHE précise qu'il est prévu, à l'initiative de la DREES, un colloque à la fin de l'année pour présenter la source et les premiers résultats. Il y aura un deuxième colloque s'adressant plus aux acteurs du domaine afin de leur montrer ce qu'ils peuvent attendre de l'enquête.

M. de KERVASDOUE : par exemple sait-on ce que veut faire la CNAM ?

M. LENORMAND : elle ne pourra pas faire grand chose faute de moyens humains.

M. de KERVASDOUE rappelle qu'il défend cette enquête avec acharnement depuis longtemps et qu'il existe des enjeux politiques, financiers et humains importants derrière cela. La CNAM pourrait sous traiter à des entreprises si elle ne peut faire l'exploitation elle-même.

M. LENORMAND, assure que l'enquête intéresse la CNAM. Il considère que le financement apporté devrait couvrir à la fois les charges de l'enquête et des analyses spécifiques.

Mme DODEUR signale qu'il existe un projet de recherche dans ce domaine de l'ordre de 250 000 à 500 000 francs sur deux ou trois ans. Elle précise par ailleurs, que l'INSERM a lancé en juin un appel d'offre sur l'exploitation des bases de données, il est probable que des projets de recherches sur l'enquête HID se manifestent, dans ce cadre.

M. CHARRAUD ajoute que, pour ce qui concerne la DREES, un programme d'étude se met en place, il y a des projets de recrutement de chargés d'études pour exploiter l'enquête l'année prochaine.

M. de KERVASDOUE propose qu'une réunion avec tous les financeurs soit organisée pour qu'ils présentent leurs projets d'exploitation. Il rappelle, pour ramener les choses à leur valeur, que la prise en charge d'un handicapé est de l'ordre de 40 000 francs par mois, il paraît surréaliste de financer une enquête puis de mal l'exploiter pour des raisons budgétaires.

M. MORMICHE précise que des équipes travaillent sur l'exploitation de l'enquête mais que le besoin d'un leader se fait sentir afin de régler la coordination.

M. DEBREU est d'accord sur la nécessité de coordonner. La CNAF pourrait financer des études, il faudrait partir du colloque organisé par la DREES en novembre.

Mme AMIEL indique que le bureau du CNIS se réunit le 9 novembre et l'assemblée plénière le 7 décembre. Elle explique que la réunion devrait avoir lieu avant le 9 novembre, pour que les conclusions du colloque figurent dans les projets d'avis du conseil.

M. de KERVASDOUE souhaite qu'il y ait une réunion préparatoire avant le colloque, il propose de la faire en septembre ou octobre afin de respecter le calendrier du CNIS..

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

### **Enquête sur l'organisation en groupe des médecins exerçant en libéral (M. CUNEO)**

M. CUNEO présente cette enquête établie en collaboration avec la CNAM. L'origine de l'enquête est l'exploitation annuelle par la DREES d'informations sur les revenus des médecins exerçant en libéral. Ces travaux s'effectuent à partir des informations contenues dans le fichier provenant de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et les déclarations de la direction générale des impôts (DGI). Il est apparu le besoin de les compléter.

L'enquête comprend deux axes de recherche : l'organisation en groupe ; et le temps de travail, le phénomène de multiactivité et les relations du médecin avec les autres structures de soins.

M. de JOUVENCEL demande des précisions sur les objectifs de l'enquête, portera-t-elle sur l'exercice en groupe ou sur d'autres thèmes tels les déterminants du revenu, le temps de travail... Comment seront choisis les 4 000 médecins interrogés ?

M. CUNEO répond que l'objectif prioritaire est d'évaluer les revenus des médecins exerçant en libéral, il faut comprendre les éléments de produits et de charges de leurs comptabilités, il faut donc savoir s'ils travaillent en groupe ou de façon isolée. De la même façon, pour comprendre les revenus, il faut tenir compte de la multiactivité. C'est pourquoi l'enquête a deux objectifs.

Pour le moment, les modalités précises du sondage ne sont pas encore arrêtées, cependant, il ne s'agit pas d'interroger uniquement des médecins travaillant en groupe.

M. WANNEPAIN demande si des contacts ont déjà été pris avec les unions régionales et le conseil de l'ordre des médecins.

M. CUNEO répond que les contacts seront pris rapidement quand les choses seront plus avancées.

M. LENORMAND signale que les 4 000 généralistes correspondent au panel des médecins de la CNAM.

A partir de 2000, grâce à ERASME, on disposera d'un double éclairage sur la multiactivité des médecins, telle qu'ils la voient et telle qu'elle se traduit sur les honoraires présentés au remboursement. Il sera possible de classer les médecins selon leurs spécialités et le nombre de clients vus dans la journée.

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

### **Enquête auprès des usagers des centres de planification familiale (M. CUNEO)**

L'objectif de cette opération est de mieux connaître la clientèle des centres de planification familiale en vue d'éclairer les politiques en faveur de la contraception et de mieux comprendre le recours à l'interruption volontaire de grossesse. Les utilisateurs des résultats sont à l'origine de l'enquête et en particulier les organisateurs du système de prise en charge.

Cette enquête complétera l'information existante, mais ne permettra pas de voir comment l'action des centres de planification familiale s'inscrit dans la politique souhaitée par les pouvoirs publics.

M. de KERVASDOUE ouvre le débat en rappelant qu'il s'agit d'un sujet où les questions de secret statistique sont particulièrement sensibles.

Mme DODEUR annonce la mise en place d'une enquête épidémiologique "étude prospective des pratiques contraceptives en France" dite COCON. Le projet émane de l'intercommission numéro 5 de l'INSERM "Evolutions démographiques et santé humaine ; populations et groupes sociaux vulnérables".

L'enquête sera conduite par l'unité 292 de l'INSERM dirigée par Alfred SPIRA. Elle se déroulera sur dix ans en trois vagues et portera sur 7 000 femmes de 18 à 44 ans. La première cohorte comprendra 3 000 femmes qui seront interrogées de 2000 à 2004, les deux autres cohortes comprendront 2 000 femmes, elles aussi interrogées pendant cinq ans.

Il serait utile que ce type d'enquête soit présenté au CNIS rappelle M. de KERVASDOUE.

M. CHARRAUD se réjouit de la présence d'un représentant de l'INSERM. Il rappelle tout l'intérêt que des grandes enquêtes du type suivi de cohorte soient présentées au CNIS pour que l'information soit connue de tous.

Mme AMIEL ajoute qu'une concertation au sein du CNIS donne accès, dans le cas d'enquête non obligatoire, à la norme simplifiée ce qui raccourcit les temps d'examen par la CNIL.

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

### **Enquête auprès des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) M. CUNEO**

M. CUNEO présente cette enquête en s'appuyant sur la fiche de présentation.

Mme STRAMANDINOLI souhaite que les mutuelles soient associées au groupe de pilotage de l'enquête. M. CUNEO pense qu'il sera possible de les associer aux prochaines réunions.

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

### **Enquête auprès des organismes fournissant des prestations d'assurance maladie complémentaire (M. CUNEO)**

L'objet de l'enquête est d'élargir le champ aux instituts de prévoyance et aux assurances. Le dispositif actuel qui est administratif, exhaustif et principalement de contrôle, ne permet pas de connaître les parts de marché des intervenants et surtout les prestations offertes et à quelle population. L'idée est de réaliser une enquête par sondage auprès des nouveaux intervenants.

Actuellement un premier cahier des charges s'achève, il faudra se mettre d'accord au sein de l'administration puis monter le groupe de pilotage qui, contrairement à ce qui est annoncé, n'est pas encore constitué.

Mme STRAMANDINOLI voudrait savoir si les résultats de l'enquête pourront être communiqués. La loi du 7 juin 1951 sera respectée répond M. CHARRAUD.

M. de JOUVENCEL explique que le problème du secret statistique au moment de la publication des résultats sera évoqué au comité du label. Par ailleurs il demande des précisions sur la façon de procéder, il ne faut pas qu'il y ait confusion entre cette enquête et le contrôle administratif.

M. CUNEO : il faudra bien distinguer les deux opérations l'une administrative, l'autre statistique et il faudra réduire les remontées administratives à ce qui est nécessaire en vue du contrôle.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** pour cette enquête (cf. avis d'opportunité joint page 24).

#### **4. Présentation des projets d'enquêtes pour information de la formation**

##### **Enquête sur la mise en invalidité en assurance maladie (M. LENORMAND)**

La fiche de présentation a été établie par le service médical de la CNAM indique M. LENORMAND. Le nombre de pension d'invalidité est connu, on cherche à constituer une base de données sur les motifs d'entrée en invalidité.

A la question de M. de KERVASDOUE sur la durée en invalidité, M. LENORMAND répond que l'on connaît les personnes qui sortent à 60 ans avec les flux d'entrée en retraite, mais que l'on ne connaît pas la sortie d'invalidité avant cet âge, par décès ou reprise d'activité.

M. de KERVASDOUE pense qu'il est bien de connaître le flux d'entrée mais qu'il serait intéressant d'avoir aussi le stock.

L'enquête HID montre des différences par sexes flagrantes, indique M. MORMICHE, les pensions d'invalidité payées par la CNAM ou la CNAF concernent deux fois plus d'hommes que de femmes, ce qui serait dû à la pénibilité du travail.

##### **Enquête sur la prise en charge des lombalgies chroniques (M. LENORMAND)**

M. LENORMAND renvoie à la fiche de présentation.

M. de KERVASDOUE fait remarquer que le sujet est ancien, en effet il coûte cher à l'assurance maladie. Il rappelle que M. LALLEMAND est cordialement invité à ces réunions.

##### **Enquête sur la surveillance médicale des risques professionnels (SUMER 2001) M. COUTROT**

M. COUTROT présente cette enquête menée en collaboration entre la DARES et la direction des relations du travail (DRT). C'est une enquête auprès des salariés menée par les médecins du travail au cours de leur activité annuelle.

Les objectifs sont au nombre de quatre. Les trois premiers sont pour l'essentiel les mêmes que ceux de la précédente enquête. En premier lieu, il s'agit de disposer d'une carte de populations exposées à des nuisances ou à des situations de travail susceptibles d'être néfastes pour la santé. Le second objectif est d'offrir au législateur la possibilité de faire évoluer les instruments de protection et de prévention vis à vis des expositions, c'est pourquoi une attention particulière sera portée aux nouveaux produits ou nouvelles formes d'organisation du travail susceptibles d'engendrer une pathologie. Le troisième objectif est d'offrir aux chercheurs une référence pour établir des priorités d'études et de recherches. Le quatrième objectif, plus conjoncturel, est de mesurer les effets sur les conditions de travail des salariés et leur santé, des modifications d'horaire induites par la réduction du temps de travail.

L'enquête correspond à une demande des partenaires sociaux et de l'administration du ministère de l'emploi et de la solidarité, elle permettra de mieux comprendre les risques de pathologie au travail. Afin d'intégrer les évolutions technologiques, elle est renouvelée tous les sept ans, la première date de 1987, la deuxième de 1994.

Les utilisateurs sont la DARES, l'inspection médicale du travail, des chercheurs du domaine de la santé au travail et des médecins du travail.

M. COUTROT indique les principaux thèmes abordés et insiste sur le fait qu'il s'agit d'un échantillon de salariés interrogés par des médecins du travail volontaires. Il indique certaines caractéristiques techniques de l'enquête, la composition du groupe de pilotage et la diffusion des résultats.

A la question de M. COULOMBIER, Mme YAHOU répond que des contacts ont été pris avec l'IVS.

M. COULOMBIER s'inquiète de savoir si le volontariat des médecins n'entraîne pas des biais.

Mme YAHOU répond qu'il y a un biais, mais que le nombre élevé de volontaires, 1 200 en 1994 soit le cinquième de la profession, entraîne qu'ils ont le même profil que l'ensemble des médecins. Par ailleurs le questionnaire sépare bien la partie observation de celle du jugement du médecin. Pour ces deux raisons le biais est limité.

Mme AMIEL ajoute qu'il peut exister un biais du au volontariat des médecins, par exemple si ceux de certaines entreprises ou de certaines régions ne se portent pas volontaires. Ce biais n'est pas lié au profil des médecins.

En effet, constate Mme YAHOU certaines entreprises ne sont pas représentées : SNCF, Michelin. C'est pourquoi le champ est décrit avec précision dans la publication des résultats.

### **Enquête sur les moyens consacrés à la recherche clinique dans les hôpitaux universitaires et dans les centres de lutte contre le cancer (Mme AMIEL)**

Cette enquête est une opération du bureau statistique de la recherche. Elle sera présentée le 10 mai à la formation Industrie, IAA, énergie d'où relève le service enquêteur. Son président a souhaité que l'enquête soit présentée à la formation Santé, protection sociale afin que les personnes les plus concernées par les résultats soient informées.

M. de KERVASDOUE considère que le sujet est difficile : dans tous les hôpitaux, des associations de la loi de 1901 financent une partie de la recherche des services cliniques. Les CHU estiment tous faire de la recherche. Ce qui est importe sont les moyens humains spécifiques.

M. WANNEPAIN informe qu'un groupe de travail à l'initiative du SNIP a été créé entre des représentants de l'industrie pharmaceutique et des associations de praticiens pour mettre en place un guide qui clarifie les relations existantes, ce document sera communiqué au président.

M. de KERVASDOUE estime qu'il faudrait définir ce qu'est la recherche clinique. Il serait intéressant de connaître les commanditaires : recherche à l'initiative du service ou à la demande de l'industrie pharmaceutique ou biomédicale ?

L'INSERM dispose à l'heure actuelle d'un serveur dédié aux centres d'investigations indique Mme DODEUR, il est consultable sur le site de l'INSERM.

## **III - GROUPES DE TRAVAIL**

### **Professions de santé : état des travaux (M. CUNEO)**

Ce groupe avait deux objectifs : résoudre les incohérences entre les fichiers de la DREES, de la CNAM-TS et de l'ordre des médecins ; d'harmoniser les concepts et les nomenclatures pour décomposer le nombre des médecins par spécialités. Ces objectifs sont remplis à l'heure actuelle. Le résultat de ce travail a été publié dans la publication de la DREES "Etudes et résultats" numéro 44.

La suite des travaux est de rétropoler pour avoir des séries, d'ajuster la méthodologie nationale validée par le groupe de travail au niveau local, enfin de faire la même démarche sur les infirmiers.

M. de KERVASDOUE fait remarquer que le travail est encore plus difficile pour le domaine para médical que pour les médecins.

A la demande de Mme AMIEL sur la production et la durée de vie de ce groupe, M. CUNEO répond que les travaux sont achevés pour les médecins au niveau national. Les adaptations au niveau local seront présentées par la DREES aux différents partenaires cette année ; sur les infirmiers le travail sera attaqué après l'été et devrait déboucher l'an prochain.

M. de KERVASDOUE souhaite que la méthode de rapprochement des fichiers soit publiée.

M. CUNEO à la suite de la proposition de Mme AMIEL, pense qu'elle pourrait être publiée par le CNIS ou dans un article de solidarité santé.

M. BROUARD fait état des critiques qu'il avait exposées à la réunion du groupe de travail.

Il cite l'exemple de l'étude de l'INED de novembre 1998 sur les anesthésistes réanimateurs. Il estime que la méthode de la DREES, passant par l'enquête emploi, puis reventilant la proportion de spécialistes d'ADELI, a pour conséquence de surestimer certains postes. Cette méthode donne 10 000 médecins anesthésistes réanimateurs alors qu'il y en a moins de 9000 d'après l'étude de l'INED, ce qui correspond à plus de 10 % d'erreur.

Il existe deux définitions des médecins : ceux qui pratiquent dans les établissements spécialisés, ou ceux qui payent leur cotisation annuelle et qui sont référencés dans la spécialité (définition du conseil de l'ordre des médecins). Les définitions de l'INED et celle du CNUM coïncident, il propose de retenir cette définition qui indique environ 8 800 médecins anesthésistes réanimateurs.

M. CHARRAUD rappelle que la méthode de l'INED comporte aussi des approximations et que les estimations à partir de fichiers de professionnels ne sont pas exemptes de biais.

La méthode retenue par la DREES présente toutes les garanties statistiques d'une estimation en série et en évolution annuelle. Elle respecte la cohérence du calcul.

Par ailleurs, il ne peut laisser dire qu'il y a 10 % d'erreur s'agissant de l'écart entre deux estimations.

M. CUNEO ajoute que ces réserves ont été émises devant le groupe qui ne les a pas reprises massivement, que l'enquête emploi n'a pas été utilisée sur une seule année, enfin que les chiffres sont fondés sur plusieurs fichiers administratifs.

M. BROUARD rappelle que le groupe a demandé que les intervalles de confiance soient publiés.

Par ailleurs il faudrait que les organisations professionnelles se reconnaissent dans la définition du médecin, celle de l'enquête emploi n'est pas la même que celle des professionnels.

M. de KERVASDOUE remercie la DREES de son travail, néanmoins il se demande s'il ne faudrait pas compter les médecins un par un et s'il est nécessaire de maintenir trois fichiers différents.

M. CHARRAUD assure que le travail de bien préciser chaque définition va être poursuivi par la DREES. Il constate que chaque nouvelle source donnera un nouveau chiffre parce qu'il y aura un nouveau concept du médecin.

M. de KERVASDOUE suggère que l'administration n'ait qu'un seul fichier, libre à l'Ordre d'avoir le sien. Il considère que le but de la statistique n'est pas de mettre de l'ordre dans le désordre, mais, s'il existe plusieurs définitions, de les retenir toutes et de préciser les chiffres correspondants à chacune.

### **Etat de santé de la population : état des travaux (M. CHARRAUD)**

Il y a eu le 20 janvier 2000 une réunion à ce sujet avec un programme assez chargé. Les actes des débats seront publiés par l'intermédiaire du CNIS cet été. Ce rapport doit être prolongé et il faudra proposer ce que chacun fera.

M. de KERVASDOUE rappelle que la réunion était tout à fait passionnante. Il suggère de réfléchir ensemble à la suite en partant des propositions de la DREES.

M. CHARRAUD pense qu'il faut prolonger la vie du groupe de travail pendant quelques séances au cours de l'année, en introduisant avec chaque source importante une description précise du service producteur et les améliorations envisagées. On pourrait aboutir à une série de fiches coordonnées.

M. de KERVASDOUE considère qu'il y a deux types de sources : des sources générales telle l'enquête décennale et des sources plus spécifiques. Il suggère de demander aux services producteurs de préciser ou confirmer leurs définitions, de faire la synthèse des réponses puis de tenir une réunion afin de faire des suggestions. Les travaux devraient se terminer fin 2001.

Mme AMIEL propose de retenir pour les sources qui seraient des enquêtes, le descriptif du site du CNIS ce qui permettrait d'obtenir une base de données cohérentes très largement accessible.

M. de KERVASDOUE retient cette suggestion et propose une réunion aux environs de Noël.

M. CHARRAUD souhaite que le questionnaire de l'enquête décennale soit connu avant la réunion.

M. PUIG rappelle que pour le bon fonctionnement du CNIS, il faudrait établir un document de synthèse des conclusions, ceci concerne les deux groupes de travail.

#### **IV - PROJET D'AVIS DE LA FORMATION** *(Mme AMIEL)*

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

---

#### **Adoption du compte rendu**

Rédactrice : Françoise CAVALIER

Le présent compte rendu sera modifié en fonction des observations que vous voudrez bien faire parvenir au Secrétariat du CNIS avant le 17 octobre 2000. Ces modifications seront prises en compte dans le rapport annuel d'activité 2000.

---

DOCUMENTS PREPARATOIRES OU DISTRIBUES EN SEANCE

---

**Documents préparatoires**

Extrait du rapport du CNIS n°54 : Avis sur les programmes statistiques 2000

Avant-projets de programmes statistiques pour 2001

Projet de compte rendu de la journée d'étude sur l'observation statistique en matière de santé (20 janvier 2000)

**Documents distribués en séance**

Fiche descriptive d'enquête - Enquête « Actions et pratiques de santé » EPCV - Mai 2001

Les activités statistiques de l'INED en matière de santé, épidémiologie, mortalité, handicap en France





## AVIS D'OPPORTUNITÉ

---

Enquête sur les handicaps, l'incapacité et la dépendance - Seconde interrogation sur les personnes vivant en ménages

Enquête sur l'organisation en groupe des médecins exerçant en libéral

Enquête auprès des usagers des centres de planification familiale

Enquête auprès des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU)

Enquête auprès des organismes fournissant des prestations d'assurance maladie complémentaire

PARIS, le 16 juin 2000 n°437/D130

## AVIS D'OPPORTUNITÉ

### **Enquête sur les handicaps, l'incapacité et la dépendance Seconde interrogation sur les personnes vivant en ménages**

---

*Programme* : 2001

*Emetteur* : INSEE, Division des enquêtes et des études démographiques

Au cours de sa réunion du 3 mai 2000, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence.

Cette enquête, menée en coordination avec la DREES, constitue la seconde phase de l'enquête en ménages, après une première interrogation en 1999.

L'enquête permettra de disposer d'une information homogène et précise sur l'évolution en deux ans des handicaps, tant dans le sens de l'amélioration que de la dégradation. Elle servira de base pour les projections. Les thèmes abordés concernent la présence et la sévérité des incapacités, les incidences sur les conditions de vie, l'origine et l'ancienneté des incapacités, la description des aides reçues et du matériel utilisé.

L'échantillon de l'enquête de 1999 sera réinterrogé, soit 16 900 personnes. La collecte aura lieu à la fin de l'année 2001, les entretiens seront réalisés par des enquêteurs de l'Insee et dureront près de quarante cinq minutes en moyenne.

Le groupe de pilotage fonctionne depuis juin 1995, il comprend notamment des chercheurs de la Drees, de l'Inserm, du Ctnerhi, de l'Ined, de la Mire et du CreDES.

Les fichiers anonymisés seront fournis aux partenaires financiers et chercheurs.

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

PARIS, le 16 juin 2000 n°438/D130

## AVIS D'OPPORTUNITÉ

### Enquête sur l'organisation en groupe des médecins exerçant en libéral

---

Programme : 2000

*Emetteur* : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES

Au cours de sa réunion du 3 mai 2000, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence.

Cette enquête a pour but de mieux estimer les revenus des médecins exerçant en libéral.

L'enquête comprend deux axes de recherche :

- l'organisation en groupe et ses incidences, en effet, une étude des données fiscales individuelles a mis en évidence des problèmes liés à l'importance de l'exercice en groupe ;
- le temps de travail, le phénomène de multiactivité et les relations du médecin avec les autres structures de soins.

Il est envisagé d'interroger quatre mille médecins, omnipraticiens et spécialistes exerçant en libéral en France métropolitaine par rapport aux 116 900 exerçant en 1999. L'enquête aura lieu au cours du deuxième semestre 2000, elle sera sous-traitée à une société de services. L'entretien sera effectué par téléphone et le temps de réponse au questionnaire ne devrait pas excéder une demi-heure.

Le groupe de pilotage comprendrait à côté de la DREES, des membres de la CNAMTS, du CREDES, de l'Ordre des médecins, de l'Union Régionale des médecins libéraux (URML) et de la DGI.

Les résultats de cette enquête ne seront représentatifs qu'au niveau national. La diffusion des résultats se fera par le biais des publications habituelles de la DREES.

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

PARIS, le 16 juin 2000 n°439/D130

## AVIS D'OPPORTUNITÉ

### Enquête auprès des usagers des centres de planification familiale

---

*Programme* : 2001

*Emetteur* : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES

Au cours de sa réunion du 3 mai 2000, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence

Les objectifs de l'enquête sont d'obtenir une meilleure connaissance de la clientèle des centres de planification familiale pour éclairer les politiques en faveur de la contraception et le recours à l'interruption volontaire de grossesse.

L'enquête comprendra la description de la population consultante, la fréquence des consultations et les motifs, la satisfaction.

Deux mille usagers seraient interrogés à partir d'un échantillon d'établissements. La collecte des données serait réalisée pendant une semaine du premier trimestre 2001. Le personnel chargé de la collecte est encore à déterminer : organisme de sondage ou personnels d'institutions. La durée de l'entretien ne dépassera pas dix minutes.

Le groupe de pilotage serait composé de la façon suivante : DREES, DGS, DAS, DH, service du droit des femmes, association des présidents de conseils généraux, associations impliquées dans le planning familial.

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

PARIS, le 16 juin 2000 n°440/D130

## AVIS D'OPPORTUNITÉ

### Enquête auprès des bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU)

---

*Programme* : 2000

*Emetteur* : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES

Au cours de sa réunion du 3 mai 2000, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence.

Dans le cadre général de l'évaluation de la CMU, une enquête directe auprès des bénéficiaires cherche à appréhender les changements qu'apporte ce dispositif à la situation des personnes.

Les thèmes abordés concernent les caractéristiques socio-économiques du ménage, la couverture maladie précédant le bénéfice de la CMU, l'accès à la couverture maladie universelle, les changements de comportements de consommation ou de recours aux soins, les opinions sur les changements dans l'accès au soin, la couverture santé, l'existence de difficultés dans l'orientation ou à l'accès au système de soins liées au statut de bénéficiaires de la CMU.

Un échantillon de trois mille bénéficiaires sera tiré dans les fichiers des caisses. La collecte aura lieu en octobre-novembre 2000. L'entretien durera une heure environ.

Le comité de pilotage regroupe les trois principales caisses d'assurance maladie (CNAMTS, CANAM, CCMSA), la Direction de la sécurité sociale, la Délégation interministérielle au RMI, le CREDES, l'ODAS, l'UNCCAS.

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

PARIS, le 16 juin 2000 n°441/D130

## **AVIS D'OPPORTUNITÉ**

### **Enquête auprès des organismes fournissant des prestations d'assurance maladie complémentaire**

---

*Programme* : 2001

*Emetteur* : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES

Au cours de sa réunion du 3 mai 2000, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence.

L'objectif de cette enquête est de connaître l'ensemble du champ de l'assurance maladie complémentaire (mutuelles, instituts de prévoyance, assurances) : caractéristiques de ces organismes, prestations versées, caractéristiques des bénéficiaires, types de contrats, nombre de salariés, de bénévoles, solvabilité, etc.

Les thèmes abordés concernent les éléments de formation des cotisations, les caractéristiques du tableau de prestations, les statuts des adhérents, des données financières, les caractéristiques des bénéficiaires ou clients, la place de la réassurance de ces organismes et les liens de structure, la descriptions des autres activités de l'organisme.

L'enquête aura lieu au cours du premier trimestre 2001 sur l'exercice 2000. Le questionnaire sera adressé par voie postale ou par messagerie ; pour un organisme, la réponse au questionnaire pourrait durer deux heures.

Le groupe de pilotage n'est pas encore constitué.

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

## DOCUMENTS JOINTS

---

Fiche descriptive d'enquête - Enquête « Actions et pratiques de santé » EPCV - Mai 2001

Les activités statistiques de l'INED en matière de santé, épidémiologie, mortalité, handicap en France



**Enquête “ Actions et pratiques de santé ”**  
**EPCV - Mai 2001**  
*(pour information)*

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 “ actions et pratiques de santé ” constituera la partie variable de mai 2001.

### **1. Service producteur**

Les enquêtes PCV relèvent de la compétence de la division Conditions de vie des ménages de l’INSEE.

### **2. Intitulé de l’enquête**

La partie variable de l’enquête de mai 2001 sera intitulée “actions et pratiques de santé” (titre non définitif).

### **3. Objectifs généraux de l’enquête**

L’objectif général de l’enquête est d’étudier dans leur globalité les comportements des individus vis à vis de leur santé, et en particulier la manière dont ils “prennent soin de leur santé”.

L’enquête s’intéressera d’une part aux “ choix ” que fait l’individu dans sa vie quotidienne et aux actions qu’il entreprend en matière de santé. Il s’agira d’étudier les comportements individuels, en s’interrogeant sur les éléments constitutifs de ce que l’on pourrait appeler l’“ hygiène de vie ”. Il s’agira également d’analyser les attitudes de prévention face aux facteurs de risque pour la santé (tabac, alcool, MST, drogue, ...), mais aussi l’usage de la prévention organisée par le système de soins (couverture vaccinale, dépistages).

Dans l’étude des comportements vis à vis de la santé, on analysera aussi les pratiques, voire les “ mécanismes ” que les individus adoptent lorsqu’ils sont confrontés au système de soins. Il s’agira ainsi d’étudier les relations qu’entretiennent les individus avec les professionnels de la santé (y compris médecine du travail), et notamment les “ choix ” d’une consultation d’un généraliste ou d’un spécialiste, à l’hôpital, en dispensaire... et d’observer leurs comportements lorsqu’ils sont confrontés soit à l’entrée dans une maladie, soit à la nécessité de gérer une maladie grave ou chronique.

### **4. Origine de la demande et utilisateurs potentiels**

Cette opération est une initiative de la division Conditions de vie des ménages. Un comité de pilotage est 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). L’enquête sera exploitée par la division ainsi que par la DREES, partenaire financier de l’enquête. Elle pourra par ailleurs intéresser plus largement d’autres organismes (le Comité français d’éducation pour la santé ou l’Institut de veille sanitaire par exemple) ainsi que des chercheurs travaillant sur les thèmes abordés.

## 5. Principaux thèmes

Le questionnaire (partie variable) comprend trois grandes parties :

- La première partie, succincte, est constituée par des éléments “ d'éclairage ” de la situation des individus interrogés, en particulier par une description de l'état de santé (incapacités, taille et poids...), de la “ qualité de vie ” (conditions de travail, vie sociale, sentiment sur l'état de santé “ psychique ” -nervosité, stress, ...), et des événements passés susceptibles d'être en rapport avec un état de santé ou des comportements actuels (maladies passées de l'individu ou de son entourage, événements graves dans l'enfance).
- La deuxième partie est centrée sur la description des actions de l'individu en matière de santé. Elle comprend deux volets. Le volet I décrit les comportements individuels de ce qu'on pourrait appeler “ l'hygiène de vie ” (habitudes alimentaires, désordres alimentaires, consommation d'alcool et de tabac, pratique d'activités physiques). Ce premier volet, qui développe déjà une problématique de prévention individuelle, introduira le volet II consacré aux attitudes de prévention. Il s'agira alors d'interroger les individus sur la prévention organisée par le système de soins (couverture vaccinale, dépistages). On observera également la manière dont les individus sont informés et s'informent eux-mêmes sur les facteurs de risque pour la santé (tabac, alcool, MST, drogue, ...) compte tenu des “ moyens ” mis à leur disposition (médias, revues de vulgarisation sur la santé, questionnements aux professionnels ou à l'entourage, lecture d'articles spécialisés, ...). Enfin, il sera intéressant de savoir d'une part si les individus ont le sentiment d'être bien informés et d'autre part s'ils s'approprient réellement l'information reçue (modification de leurs propres comportements).
- La troisième partie analysera les pratiques, voire les “ mécanismes ” qu'adoptent les individus lorsqu'ils sont confrontés au système de soins. Elle comprendrait deux volets. Le premier volet pourrait étudier les relations qu'entretiennent les individus avec les professionnels de la santé (existence d'un médecin “ habituel ”, motivation des consultations, sentiment sur le comportement du médecin -écoute, information sur les facteurs de risque-, relations avec la médecine du travail). Le volet II observerait leurs comportements lorsqu'ils sont confrontés soit à l'entrée dans une maladie (recours à un professionnel, automédication, attente “ que cela passe ”...), soit à la nécessité de gérer une maladie grave ou chronique (suivi médical, observance des traitements, ...).

## 6. Place dans le dispositif statistique existant sur le même sujet ; apport à la connaissance du domaine par rapport à d'autres sources

La consommation de soins et la mesure de la morbidité déclarée est connue en particulier par l'enquête 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 (échantillon permanent d'assurés sociaux).

L'enquête “ actions et pratiques de santé ” n'est pas conçue dans ce même objectif de mesure. Elle se situe quasiment en amont de ces enquêtes en se plaçant du point de vue du comportement de l'individu et de ses attitudes de prévention, ce qui constitue son originalité (par exemple, avant même qu'il y ait consultation, que fait l'individu -automédication ou aucun traitement-, à quel moment consulte-t-il).

Par ailleurs, elle abordera les relations des individus avec le système de soins, en particulier avec les professionnels de la santé. On dispose de peu d'informations sur le sujet. Les baromètres santé du CFES apportent des informations du point de vue des médecins. Il sera intéressant de confronter les deux aspects.

## 7. Champ de l'enquête

Le champ est celui des ménages ordinaires. L'échantillon est celui des enquêtes permanentes sur les conditions de vie des ménages (8 000 ménages).

**8. Période de collecte**

Mai 2001.

**9. Impact sur l'unité enquêtée et temps de collecte**

Le mode de collecte utilisé est un questionnaire administré par l'enquêteur en face à face sous CAPI. Le ménage sera prévenu du contenu de l'enquête par une lettre-avis. La durée de l'interview de l'enquête "actions et pratiques de santé" ne devra pas excéder 20 minutes en moyenne, soit un questionnement total, y compris partie fixe, de 50 minutes.

**10. Groupe de pilotage**

Le groupe est composé de 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) qui est partenaire financier, 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).

**11. Diffusion des résultats**

Les premiers résultats devraient faire l'objet d'un INSEE Première fin 2001. Les études plus complètes s'échelonneront en 2002 sous forme d'articles dans diverses publications.

## Les activités statistiques de l'INED en matière de santé, épidémiologie, mortalité, handicap en France

### **L'enquête handicap, incapacité et dépendance en institution et en ménage ordinaire**

L'INED fait partie du groupe de projet de l'enquête « handicap, incapacité, dépendance » (HID) depuis le début de l'opération en 1996. Elle a à ce titre participé à l'élaboration de la méthode statistique de l'enquête, tant en institutions (novembre 1998) qu'en ménages (filtrage par le questionnaire « Vie, quotidienne et santé » auto-administré aux ménages lors du recensement de mars 1999, puis enquête HID en novembre 1999). Elle s'est en particulier intéressée à la partie du questionnaire concernant l'environnement familial des personnes âgées handicapées afin qu'on puisse décrire l'extrême variété des situations familiales de la personne âgée et handicapée « en raison de son âge ». En effet, la déjà grande variabilité de la taille des familles (frères et sœurs, enfants, petits enfants) est augmentée du fait du hasard de la mortalité qui clairsèment cet environnement. L'environnement familial des personnes handicapées par l'âge serait néanmoins, et en tout cas du point de vue numérique, plus important que pour les personnes « handicapées vieillissantes » qui ont eu un parcours tout à fait différent du fait d'un handicap survenu beaucoup plus jeunes si ce n'est à la naissance. Mais ce ne sera que lorsque le fichier « ménage » sera disponible (sous peu) que nous pourrons étudier cette différence sous tous ces aspects car il faut un fichier représentatif de l'ensemble des situations possibles tant en institution qu'en ménage afin de savoir en particulier si c'est bien un plus grand isolement démographique et sociale qui conduit à la mise en institution.

La survie des personnes handicapées vieillissantes est un problème relativement nouveau par son ampleur et très peu étudié jusqu'à présent. La barrière des 60 ans qui faisait basculer un handicapé de longue date en une personne âgée et la substitution, très défavorable, d'une allocation pour handicap en une allocation pour dépendance, a été récemment abolie dans une circulaire mais continue d'exister sur le terrain.

L'augmentation de la survie des personnes handicapées à la naissance ne peut pas être complètement mesurée par une simple mesure transversale car on ne connaît pas la série statistique de la part dans les naissances des personnes handicapées et seul un suivi longitudinale des personnes enquêtées au premier passage permettra de mieux la mesurer. Cette nouvelle opération statistique qui consiste à retrouver durant les prochaines les dates de décès de cet échantillon est d'une grande importance.

De même le second passage, tant en institution (novembre 2000) qu'en ménage (novembre 2001) permettra de mesurer des changements dans le statut individuel des personnes. Les premiers tests du second passage en institution montrent néanmoins les faiblesses inéluctables d'un questionnement. Ainsi 11 % des personnes interrogées en institution montrent une amélioration de leur état si on pose la même question, par exemple sur les besoins d'aides dans les activités de la vie quotidienne, deux ans après. Mais si on leur demande de confirmer cette amélioration détectée par le programme CAPI, la moitié dément cette amélioration ! De même 30 % des personnes interrogées au premier passage ont objectivement déclaré une situation plus aggravée au second passage mais 36 % de ces dernières la nient. Une telle observation n'est pas sans poser quelques questions sur le « bruit » de nos mesures statistiques. Malgré ce bruit, l'incidence de l'entrée en incapacité est plus grande que celle du recouvrement de la santé, ce qui montre que ce bruit, encore mal mesuré à partir de ce petit échantillon test de 162 personnes en institution, sera néanmoins moindre que le phénomène massif du vieillissement de notre échantillon et donc de son entrée en incapacité. Pour les handicapés jeunes où les risques d'aggravation dus au vieillissement sont faibles, ce bruit masquera sans doute les véritables changement de situation.

La mesure des incidences par âge d'entrée en incapacité ou de recouvrement de la santé, est essentielle pour faire des projections de la dépendance à « situation inchangée » ou avec des variantes tant sur une baisse projetée de l'entrée en incapacité (prévention accrue) que sur un augmentation projetée du recouvrement (amélioration des prothèses de hanche par exemple).

L'INED est représenté au sein du comité de pilotage de l'enquête HID par Nicolas Brouard, Aline Désesquelles et également Catherine Sermet (chercheur au CREDES mais également chercheur associé à l'INED au sein de cette même unité « Mortalité, santé, épidémiologie »). L'association récente de Catherine Sermet à l'INED permettra une collaboration de l'exploitation d'HID sur l'origine des déficiences (après le gros travail du codage des déficiences auquel France Meslé a également participé). On devrait alors pouvoir distinguer les déficiences évitables ou dues à une maladie évitable (tabac, alcool, traumatismes...) et quantifier le niveau de l'incapacité résultante.

### **L'enquête handicap, incapacité et dépendance en milieu carcéral**

L'INED a plus particulièrement pris en charge l'enquête HID en milieu carcéral. Cette population fait en effet rarement l'objet d'enquête statistique et en tout cas de la part d'instituts nationaux. L'enquête sur la famille a été une première tentative de décrire cette population ; l'enquête HID en est une seconde.

L'enquête HID, de part son procédé de filtrage VQS, est une technologie d'enquête plus sophistiquée. De fait un premier test en juin 1999 avec dépôt de questionnaire aux détenus par le vaguemestre de l'établissement pénitentiaire s'est avéré être un échec puisque seulement 30 % des questionnaires nous ont été retournés. Un second test en février 2000 avec administration du questionnaire VQS (3 minutes) en face à face dans le parloir avocat, suivi de l'administration du questionnaire HID (45 minutes) dans le cas où le détenu avait répondu oui à une des 17 questions de VQS, s'est révélé beaucoup plus efficace au sens où les proportions de refus ont été inversées. Mais ces 30 % de refus sont beaucoup plus importants que les 12 % de l'enquête famille. De plus il semble que le refus soit lié à la connaissance du motif de l'enquête (ce qui n'était pas le cas pour l'enquête famille), à savoir la santé. Dans les 3 centres où ont été effectués les tests, le refus semble inversement lié à la prévalence de l'incapacité ; autrement dit les personnes jeunes et en bonne santé, avertis d'une enquête sur la santé, se dérangent moins facilement pour répondre à questionnement.

D'où l'idée actuellement à l'étude de corriger ce biais par la connaissance d'un tableau croisé donnant la liaison statistique entre un état de santé (bon ou mauvais) et le refus du questionnement. Il nous faut ainsi obtenir du service de santé de l'établissement une évaluation de l'état de santé des détenus tirés au sort par le sondage et que cette liste « anonymisée » soit croisée avec la liste des répondants également « anonymisée ». C'est par un jeu de code barre et la liste nominative des détenus sondés inscrite sur une feuille spéciale "à bandes détachables" qu'on pourra à la fois établir cette corrélation tout en garantissant le double anonymat, de l'état de santé de chaque détenu tel que déclaré par le médecin de l'hôpital et son lien avec sa participation ou non à l'enquête. La corrélation ne sera donc connue que collectivement, au niveau de l'établissement et non au niveau individuel. Ce travail supplémentaire, nécessaire pour corriger le biais induit par les refus, permettrait également d'impliquer les médecins des établissements dans une cette opération. Les premières analyses des tests démontrent que la prévalence de l'incapacité en milieu carcéral est bien plus importante que dans la population libre aux mêmes âges, tant pour les incapacités physiques que physiques. La mise en prison d'un individu nous apparaît, au travers de ce test, comme le résultat d'un processus de désavantages cumulés depuis la naissance : orphelin ou enfant placé dans son enfance, échec scolaire et/ou difficultés pour la lecture (le plus souvent d'ordre psychique), cantonnement à des métiers de manutention, accidents de travail ou accident de loisir, mauvaises réparations de ces accidents.

Le sous-groupe du projet HID prison est animé par Aline Désesquelles de l'INED et regroupe des personnes de l'administration pénitentiaire, de la direction générale de la santé, de la direction des hôpitaux, de la DREES, des membres du groupe de projet HID et à ce titre l'INSEE dont on utilisera la logistique et en particulier le réseau d'enquêteurs.

### **Les statistiques des interruptions volontaires de grossesse**

La loi de 1975 confère à l'INED en liaison avec l'INSERM, le soin d'analyser et de publier les statistiques établies à partir des déclarations d'IVG prévues à l'article L162-10 du code de la santé publique.

L'INED a régulièrement consacré une rubrique du Rapport annuel au Parlement à ce sujet, ainsi que divers articles dans *Population* et *Population et Sociétés*. Ces analyses devront être poursuivies. Des Annuaires ont aussi été publiés sur les données des années 1976 à 1996.

Le nombre des avortements déclarés fait l'objet d'une grande stabilité ces dernières années, 163 328 en 1994, 160 775 en 1995, 162 792 en 1996, 163 985 en 1997. Un nouveau groupe de travail comprenant, l'INSERM, la DREES, la DGS et l'INED doit à la fois moderniser le système de recueil statistique du bulletin actuel (passage à la saisie optique en 2001) et explorer les nouvelles voies que seraient le PMSI pour le dénombrement et une enquête tous les 3 ou 5 ans auprès des établissements durant une période donnée (3 semaines à 1 mois).

### **L'enquête auprès des médecins anesthésistes-réanimateurs**

A la demande du Collège français des anesthésistes-réanimateurs et de la Société française de l'anesthésie réanimation, l'INED a entrepris en novembre 1998, tout comme l'INSERM avait entrepris en 1996 une enquête intitulée "3 jours d'anesthésie réanimation" pour décrire l'activité anesthésique, une enquête sur la démographie des médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR). 1485 référents d'établissements ont pu faire distribuer aux MAR de leur établissement le questionnaire individuel confidentiel. 1196 référents ont effectivement retourné 7413 questionnaires à l'INED et escompté 270 refus. Par contre 289 référents d'établissements (plus petits en moyenne) n'ont pas retourné de questionnaire, pas même le leur. 66 d'entre eux ont néanmoins fait part par téléphone à l'INED du refus de 253 MAR ; les 223 autres n'ont donné aucune information ou n'ont pu être contacté. Pourtant un premier dénombrement par téléphone et par l'INED auprès de ces référents ou de leur secrétariat de juillet à septembre 1998 du nombre total de leur collègues serait de 968 MAR ; en appliquant un coefficient correcteur de sur déclaration téléphonique observé parmi les répondants de 75 %, on passe de 968 à 739 soit un total de **8675** MAR en novembre 1998. Ce nombre, établi à la centaine près, est tout à fait proche de celui donné par le Conseil national de l'ordre des médecins à la même date. Ainsi, le fait d'exercer le métier d'anesthésiste réanimateur dans un établissement en France (définition SFAR-CFAR) ou celui de payer sa cotisation au CNOM en y déclarant exercer la spécialité AR, sont numériquement tout à fait équivalents. Voilà au moins deux sources de données différentes qui donnent un même résultat. C'est un argument de poids pour utiliser les données du conseil de l'ordre pour établir des projections tant du nombre total de médecins que des spécialités et non l'enquête emploi d'effectif trop faible ou le répertoire ADELI qui sous-estime le nombre des médecins et surtout réagit avec retard à l'arrêt de la croissance du nombre des médecins observé par le CNOM.

Silvia Pontone, anesthésiste et chercheur associée à l'INED en particulier sur ce projet, a notamment fait des projections de certaines spécialités (ophtalmologie, anesthésie-réanimation et gynéco-obstétrique) à l'horizon 2020 qui ont été présentés aux Assises hospitalo-universitaires consacrées à la démographie médicale en novembre 1999.