

Formation SANTÉ, PROTECTION SOCIALE

Réunion du 28 mai 2001

Compte rendu de l'examen des avant-projets
de programmes statistiques pour 2002

PROJET D'AVIS

LISTE DES SERVICES PRODUCTEURS

COMPTE RENDU DE LA REUNION

LISTE DES DOCUMENTS PRÉPARATOIRES OU DISTRIBUES EN RÉUNION

AVIS D'OPPORTUNITÉ

PROJET D'AVIS

proposé par la formation Santé, protection sociale le 28 mai 2001

1. Le Conseil se félicite de la programmation de l'enquête décennale sur la santé en 2002.
Il rappelle son soutien à cette opération exprimé dans son avis général sur le programme 1999-2003 et renouvelé dans son avis général sur le programme 2000.
Il souligne le caractère irremplaçable de cette source structurelle sur la santé et le recours aux soins.
Le Conseil a pris connaissance des innovations de l'enquête de 2002 : l'utilisation des données de l'assurance maladie pour un appariement avec les données individuelles de l'enquête et le recours à un examen de santé pour associer des données objectives aux mesures de la santé perçue.
Il porte un grand intérêt à ces améliorations.
2. Le Conseil constate avec satisfaction le début de mise en œuvre de l'amélioration de la connaissance de l'action sociale décentralisée, conformément aux orientations à moyen terme, avec le lancement de l'enquête sur l'action sociale communale.
3. Le Conseil encourage la MSA dans la mise en place du nouveau système d'information (SNIIR-AM base agricole) afin d'améliorer la connaissance statistique sur l'offre et la demande de soins pour le régime agricole.
4. Le Conseil encourage la mise en œuvre de l'enquête sur l'assurance maladie complémentaire dans des conditions permettant d'alléger la charge de réponse directe des entreprises et organismes concernés en ayant accès aux informations recueillies pour le contrôle.
La mise en œuvre de cette opération permettra de satisfaire aux besoins de comparaison entre pays européens.
Le Conseil recommande l'association active de l'ensemble des partenaires concernés par cette opération.
5. Le Conseil prend note avec intérêt de la mise en place de l'échantillon inter régimes des bénéficiaires des minima sociaux qui permettra une vision élargie des trajectoires des intéressés à partir d'extraits de données administratives et d'enquêtes thématiques sur des sous-échantillons de bénéficiaires.
6. Le Conseil marque son intérêt pour la préparation du futur échantillon statistique inter régimes de cotisants pour disposer d'informations sur les droits acquis à la retraite par les personnes d'âge actif.
7. Le Conseil souhaite créer un groupe de travail sur l'inventaire et la question de diffusion sur la consommation de médicaments, dans un souci d'amélioration de la connaissance et de coordination des outils statistiques en partenariat avec le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique (SNIP) et les administrations et organismes concernés.
8. Le Conseil rappelle son attachement à l'établissement d'un inventaire des sources statistiques sur l'état de santé de la population.
9. Le Conseil souhaite que se développe la réflexion sur une meilleure connaissance de l'activité en médecine de ville au-delà des actes de la nomenclature.
Il note que la refonte du répertoire ADELI qui doit être engagée de manière transversale par le ministère de l'emploi et de la solidarité, participera de manière indirecte à l'amélioration de la qualité de ces informations.

LISTE DES SERVICES PRODUCTEURS

ayant présenté un programme statistique à la formation Santé, protection sociale réunie le 28 mai 2001.

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

- . Pôle infrastructures géographiques
- . Mission répertoires des équipements
- . 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 ET DE LA DECENTRALISATION

Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFF)

MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE (MSA)

COMpte RENDU DE LA RÉUNION DE LA
FORMATION SANTÉ, PROTECTION SOCIALE
- 28 mai 2001 -

Président : Jean de KERVASDOUÉ, Professeur au conservatoire national des arts et métiers, chaire d'économie et gestion des services de santé

Rapporteur : Philippe CUNEO, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

RAPPEL DE L'ORDRE DU JOUR

I - Introduction générale (M. de KERVASDOUÉ)

II - Suivi des avis donnés sur le programme 2001 (M. CUNEO)

III - Examen des avant-projets de programmes statistiques pour 2002

1. Exposé synthétique (M. CUNEO)
2. Débat
3. Point sur les travaux statistiques prévus au moyen terme 1999-2003
4. Présentation des projets d'enquêtes pour avis d'opportunité :
 - Enquête "Santé" 2002-2003
 - Enquête "Seniors immigrés"
 - Enquête sur la Santé et la protection sociale
 - Enquête sur les usagers et services d'urgence
 - Enquête Pratique professionnelle des généralistes libéraux
 - Enquête sur la prise en charge des personnes atteintes de cancers
 - Enquête sur les modes d'accueil et de garde des jeunes enfants

IV - Suivi des travaux des groupes de travail :

- Professions de santé (Mme CASES)
- État de santé de la population (Mme CASES)

V - Projet d'avis de la formation (Mme AMIEL)

LISTE DES PARTICIPANTS

M ^{me}	AMIEL Marie-Hélène	Secrétaire général adjoint du CNIS
M ^{me}	ARTIGUEBIEILLE Jacqueline	Secrétariat du CNIS-Comité du label
M ^{me}	ATTIAS-DONFUT Claudine	CNAV
M.	BAGUELIN Jean	ENIM
M.	BITAN Freddy	Min. de l'emploi et de la solidarité-DGS
M.	BROUARD Nicolas	INED
M ^{me}	CASES Chantal	Min. de l'emploi et de la solidarité-DREES
M.	CASTRIA Laurent	FEHAP
M.	CUNEO Philippe	Min. de l'emploi et de la solidarité-DREES
M.	de KERVASDOUÉ Jean	CNAM
M ^{me}	DELBECQ Jacqueline	INSERM
M ^{me}	DUMAS Danielle	INSEE
M ^{me}	DUMONTIER Françoise	INSEE
M ^{me}	FELDER Camille	Min. de l'emploi et de la solidarité-DGS

M ^{me}	FONTAINE Danièle	FNORS
M.	FOULON Daniel	Min. de l'emploi et de la solidarité-DHOS
M.	ISNARD Hubert	INVS
M.	JACQUOT Alain	CNAF
M.	LANOE Jean-Louis	INSEE/INSERM
M.	LE FUR Philippe	CREDES
M ^{me}	LE LAIDIER Sylvie	CNAMTS
M ^{me}	LEVY Sandrine	FEHAP
M.	LUBINEAU Christian	ENIM
M ^{me}	MERMILLIOD Catherine	Min. de l'emploi et de la solidarité-DREES
M ^{me}	MEYER Christine	FNMF
M ^{me}	PAVARD Christiane	Secrétariat du CNIS
M.	PELC Alain	CCMSA
M.	POLTON Dominique	CREDES
M.	PUIG Jean-Pierre	Secrétaire général du CNIS
M.	RIANDEY Benoît	INED
M.	SANTELMANN Paul	AFPA
M.	VOLATIER Jean-Luc	AFSSA

I. Introduction générale

Monsieur de Kervasdoué souhaite la bienvenue aux personnes présentes. En préambule, il tient à souligner la qualité des dossiers réalisés par la DREES, et notamment celle du quatre pages, qu'il a trouvé très intéressant. Monsieur de Kervasdoué est conscient que l'administration est peu remerciée lorsqu'elle le mérite : aussi profite-t-il de l'occasion qui lui est donnée pour le faire.

II. Suivi des avis donnés sur le programme 2001

A l'invitation de Monsieur de Kervasdoué, Monsieur Cuneo présente le suivi des avis de l'année 2001.

1. Suivi du premier avis

Le suivi du premier avis 2001 sera présenté de façon approfondie au moment des avis d'opportunité, puisqu'il s'agit de l'enquête " Santé " 2002-2003. A ce stade, il convient de donner quatre éléments d'information. Premièrement, les travaux progressent avec un questionnaire en test. Deuxièmement, le financement de l'enquête est assuré. Troisièmement, le dossier sera très bientôt soumis à la CNIL. Enfin, deux appariements seront faits avec cette enquête, l'un avec le fichier de la CNAMTS et l'autre avec les données issues de bilans de santé qui seront proposés à quelques personnes volontaires. La formation est invitée à formuler un souhait sur la réalisation de ces appariements avec l'enquête " Santé ".

2. Suivi du deuxième avis

Les normes, concepts et nomenclatures ont évolué dans de nombreux domaines. Cependant, les évolutions sont moins marquées dans certains secteurs que dans celui de l'enquête " Santé " par exemple.

Dans la mesure de l'activité des établissements hospitaliers notamment, des progrès sensibles ont été réalisés, tant du côté de la statistique exhaustive annuelle des établissements que du côté du rapprochement avec le PMSI et de l'articulation de ces dispositifs avec l'enquête de conjoncture hospitalière. Un certain nombre d'instruments et d'indicateurs de mesure sont désormais disponibles, au-delà du nombre de journées ou de séjours. A ces instruments, s'ajoute une ébauche de mesure de l'activité des établissements hospitaliers à partir de la valeur des points ISA

Du côté des comptes, l'année 2001 verra le passage des comptes de la sécurité sociale de la comptabilité en encaissements/décaissements à la comptabilité en droits constatés. Toutefois, le travail d'harmonisation et de rapprochement entre les comptes de la sécurité sociale et ceux de la comptabilité nationale ne fait que débiter en raison de divergences dans les concepts.

En réponse à une question de Monsieur de Kervasdoué, Monsieur Cuneo précise que le rapprochement entre les comptes de la sécurité sociale et ceux de la comptabilité nationale prendra deux à trois ans. Pourquoi un tel délai ? Parce que, dans les comptes de la sécurité sociale, les dépenses afférentes à une année donnée ne sont pas toutes disponibles au moment de la clôture des comptes : elles sont donc estimées et provisionnées. Cette logique de provisions n'étant pas celle des comptes nationaux, un travail important de rapprochement est à réaliser.

3. Suivi du troisième avis

Dans son troisième avis, la formation souhaitait une exploitation riche des résultats de l'enquête HID. Cet avis a été écouté. Les résultats de l'enquête HID ont été présentés lors d'un colloque en décembre 2000 (les actes de ce colloque paraîtront en juin 2001). Ils seront également présentés fin 2001 dans un colloque de spécialistes. Enfin, une présentation des résultats sera faite au public au deuxième semestre 2002. Un travail conséquent a été effectué par les différents partenaires de l'enquête.

4. Suivi du quatrième avis

Dans son quatrième avis, la formation demandait une accentuation de la mise à disposition de données détaillées. Si des attentes demeurent dans certains domaines, des résultats forts ont été obtenus dans d'autres, notamment la diffusion par la CNAM des données MEDICAM qui fournissent de façon régulière des informations précises sur le marché des médicaments et sur leur consommation, la diffusion par la DREES des bases PMSI redressées et des tableaux de morbidité hospitalière par département. La DREES a cependant diffusé ces données avec un an de retard sur ses projets.

Le point des informations sur la démographie médicale sera fait au cours de la réunion.

Enfin, la publication des informations sur les souhaits des usagers en matière d'indicateurs de performance et sur l'articulation des informations a été réalisée à partir des travaux du groupe sur la performance des établissements hospitaliers.

Les représentants des services statistiques sont invités à présenter leurs publications, si besoin est, lors de l'examen des avant-projets.

5. Suivi du cinquième avis

Le cinquième avis, qui est relatif à l'enquête " Santé ", sera traité en point particulier de l'ordre du jour.

6. Suivi du sixième avis

Le sixième avis concernait l'harmonisation de la statistique annuelle des établissements, de l'enquête de conjoncture et du PMSI. Quelques compléments sont à apporter à ce qui a été dit sur le suivi du deuxième avis. Pour la deuxième année consécutive, le document publié par la DREES sur l'activité hospitalière essaie de rapprocher les informations issues du PMSI et de la SAE. Par ailleurs, l'enquête de conjoncture a été rénovée, afin de rapprocher les concepts utilisés de ceux du PMSI et de la SAE.

Monsieur Cuneo informe Monsieur de Kervasdoué que la réforme de la SAE est sur le terrain depuis le début de l'année 2001. Les établissements commencent à répondre, mais la profusion des supports (papier, cédérom, internet), que la DREES a voulu identiques, a posé des problèmes aux établissements. Les premiers résultats devraient être bientôt publiés, conformément aux principes du nouveau processus (publication précoce, après contrôle de pertinence, des résultats disponibles en ligne sous forme d'estimations chiffrées). Monsieur Cuneo assure à Monsieur de Kervasdoué que les grands établissements, notamment l'assistance publique, sont au travail. De l'avis de Monsieur Cuneo, ils devraient s'approprier les nouveaux supports et transmettre leurs données.

7. Suivi du septième avis

Le travail sur le dispositif ERASME progresse, même si le chantier est considérable. Après la mise à disposition des informations relatives aux professionnels et aux établissements, les données sur les particuliers et l'aspect inter-régimes devraient suivre l'année prochaine. Le bénéfice de ce travail sera tiré au moment de l'enquête " Santé ".

8. Suivi du huitième avis

Le huitième avis concernait le groupe de travail sur les professions de santé. Les travaux du groupe touchent à leur fin.

Monsieur Cuneo présente ses excuses pour le retard pris dans l'organisation de la réunion de concertation prévue et assure que cette réunion aura lieu bientôt.

9. Suivi du neuvième avis

L'enquête SUMER, qui faisait l'objet du dernier avis de l'année 2001, sera évoquée au cours de la présentation des avant-projets de programme 2002.

10. Débat

Monsieur de Kervasdoué demande si les statistiques publiées sur la morbidité hospitalière seront exhaustives au niveau des pathologies.

Madame Cases répond par l'affirmative : ces statistiques seront à l'image de Score-Santé et seront donc assez détaillées.

Monsieur de Kervasdoué recommande à la DREES et à la DHOS de ne pas se contenter de diffuser les données sur Internet mais de les présenter dans le cadre d'une conférence de presse et d'en faire une exploitation papier. En effet, les statistiques dans ce domaine sont de plus en plus sophistiquées et les données brutes et redressées méritent d'être expliquées afin d'être bien comprises des médias et du grand public. Il convient notamment de s'assurer de la compréhension de la notion de prévalence.

Monsieur de Kervasdoué rappelle également de ne pas oublier de communiquer vers la presse régionale.

Monsieur Cuneo est à peu près certain que les statistiques seront publiées sur support papier. En revanche, il doute qu'une conférence de presse soit organisée, dans la mesure où cette pratique est peu usitée dans le milieu administratif.

Monsieur de Kervasdoué trouve dommage que les administrations d'État recourent aussi peu aux conférences de presse, dans la mesure où ces réunions permettent de mettre à la portée de toutes les personnes intéressées des productions réalisées sur des deniers publics.

A la demande de Monsieur de Kervasdoué, Monsieur Cuneo fait le point sur l'état d'avancement du PMSI dans les services de soins de suite, de long séjour et de psychiatrie.

Pour les soins de suite, les données sont disponibles sur Internet depuis 1999.

En ce qui concerne la psychiatrie, l'expérimentation est en cours et la CNIL devrait bientôt voir le dossier. Le PMSI en psychiatrie devrait être mis en exploitation à la mi-2002.

Enfin, s'agissant des longs séjours, les travaux ne sont pas vraiment engagés.

Monsieur de Kervasdoué souhaite que la question de la mise à disposition des informations sur l'activité de long séjour soit posée à la DHOS formellement. Il souhaite également recevoir des informations complémentaires sur l'expérimentation dans le domaine de la psychiatrie et propose que ces informations soient diffusées aux membres de la formation.

Monsieur Cuneo évoque un dernier point. Il serait intéressant de mettre en place, avec l'accord de principe du syndicat national de l'industrie pharmaceutique, un groupe de travail dont l'objectif serait, d'une part, de faire l'inventaire des sources qui existent sur le médicament et, d'autre part, d'étudier la diffusion, l'accès et l'utilisation de ces sources et des informations qu'elles contiennent. La DREES a accès aux données du GERS, via le Comité économique des produits de santé, et des problèmes sont apparus sur la possibilité ou non de citer des produits particuliers. La citation de produits particuliers présente le risque d'être considérée comme une stigmatisation ou comme une publicité détournée. Pourtant, dans un souci d'information transparente du public, il est nécessaire de donner des noms précis de spécialités pharmaceutiques. Il serait donc intéressant de constituer un groupe de travail sur ce thème, en associant la CNAM si tel est son souhait, l'AFSSAPS ou d'autres partenaires du domaine.

III. Point sur les travaux prévus à moyen terme (1999-2003)

A l'invitation de Monsieur de Kervasdoué, Monsieur Cuneo fait le point sur les travaux prévus à moyen terme (1999-2003).

1. Première orientation : création de la DREES

La DREES a été effectivement créée.

2. Deuxième orientation : développement des systèmes d'information

Dans sa deuxième orientation, la formation encourageait le développement des différents systèmes d'information – le réseau santé social, le PMSI, ERASME, le SNIIRAM... – et invitait les caisses à poursuivre leurs efforts pour rendre leurs systèmes d'information compatibles, les moderniser et assurer une meilleure diffusion des données. Le PMSI et les systèmes d'information de l'assurance maladie font l'objet d'importants travaux de développement.

3. Troisième orientation : création de panels inter-dispositifs

La troisième orientation concernait les panels inter-dispositifs. Les représentants des services présents dans la salle peuvent attester de la mise en place de ces panels : le panel des bénéficiaires des minima sociaux, l'échantillon inter-régimes de cotisants...

4. Quatrième orientation : mise en place d'une enquête HID de cadrage

Cette orientation s'est réalisée au-delà des vœux de la formation.

5. Cinquième orientation : analyse des déterminants en matière de retraite

La création du COR, les travaux de la DREES, de la CNAV et d'autres services montrent que les retraites sont une préoccupation partagée par les services.

6. Sixième orientation : modernisation du dispositif d'observation hospitalière

La sixième orientation était consacrée à la modernisation du dispositif d'observation hospitalière et aux trois outils que sont l'enquête SAE, le PMSI et l'enquête de conjoncture.

Le fichier des établissements sanitaires et sociaux ne comprend pas seulement les hôpitaux et les cliniques mais aussi les établissements sanitaires et sociaux. Ce dispositif va être réformé et arrimé à SIRENE 3, dans le cadre d'un système de répertoire satellite. Le fichier actuel connaît en effet un certain nombre de difficultés.

- Sa structure rend délicate la prise en charge du renouvellement des autorisations.
- Les gestions périphériques non prévues au départ sont pratiquement impossibles. La gestion de ce dispositif est donc de plus en plus complexe pour les cliniques privées et toutes les formes juridiques qui gravitent autour.
- Enfin, les réseaux ne sont pas pris en compte. Le système non "historisé" ne permet pas de prendre correctement en compte les restructurations.

Pour toutes ces raisons, il était nécessaire de travailler à une refonte profonde de ce dispositif. La réflexion est d'ores et déjà engagée et devrait aboutir en 2004-2005 à un nouveau dispositif. Dès cette année, une définition précise des besoins et un cahier des charges devraient être réalisés avec la CNAM et l'INSEE. Cette refonte s'inscrit dans le cadre d'une maîtrise d'ouvrage transversale puisque beaucoup de services sont concernés.

7. Septième orientation : système d'observation des structures sanitaires et sociales

La septième orientation concernait le système d'observation des structures sanitaires et sociales.

8. Huitième orientation : extension de l'observation dans le domaine de l'action sociale

La DREES, la DGS et la CNAF ont mené d'importants travaux dans le domaine de l'action sociale, avec les associations et avec l'observatoire de la pauvreté et de l'exclusion.

9. Neuvième orientation : éclairage et analyse de l'information régionale et locale

Dans ce domaine aussi, des résultats ont été obtenus. On peut saluer l'action de la FNORS dans le cadre de Score-santé et les travaux de la CNAF au niveau des bassins d'emplois.

10. Dixième orientation : facilitation de l'accès général aux données des services

Des améliorations ont été apportées dans ce domaine.

11. Onzième orientation : meilleure connaissance du contexte international

Là aussi, quelques actions ont été menées, même s'il reste encore beaucoup à faire.

12. Débat

M BITAN précise que la DGS est maître d'ouvrage de Score-santé (ex-BRSP) et que la FNORS est maître d'œuvre. Cette précision est d'autant plus importante que la DGS souhaite engager une réflexion du niveau 3 de Score-santé et qu'un re profilage du dispositif est envisagé.

Il souligne également que la DGS est très motivée dans le cadre de la réforme du répertoire ADELI, pour au moins trois raisons :

- les besoins d'études sur la démographie des professionnels de santé ;
- la nécessité de disposer d'un répertoire contenant les adresses e-mail des professionnels à des fins d'alerte sanitaire ;
- l'identification plus précise des professionnels de santé, dans la perspective de la deuxième génération des systèmes d'informations de santé.

Le représentant de l'AFPA a une interrogation par rapport aux informations liées aux politiques de prévention des risques professionnels (accidents du travail et maladies professionnelles) : des études sont-elles menées pour évaluer l'intégration par les systèmes de formation professionnelle et d'enseignement technique des informations relatives aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ?

Monsieur de Kervasdoué pense que cette question, même si son intérêt est indéniable, sort du champ et du rôle du CNIS. Il suggère de la poser à la DARES, qui pilote l'enquête sur les risques professionnels.

Madame Meyer souhaite que la mutualité soit associée au groupe de travail sur les sources d'information sur le médicament.

Madame Amiel précise que, si un tel groupe était constitué, tous les membres de la formation seraient invités à y participer.

Monsieur de Kervasdoué fait plusieurs commentaires. D'abord, le programme 1999-2003 est pour l'essentiel atteint : il ne faut donc pas attendre la fin de la période pour le revoir. Il suggère de présenter l'année prochaine un programme 2002 à 2005 ou 2006, qui permette d'intégrer les travaux

dans un calendrier un peu plus long que l'année, d'autant que le grand problème reste la médecine de ville.

En effet, l'hospitalisation est globalement bien connue. Des travaux reprenant les fondations des fichiers sont engagés et devraient aboutir dans six ou sept ans, mis à part dans le domaine des indicateurs de qualité des soins. On ne peut pas en dire autant de la médecine de ville : il n'existe pas d'indicateurs de mesure de l'activité ni *a fortiori* d'évaluation de la qualité des soins. Il est essentiel de se mettre sérieusement au travail dans ce domaine.

Monsieur de Kervasdoué évoque un dernier sujet de réflexion : le travail de la CNAM. Alors que celle-ci produit et participe à de nombreuses enquêtes, elle publie fort peu de données. Quels sont les critères qui guident la CNAM dans le choix des études et des résultats diffusés ?

Pour Monsieur Puig, il faudrait distinguer :

- le moyen terme qui est coordonné pour l'ensemble des formations et pour lequel le secrétariat du CNIS présente les évolutions et les réalisations au conseil réuni en assemblée plénière ;
- la présentation des productions d'un service dans une perspective de moyen terme en essayant d'éclairer la formation sur la suite des opérations au-delà de l'année suivante.

Pour Monsieur Puig, cette présentation faciliterait d'autant la constitution du programme de moyen terme suivant, 2004-2008.

Même s'il comprend les arguments avancés par le secrétaire général, Monsieur de Kervasdoué trouve ce mode d'emploi un peu lourd. Il souhaite que sa demande soit transmise au bureau ou au conseil.

En tout état de cause, il suggère d'engager au plus tôt la réflexion sur le prochain le programme moyen terme de la formation quitte à devancer le calendrier du CNIS. Cette perspective plus longue lui semble nécessaire à l'aboutissement des travaux évoqués précédemment.

Monsieur Puig estime que rien n'empêche la formation de se donner un programme prospectif, pour peu qu'elle suive le moyen terme transversal aux formations et pour autant qu'elle ait les moyens de faire des propositions au-delà de l'année suivant l'année de programme.

Monsieur de Kervasdoué insiste sur le fait que certains travaux, comme la mesure de l'activité de la médecine de ville, nécessitent un cadre temporel de six, sept ou huit ans.

Monsieur Bitan indique que les travaux ERASME ou ceux du SNIIRAM ont porté leurs fruits. Si le SNIIRAM voit le jour, des données au moins aussi fiables que celles du PMSI seront disponibles sur la médecine de ville à horizon de trois ans.

Monsieur de Kervasdoué connaît bien les sources. Suite à la commission ESCA, une réforme de la nomenclature a été proposée, mais ce rapport est confidentiel et ne devrait pas être diffusé avant les élections de 2002. Cela dit, la refonte de la nomenclature des actes est, pour Monsieur de Kervasdoué, une condition nécessaire mais non suffisante pour avoir une connaissance précise de l'activité des médecins de ville. La connaissance des actes ne suffit pas pour savoir ce qui se passe au cours d'une consultation.

Monsieur Bitan indique simplement que ce projet, qui touche au problème conceptuel politique, devrait sortir plutôt après le premier semestre 2002. Monsieur Bitan pense que l'avancée des travaux de la CNAM sur le SNIIRAM donnera des éléments plus précis sur l'activité des médecins de ville.

Monsieur de Kervasdoué ne souhaite pas rentrer dans le débat politique autour de la réforme de la NGAP envisagée par ESCA (cette réforme se fait-elle à francs constants ou pas ?). Il tient simplement à souligner que la réforme envisagée de la nomenclature de la médecine de ville règlera le problème de la biologie, de la chirurgie, de l'échographie, etc. mais non pas celui des actes cliniques. Comment la DGS et la CNAM comptent-elles mesurer l'activité de la médecine de ville en dehors des actes ?

Madame Le Laidier répond que la CNAM n'est pas la seule à détenir les clés du problème : il faut aussi que les médecins acceptent de donner des diagnostics à la CNAM, ce qui n'est pas le cas pour le moment, loin s'en faut.

Elle ajoute que la médecine de ville recouvre, en plus de la médecine libérale, l'activité externe des hôpitaux. Celle-ci est aujourd'hui peu connue. La CNAM souhaite que les médecins hospitaliers soient enregistrés avec un numéro ADELI ou un autre numéro, mais ce n'est pas encore fait. Des enquêtes spécifiques sur la prescription hospitalière sont en cours de développement, mais en l'absence d'identification des médecins hospitaliers, il est difficile de relier la prescription à un médecin donné. Concernant la connaissance des pathologies traitées par les médecins de ville, Madame Le Laidier pense qu'il faudrait s'orienter, dans un premier temps, sur des enquêtes par sondage plutôt que sur des recueils exhaustifs.

Madame Le Laidier souligne que la télétransmission des feuilles de soins a été difficile à faire accepter par le corps médical : la télétransmission d'autres données n'est donc pas envisageable pour l'instant.

Monsieur de Kervasdoué désapprouve la frilosité de ces propos. Il rappelle que l'avancée du PMSI ne s'est pas faite avec l'accord du corps médical hospitalier, mais un peu en force. Pour Monsieur de Kervasdoué, le problème avec la médecine de ville est à la fois conceptuel et politique. La question centrale est en effet : jusqu'à quel niveau de détail faut-il aller pour savoir ce qui se passe au moment d'une consultation ? C'est un problème conceptuel. Un certain nombre d'URCAM, dont celle de l'Île-de-France, sont en train de tester des mesures de l'activité des médecins de ville, dont la casographie de Braun, car cela les intéresse. Monsieur de Kervasdoué ne nie pourtant pas que le problème politique, qui a trait au contrôle de l'activité des médecins, soit sensible.

Pour autant, la question qui le préoccupe reste : que veut-on savoir sur ce qui se passe dans la médecine de ville, sachant que ce qui compte et comptera de plus en plus, c'est la coordination de la prise en charge ? Il ne peut exister de réseaux de prise en charge des malades sans une description, relativement grossière mais en même temps précise, de ce qui se passe à chaque étape de la prise en charge. On ne peut se contenter de mesurer l'activité des hôpitaux et des cliniques. Aux yeux de Monsieur de Kervasdoué, le grand danger du PMSI dans les hôpitaux et les cliniques et du paiement à la pathologie, c'est le déversoir en amont et en aval de l'hospitalisation. Pour se prémunir contre cette dérive, il faut pouvoir décrire la prise en charge d'épisodes de soins et, pour cela, il est nécessaire d'avoir une mesure de la raison pour laquelle un malade va voir un médecin de ville, sachant que cette raison peut être autre chose qu'une pathologie. Dans cette perspective, un système d'information qui se limite aux actes est insuffisant.

Monsieur de Kervasdoué plaide depuis longtemps pour une révision annuelle de la nomenclature, qui permettrait, d'une part, de dépassionner les débats sur la nomenclature et, d'autre part, de tenir compte des évolutions rapides de la médecine.

Monsieur de Kervasdoué évoque enfin le problème de la mesure de l'activité des cliniciens. Il existe de nombreux processus de mesure : un processus basé sur le temps, un système de paiement avec points, comme en Allemagne, qui donne un peu plus d'informations que le COCS, etc. Les services pourraient s'inspirer de ces différents systèmes.

Madame Le Laidier répond en partie à la question posée, en signalant que le SNIIRAM, à partir du moment où le bénéficiaire sera identifié – ce qui va être le cas sous réserve de l'accord de la CNIL – contiendra aussi des informations du PMSI : cela permettra de voir, sur des épisodes de soins, ce qui est traité à l'hôpital et ce qui est fait en ville, sans avoir les pathologies.

Madame Le Laidier ajoute que, pour les personnes les plus malades, il est possible, par le biais des ALD 30, de médicaliser le système d'information, avec le codage des médicaments et de la biologie et avec des équipes médicales.

Cela dit, avoir tous les symptômes ou toutes les " raisons " pour lesquelles les patients vont consulter en ville de manière exhaustive paraît démesuré à Madame Le Laidier pour l'instant et difficile à mettre en œuvre.

Monsieur de Kervasdoué réfute l'argument : s'occuper des ALD 30 n'est pas plus démesuré que demander les diagnostics puisque, par définition, les ALD 30 contiennent les diagnostics (pour être remboursé à 100 %, le diagnostic est obligatoire). Cela dit, Monsieur de Kervasdoué pense que l'assurance maladie pourrait exploiter mieux qu'elle ne le fait les ALD 30. Pour le reste, il souhaite que la France se préoccupe d'enrichir son système d'information, pour être en capacité de mesurer l'activité de la médecine de ville. D'autres pays comme l'Allemagne, les États-Unis ou le Canada ont

trouvé des solutions à ce problème, solutions qui n'entraînent pas une complexification excessive du système d'information.

Madame Meyer revient sur la question : de quels éléments d'information a-t-on besoin pour une meilleure coordination des soins ? Le besoin d'informations est lié à l'organisation des soins. Si le système était plus régionalisé et si l'organisation de la proximité était différente, il serait peut-être plus facile de mettre en place un système d'information qui soutiendrait des organisations de soins de proximité, plus denses et un peu mieux coordonnées qu'elles ne le sont actuellement.

Madame Meyer se demande par ailleurs s'il ne faut pas déconnecter, du moins en partie, les informations de facturation (nomenclature) du contenu même de l'activité médicale : il s'agirait de ne pas considérer la facturation comme une fin en soi. En France, certains médecins contribuent déjà à des recueils d'information de cette nature, que ce soient ceux qui sont volontaires dans des réseaux de soins ou bien ceux qui fournissent de l'information dans le cadre du réseau THALES ou d'autres dispositifs. Cela dit, ces initiatives restent des initiatives privées.

Monsieur Pelc, pour la MSA, considère que le SNIIRAM, qui va être mis en place au niveau de l'inter régime, constitue une réelle avancée au niveau statistique : il va falloir apprendre à maîtriser l'outil, ce qui n'est pas assuré d'emblée. En effet, il s'agira de passer d'une logique de description de nature transversale à un système de nature longitudinale, ce qui nécessitera un effort de conceptualisation et de développement. Dans un deuxième temps, il faudra mettre en place la notion de motif ou de "raison" de recours aux soins : en cela, Monsieur Pelc donne raison aux intervenants précédents. Cependant, il n'est pas certain que, si cette information était disponible aujourd'hui, les uns et les autres seraient capables de l'utiliser. Dans la mesure où la démarche à mettre en place ne peut être que progressive, Monsieur Pelc plaide pour une inscription dans un cadre pluriannuel. Il ne souhaite pas que la question se cantonne à un débat conventionnel, surtout si l'on s'oriente vers la demande des motifs de recours par la classification de Braun ou directement la demande de la pathologie au niveau des médecins.

Madame Polton est d'accord avec les propos de Madame Meyer. Pour avoir les éléments que l'on souhaite sur les motifs de recours (diagnostics ou symptômes), il n'est pas nécessaire d'avoir une information exhaustive : tout dépend de ce que l'on veut en faire. Constituer des échantillons de médecins, avec des professionnels autres que ceux qui ont déjà eu une démarche volontaire, constituerait déjà une avancée indéniable. L'information exhaustive reste un objectif plus lointain car elle pose de nombreuses difficultés, notamment de qualité. Certains pays qui ont fait le choix d'une information exhaustive générale rencontrent quelques problèmes de qualité de l'information restituée. Les solutions statistiques (échantillonnage ou recueil exhaustif) sont discutables.

Monsieur de Kervasdoué abonde dans ce sens : l'exhaustivité n'est pas indispensable. A ses yeux, le plus important est de structurer collectivement les échanges, y compris décentralisés, dans les réseaux de soins.

Il souligne que le PMSI, même s'il comporte quelques imperfections, permet de faire des comparaisons qui, jusque là, étaient impossibles à faire. Pour Monsieur de Kervasdoué, la question principale est bien celle-ci : que mesurer dans l'activité des médecins de ville ? Dans certains cas, il est souhaitable de ne pas rentrer trop dans le détail de l'activité, dans d'autres, il paraît intéressant d'avoir plus de détails... C'est un sujet conceptuel central, sur lequel les différents services du ministère et des caisses doivent travailler car il n'y a pas de coordination des soins sans un minimum de langage commun. Monsieur de Kervasdoué souhaite que cette question fasse l'objet d'un programme à moyen terme.

Monsieur de Kervasdoué met en exergue les principales conclusions du débat : réfléchir à un moyen terme, mettre l'accent sur la médecine de ville (et pas uniquement sur la NGAP revue et corrigée) dans le programme à venir, se renseigner sur les critères de la CNAM dans le choix de ses études.

Madame Le Laidier précise qu'il s'agit des études du service médical et non des productions statistiques. L'étude sur l'incidence médico-sociale des ALD 30 va paraître sous peu et fera l'objet d'un point presse début juin. Par ailleurs, depuis six ans, un grand programme a été engagé sur l'hypertension artérielle et sur le diabète. Ce programme va être poursuivi dans les années à venir.

Monsieur de Kervasdoué désire comprendre les priorités du service médical de la CNAM dans le choix de ses études. Le représentant du service médical de la CNAM est cordialement invité à la prochaine réunion de la formation et aux débats sur l'état de santé de la population.

Pour ce qui est de l'hypertension et du diabète, Madame Polton indique que les priorités d'études sont clairement liées aux priorités d'actions. En effet, le service médical a fait le point des pratiques médicales dans les domaines de l'hypertension artérielle et du diabète, afin de pouvoir mener une campagne auprès des médecins et de vérifier ensuite que cette campagne avait eu un impact. L'hypertension artérielle et le diabète ont donc été choisis parce que des référentiels étaient disponibles du côté de l'ANAES : pour le service médical de la CNAM, ces études avaient un but opérationnel.

Ces explications conviennent à Monsieur de Kervasdoué, mais il aimerait comprendre la logique dans la répartition des 6,93 milliards : pourquoi avoir choisi d'étudier le diabète plutôt qu'autre chose ?

IV. Examen des avant-projets de programme pour 2002

1. Exposé synthétique

Monsieur Cuneo présente en synthèse les avant-projets 2002, qui structurent l'organisation et les objectifs de chaque service.

a. Organisation

L'observation de la population

L'observation de la population peut se faire selon trois grandes modalités :

- le suivi des prestations ; la CNAF comme la CNAM ont des objectifs importants et intéressants de suivi des bénéficiaires et des prestations qui leur sont apportées ;
- la constitution de panels ;
- des compléments ciblés des enquêtes auprès des bénéficiaires (par exemple, enquête HID ou enquête " Urgences ").

Pratiquement tous les services impliqués dans les avant-projets ont des dispositifs en ce sens.

L'observation de l'offre

L'observation de l'offre peut se faire au moyen de deux grands types de dispositifs :

- des recueils administratifs, souvent exhaustifs, qui permettent d'avoir des informations détaillées au niveau local ou régional, mais qui sont lourds et qui ne répondent pas à des thèmes pointus ;
- des enquêtes précises auprès des établissements. Des enquêtes sont prévues auprès des organismes d'assurance maladie complémentaire : elles seront présentées plus loin.

Les analyses localisées

Les analyses localisées, qu'elles soient régionales ou infra-régionales, ont pour objectif de produire de l'information et des études à un niveau fin. Les objectifs de la CNAM sur l'animation du réseau des statisticiens vont dans ce sens.

L'éclairage des politiques publiques

L'éclairage des politiques publiques recouvre les projections (en termes de démographie médicale par exemple), le chiffrage des nouveaux dispositifs et l'évaluation des dispositifs, qu'ils soient nouveaux ou plus anciens.

b. Quatre opérations

La formation est invitée à mettre l'accent sur quatre opérations.

La première opération est une enquête réalisée avec l'UNCCAS sur l'action sociale communale. L'information manque cruellement dans ce domaine, et il serait important que la formation souligne l'utilité de cette enquête.

La deuxième opération concerne l'assurance maladie complémentaire. Il n'existait qu'une seule enquête auprès des mutuelles, et cette enquête est devenue insuffisante du fait de l'entrée dans le champ de nouveaux acteurs. Il convient d'élargir les informations demandées à de nouveaux acteurs et d'approfondir les informations collectées sur le type de prestations servies.

La troisième opération s'appuie sur le panel des bénéficiaires de minima sociaux. Cette opération, qui réunit de nombreux opérateurs, est importante pour appréhender et comprendre les trajectoires des publics défavorisés.

La dernière opération est l'échantillon inter-régimes de cotisants. Cet échantillon ressemble à l'échantillon inter-régimes de retraites qui permet de comprendre la trajectoire des retraités. Cependant, pour préparer les mesures qui prendront effet dans dix ou vingt ans, il est nécessaire d'avoir dès aujourd'hui des informations sur les droits acquis par les personnes qui partiront à la retraite dans une dizaine ou une vingtaine d'années.

A la suite d'une question de Madame Meyer, Monsieur Cuneo précise que les points qu'il vient d'évoquer figurent dans les documents envoyés aux membres mais qu'ils sont éparés dans les programmes.

Monsieur Pelc souhaite qu'en plus des quatre opérations évoquées précédemment, une attention particulière soit portée au projet équivalent MSA de ERASME en remplacement du SIPREM. Madame Meyer formule deux remarques.

D'une part, contrairement à ce qui est écrit au sujet de l'opération sur l'assurance maladie complémentaire, la FNMF n'a pas été consultée, du moins à sa connaissance, sur le projet de questionnaire.

D'autre part, avant de se déterminer sur le bien-fondé de l'utilisation des informations de contrôle, il faudra que des échanges se formalisent, d'autant plus que les états statistiques des mutuelles risquent de ne pas être fiables. En effet, l'année dernière, les évaluations des comptes de la santé sur les financements par les organismes complémentaires ont été revues : la répartition entre les institutions de prévoyance et les assurances a été modifiée, et Madame Meyer ne sait pas si cette modification s'est faite sur la base d'informations fiables. La FNMF souhaiterait être associée à cet important chantier.

Monsieur Cuneo comprend cette demande, mais souligne que ce projet a un retard conséquent.

Monsieur de Kervasdoué, sans remettre en cause la bonne foi des uns ou des autres, relève que des engagements sont pris par écrit, mais n'ont aucune réalité du fait des aménagements de calendriers.

V. Présentation des projets d'enquêtes pour avis d'opportunité

1. Enquête " Santé " 2002-2003

Madame Dumontier et Monsieur Lanoé présentent le projet d'enquête " Santé " 2002-2003.

a. Une double perspective

Cette enquête, qui est la cinquième du genre, doit être remise dans une double perspective.

La première est celle d'une pérennisation des motifs qui ont justifié les vagues précédentes, avec des questions qui se posent aux décideurs quant à l'évolution des dépenses de santé. Ces questions méritent des réponses sans cesse renouvelées du fait de l'évolution de ce domaine et de la périodicité de l'enquête qui est pour l'instant décennale. Dans un souci de continuité, le questionnement de l'enquête 2002 sera proche de celui des enquêtes précédentes.

La deuxième perspective est celle d'une transformation assez sensible du contexte institutionnel. De nouvelles structures ont été créées ou se sont consolidées au cours de la décennie écoulée : le haut comité de santé publique, la conférence nationale de santé, l'institut de veille sanitaire, les agences, etc. Ces structures nouvelles sont à l'origine de production de données de santé mais aussi sont destinataires d'informations relatives à leurs missions. La création de la DREES est exemplaire de cette évolution décennale. Cette deuxième perspective nécessite des évolutions de l'enquête, telles

que les extensions prévues ou les appariements avec des produits extérieurs à l'enquête proprement dite.

b. Trois objectifs principaux

L'enquête Santé 2002-2003 a trois objectifs principaux.

Décrire de façon approfondie la morbidité incidente sur deux mois et la morbidité prévalente avec les vagues annuelles

Il s'agit de dresser l'état des principales pathologies dont souffrent les personnes enquêtées, afin d'éclairer les tutelles sur un certain nombre de problèmes de santé et de pathologies très prévalentes et de leur permettre d'estimer le coût de leur prise en charge.

Deux mesures originales seront réalisées en 2002. La première est une mesure de la santé perçue par les personnes et une objectivation d'un certain nombre de problèmes de santé dont souffrent les personnes. Des questionnaires reconnus au niveau international, portant sur des pathologies comme la dépression, l'alcoolisme, les migraines, l'insuffisance respiratoire, l'asthme ou les déficiences, l'incapacité, les handicaps, seront utilisés à cet effet. Dans le même souci d'objectivation, un bilan de santé sera proposé : les données de ces bilans de santé seront appariées aux résultats de l'enquête " Santé ".

Mesurer avec finesse les consommations de soins et de prévention et leurs motifs

Cette mesure s'appuie sur les carnets de soins, qui permettent de quantifier, en volume, les actes médicaux consommés, les prescriptions associées et évidemment l'ensemble des consommations qui n'ont pas fait l'objet d'une prescription médicale. L'enquête 2002 introduira une nouveauté : en partenariat avec la CNAMTS, les données issues des carnets de soins seront appariées avec les données administratives de consommations, disponibles dans le fichier SNIIRAM. L'enquête permettra d'apporter un certain nombre de réponses aux questions posées sur l'activité de la médecine de ville. En effet, dans l'enquête " Santé ", le questionnement sur le déclaratif des séances des médecins passe par des investigations assez approfondies sur les motifs de consultation (suivi médical, symptômes mais aussi " raisons " non médicales, etc.). Ces motifs sont associés à des types de consommation et de prescription. Par ailleurs, le contenu de la visite fait l'objet d'un descriptif qui échappe en quelque sorte aux nomenclatures évoquées plus haut.

Apporter des connaissances originales sur les déterminants de la santé et des consommations de soins et de prévention

L'enquête " Santé " est singulière dans son genre puisqu'elle a toujours eu pour objectif de croiser la consommation de soins, la morbidité déclarée et un certain nombre de caractéristiques socio-économiques des personnes enquêtées. Ces croisements permettent de mettre en évidence les inégalités sociales de santé et de mesurer leur évolution. L'enquête 2002-2003 va poursuivre dans cette voie et vraisemblablement enrichir encore les informations sur les déterminants de la santé en ouvrant largement les questions sur les caractéristiques socio-démographiques des personnes et des ménages, les expositions professionnelles, les habitudes alimentaires, l'exercice physique, la prévention et le dépistage de certaines maladies. L'enquête devrait permettre de mieux cerner la relation entre inégalités sociales de santé et caractéristiques des personnes. Elle apportera des éléments objectifs au débat sur les déterminants les plus pertinents des inégalités sociales de santé.

Le contenu et les méthodes de l'enquête ont été élaborés et sensiblement renouvelés, dans le cadre d'un comité de préparation qui a associé les acteurs " traditionnels " mais aussi la DGS, la direction sociale, l'IVS, la CNAM, la FNORS et des chercheurs d'horizons proches du domaine santé.

c. Conclusion

En conclusion, l'enquête 2002 avec son renouvellement de contenu et de méthodes devrait contribuer de façon notable à l'approfondissement des connaissances qui sont indispensables aux décideurs. Qui plus est, avec ses extensions, bilan de santé et appariement avec les données SNIIRAM, l'enquête expérimente des méthodes de collecte qui pourraient très largement alléger la charge de réponses, améliorer la fiabilité des informations obtenues et préparer une évolution future.

Monsieur de Kervasdoué rappelle le soutien que la formation apporte à cette enquête et pose une question : cette enquête devrait-elle évoluer vers une périodicité quinquennale ? Il conviendrait d'y

réfléchir au sein de la formation et des services qui y sont représentés. Monsieur Kervasdoué suggère une réunion sur ce thème dans le courant de l'année prochaine.

2. Enquête “ Seniors immigrés ”

L'enquête “ Seniors immigrés ” est présentée par Madame Attias-Donfut, de la CNAV.

Cette enquête part d'un double constat. D'une part, le vieillissement de la population immigrée pose des problèmes spécifiques de retraite, qu'il est nécessaire de mieux cerner. D'autre part, la population des seniors immigrés est assez peu connue. En effet, les travaux réalisés sur la population immigrée portent essentiellement sur le problème du travail aux classes d'âges actives et à la jeunesse. Rares sont les études sur l'évolution des conditions de vie et des situations sociales des immigrés à l'approche de la retraite et à la retraite. Les études disponibles sont plus qualitatives que quantitatives (quelques enquêtes ont été réalisées sur les personnes qui vivent en foyers logements).

L'enquête “ Seniors immigrés ” se propose d'amorcer la vision statistique d'ensemble de la population des immigrés vieillissants et d'éclairer la diversité des conditions de vie des préretraités et retraités immigrés. Pour l'instant, la CNAV et l'INSEE sont partenaires sur cette enquête, mais d'autres partenaires sont recherchés.

L'enquête essayera de mettre en lumière les relations et les échanges entre les préretraités ou retraités, leurs enfants et leurs parents et leurs rattachements aux réseaux publics ou privés. Elle tentera aussi d'illustrer le parcours migratoire d'un échantillon de seniors immigrés tirés du recensement de la population.

Monsieur de Kervasdoué remercie Madame Attias-Donfut de cette présentation et invite les membres de la formation à se reporter à la fiche contenue dans le dossier pour plus de détails. Il sollicite des précisions sur la constitution de l'échantillon : des personnes qui prennent leur retraite en France et qui ont travaillé à l'étranger peuvent-elles être dans l'échantillon ?

Madame Attias-Donfut répond que s'ils sont immigrés, ils peuvent se trouver dans l'échantillon enquêté, au même titre que la famille rapprochée de l'immigré ayant travaillé en France.

3. Enquête sur la santé et la protection sociale

Madame Polton présente l'enquête du CREDES sur la santé et la protection sociale (SPS).

a. Les objectifs

L'enquête sur la santé et la protection sociale du CREDES a été conçue dès l'origine, en 1988, en complémentarité de l'enquête “ Santé ”. L'idée de départ était la suivante. A côté de l'enquête décennale, très riche, qui permettait de saisir les grandes évolutions structurelles, il fallait bâtir un outil moins lourd et plus réactif, et donc à périodicité annuelle (devenue biennale depuis 1998) afin de pouvoir :

- saisir des phénomènes plus conjoncturels d'évolution des comportements de consommation médicale ou des problèmes d'accès aux soins ;
- mesurer l'impact de mesures décidées par les pouvoirs publics ou de phénomènes spontanés ;
- avoir des réponses rapides à des interrogations.

C'est ainsi que l'enquête SPS a contribué à l'évaluation de la CMU, de l'adhésion de la population au dispositif du médecin référent ou à la transmission des feuilles de soins à la sécurité sociale, etc.

La complémentarité de l'enquête SPS avec l'enquête Santé apparaît moins dans son contenu, puisque ce sont deux enquêtes qui portent sur les consommations médicales. Toutefois, il convient de noter que l'enquête SPS est centrée sur l'économie de la consommation de soins et de protection sociale. La santé y est abordée de manière déclarative, au travers d'une petite vingtaine de questions contre plus de 200 dans l'enquête décennale. Sur la protection sociale, les différents travaux ont abouti, avec l'aide de la FNMF, à un module qui permet d'avoir un éclairage relativement inédit sur l'accès à la protection sociale complémentaire. Ces approches quelque peu expérimentales sont parfois réutilisées dans l'enquête décennale.

Par rapport à l'enquête Santé, l'enquête SPS est davantage orientée sur l'aspect économique et moins sur l'aspect sanitaire. Les questions sur la santé sont vues comme un déterminant des modes de consommation de soins et non comme un éclairage épidémiologique.

L'articulation entre l'enquête " Santé " et l'enquête SPS peut être comparée avec celle qui existera aux Etats-Unis entre la grande enquête sur la santé et la nutrition, à base d'examen de santé très lourds et qui n'a eu lieu que huit fois, et l'enquête annuelle plus légère, qui s'appelle la " National Health Survey " et qui observe des éléments d'interviews à périodicité plus rapprochée.

Pour éviter d'avoir à poser beaucoup de questions sur la consommation de soins, il a été décidé dès le départ de se greffer sur les panels d'assurés sociaux des caisses, pour récupérer les consommations médicales qui existent de manière longitudinale pour les personnes. Cela a été plus compliqué que prévu et il a fallu un certain temps pour avoir un appariement satisfaisant et un pré-remplissage sur les consommations médicales. Aujourd'hui, seul le relevé des consommations de la veille du jour d'enquête est renseigné car il apparaît suffisant.

L'enquête SPS est semi-panéalisée puisqu'elle est greffée sur les panels d'assurés sociaux du régime général et depuis quelques années de la CANAM et de la MSA. Trois séries sont complètes : 1988-1991, 1992-1995 et 1998, première année de doublement de l'échantillon. Les trois points ont été chaînés dans l'espoir d'en tirer des informations intéressantes d'un point de vue longitudinal.

Tous ces éléments font de l'enquête SPS un outil qui vise des objectifs un peu différents mais en même temps proches de l'enquête décennale, grâce à un socle commun.

b. Calendrier

Le cycle 2000 a débuté et devrait s'achever en 2002. La proximité de l'enquête " Santé " ne sera a priori pas gênante puisque les résultats de l'enquête SPS seront publiés à la mi-2003 alors que les premiers résultats de l'enquête " Santé " devraient paraître à la mi-2004 au plus tôt.

c. Réflexions sur l'évolution de l'outil

Le mouvement déjà enclenché d'appropriation collective de l'enquête SPS en termes de conception et d'exploitation doit se poursuivre. Cela a bien fonctionné pour l'enquête 2000 au plan de la conception, en partenariat avec la DREES, qui relayait les besoins d'un certain nombre de directions du ministère qui avaient co-financé l'enquête, et le service statistique de la CNAM. Il est important de pérenniser cette collaboration, en instituant un partenariat plus structurel avec les utilisateurs potentiels de l'enquête SPS autour de la conception des questions, qui varient d'année en année et laissent une place à des volets spécifiques.

Monsieur de Kervasdoué souligne l'importance de la réflexion sur l'évolution de l'enquête SPS, évolution qui a été amorcée par les interrogations, induites par la proximité avec l'enquête décennale, sur son utilité, ses objectifs ou son positionnement dans le dispositif d'observation des soins. Une réflexion collective plus large est indispensable. Monsieur de Kervasdoué invite la DREES à contribuer à la réflexion sur l'évolution de l'enquête SPS, en relation avec les évolutions possibles de l'enquête " Santé ".

Monsieur Cuneo affirme que la DREES est convaincue de l'intérêt de l'enquête SPS. A ses yeux, une réflexion partenariale s'impose également pour envisager l'évolution des enquêtes satellites de l'enquête décennale, dans le cas où celle-ci serait réalisée en continu.

Madame Fontaine est favorable aux enquêtes qui viennent d'être présentées, mais regrette que la dimension régionale soit si peu traitée, mis à part dans l'enquête décennale " Santé ". Madame Fontaine souhaiterait que la dimension régionale soit plus souvent envisagée dans les enquêtes.

Monsieur Le Fur indique que l'enquête SPS est utilisée par certains organismes, notamment en Ile-de-France. Pour lui, le problème majeur est un problème de financement.

En réponse au souhait exprimé par Madame Fontaine, Madame Polton précise que l'exploitation régionale peut être obtenue soit par la taille de l'échantillon soit par cumul.

Madame Fontaine ne manifeste pas d'hostilité à de telles enquêtes, mais évoque les difficultés à tirer des enseignements régionaux d'une enquête où 6 000 personnes sont interrogées.

Monsieur de Kervasdoué atteste de l'avis favorable de la formation. Il rappelle que la formation n'omet pas les problèmes de la régionalisation. D'ailleurs, nombreuses sont les enquêtes qui permettent des travaux au niveau régional. De plus, il apporte son plein accord à la proposition de travail en partenariat faite par le CREDES.

4. Enquête sur les usagers et les services d'urgence

L'enquête sur les services d'urgence est présentée par Madame Cases.

Le dispositif de l'enquête est relativement original bien qu'il s'inscrive dans un ensemble d'enquêtes auprès des usagers du système de soins. L'enquête se place dans un contexte de croissance régulière (5 % par an) du volume d'activité des services d'urgence. Cette augmentation d'activité pose de nombreux problèmes aux services d'urgence et suscite des questions d'organisation interne des hôpitaux et, plus globalement, d'organisation du recours aux soins dans le cadre des situations d'urgence.

Un colloque organisé par le ministère sur ce thème début juillet 2000 a montré que, s'il existait des initiatives locales de recueil d'information et des enquêtes, il manquait des données représentatives au niveau national sur le recours aux soins d'urgence hospitalière. La même problématique existe pour la médecine de ville, et il y a dans les projets de la DREES d'éventuels compléments en la matière.

L'enquête sur les usagers et les services d'urgence a deux objectifs principaux.

- Le premier objectif est de comprendre les comportements de recours aux urgences, les trajectoires d'arrivée aux urgences mais également les destinations des personnes qui sont passées par les urgences. Il s'agit de cerner les motivations des patients qui ont recours aux urgences mais également de faire une comparaison objectivée des pathologies et des actes pratiqués.
- Le deuxième objectif est de repérer les circonstances de recours aux urgences, et notamment d'évaluer le pourcentage de personnes hospitalisées suite à une tentative de suicide. Ces données permettent de faire le pont entre le nombre de tentatives de suicide et l'ensemble des connaissances sur le sujet, notamment la mortalité. Cet élément sera utilisé à d'autres fins pour la compréhension des informations sur les suicides que la DREES est en train de synthétiser.

Le questionnaire est original dans la mesure où il va être construit avec des recoupements avec le questionnaire des consultations externes des hôpitaux que la formation a validé l'année dernière. Ces recoupements permettront de faire des comparaisons entre sources et de dégager éventuellement les caractéristiques des populations qui ont recours à ces deux éléments – et dans l'avenir à d'autres éléments – du système de soins.

Enfin, l'enquête est originale parce qu'elle porte à la fois sur les usagers et sur les services d'urgence eux-mêmes. Dans le contexte particulier de l'urgence, cette double enquête permet de se préserver d'un biais possible quant à l'acceptation ou la non-acceptation des usagers au motif de leur recours. En effet, la propension à répondre pourrait être différente selon que le motif de recours est une tentative de suicide ou une fracture par exemple.

L'échantillon envisagé (2 000 personnes) semble insuffisant à Monsieur de Kervasdoué. Celui-ci souhaite savoir par ailleurs si une mesure de la iatrogénie importée sera effectuée.

Madame Cases indique que la DREES a un projet en cours sur la iatrogénie mais pas spécifiquement sur la iatrogénie importée.

Monsieur de Kervasdoué pense que le service devrait être capable d'identifier la iatrogénie importée avec une nomenclature médicale précise des motifs d'admission. Il souhaiterait que cette mesure de la iatrogénie importée soit faite afin de départager les chiffres qui circulent sur l'importance de ce phénomène : certains estiment que les effets iatrogènes sont responsables de 25 à 33 % des causes d'admission aux urgences alors que le chiffre officiel n'est que de 3 %.

Madame Cases indique que ce point sera vu au cours du travail avec les professionnels puisque les nomenclatures de circonstances de recours et de diagnostics seront élaborées avec eux.

5. Enquête sur la pratique professionnelle des généralistes libéraux

Madame Cases invite les membres de la formation à se reporter à la fiche descriptive contenue dans le dossier.

Cette enquête sera faite en collaboration avec la CNAM et suscite l'intérêt de nombreux services du ministère, et en particulier la direction de la sécurité sociale qui a lancé des études sur ce thème. Le débat précédent sur la mesure de l'activité des médecins libéraux montre que la demande de connaissance dans ce domaine est très vaste.

Monsieur de Kervasdoué voudrait avoir des indications sur le degré d'acceptabilité de l'enquête dans le pré-test.

Madame Cases répond que le test n'est pas encore réalisé.

Monsieur Pelc souhaite une information sur les critères de représentativité retenus : le lieu d'exercice, rural ou urbain, sera-t-il pris en compte ?

Madame Cases répond par l'affirmative.

Madame Fontaine demande si les médecins seront rémunérés pour leur participation à l'enquête.

Madame Cases répond que le cahier des charges a prévu des moyens (qui ne sont pas forcément financiers) pour intéresser les médecins à répondre à l'enquête.

A la demande de Madame Artiguebaille, Madame Cases précise les dates de test et de collecte de l'enquête sur les usagers et les services d'urgence et de l'enquête sur la pratique professionnelle des généralistes libéraux. Pour les deux enquêtes, les tests sont prévus en septembre et la collecte en novembre.

Monsieur Riandey rappelle que le comité du label juge indispensable la réalisation de tests, notamment sur la mesure d'acceptation des enquêtes.

Madame Cases confirme que ce point est aussi important pour les services : cet élément figurera d'ailleurs dans le cahier des charges des sous traitants. D'une manière générale, elle souligne que la tendance est au renforcement des cahiers des charges sur les bilans de collecte, concernant notamment la mesure d'acceptabilité et d'explication des refus.

Madame Meyer souhaiterait savoir si la pratique dans des centres de soins ou des cabinets de groupe figure dans les caractéristiques de l'activité.

Madame Cases pense que c'est le cas et que, sinon, cette caractéristique sera rajoutée dans le questionnaire.

Monsieur Cuneo signale qu'une enquête réalisée par la CNAM permettrait d'avoir cette information : cette enquête a justement pour objectif l'observation de l'organisation en cabinet des médecins. Il faudra faire en sorte de lier les deux informations.

Monsieur Riandey aimerait savoir pourquoi les associations de médecins n'ont pas été consultées. Monsieur Riandey note également que la fiche descriptive n'indique pas de comité de pilotage.

Madame Cases indique que, s'il n'y a pas eu de comité de pilotage avec des réunions plénières, des contacts bilatéraux ont eu lieu : les comptes-rendus de ces rencontres seront fournis dans le dossier du comité du label. Elle pense qu'une réunion formelle pourrait se tenir avant l'automne.

En conclusion, Monsieur de Kervasdoué attire l'attention du service sur ses obligations vis-à-vis du comité du label : autant les membres du comité sont susceptibles de comprendre les contraintes ou les comportements particuliers liés à ce type d'enquête, autant il ne serait pas acceptable que le service ne remplisse pas ses obligations surtout si elles sont réalisables.

6. Enquête sur la prise en charge des personnes atteintes de cancers

L'enquête sur la prise en charge des personnes atteintes de cancers est présentée par Madame Cases.

Cette enquête a pour objectif de mieux connaître les besoins, l'insertion sociale des personnes atteintes de cancers ainsi que leur prise en charge médicale.

Cette enquête nationale est l'une des actions du programme de lutte contre le cancer. Elle s'inspire largement d'une enquête en cours dans le cadre de l'évaluation des politiques de lutte contre le sida.

2 500 personnes ayant été prises en charge pour un cancer seront interrogées. Le comité de pilotage devrait permettre de préciser si l'opération sera conduite sur toutes ou sur une partie des pathologies cancéreuses. La collecte des données aura lieu en 2002.

Monsieur Riandey désire avoir des précisions sur l'enquête VIH prise pour modèle. Il a en effet connaissance de deux enquêtes de ce type : l'enquête VIH du commissariat général du Plan et une enquête VESPA qui devrait être présentée au comité du label.

Madame Mermillod précise qu'il s'agit de l'enquête menée sous maîtrise d'ouvrage du plan. Cette enquête accompagne une opération d'évaluation inscrite au programme du conseil national d'évaluation.

7. Enquête sur les modes d'accueil et de garde des jeunes enfants

Madame Le Corre présente l'enquête sur les modes d'accueil et de garde des jeunes enfants.

Cette enquête fait suite à un dossier statistique réalisé en 2000 en collaboration avec un certain nombre d'institutions qui avaient des données sur les modes d'accueil et de garde des jeunes enfants : la CNAF, l'INSEE, l'Éducation Nationale, la DARES principalement. La réalisation de ce dossier a mis en évidence le manque de vision globale sur les modes d'accueil et de garde des jeunes enfants (à quels moments ? à quels âges ?). Il existe quelques données administratives et quelques enquêtes qui abordent partiellement le problème, mais la dernière enquête globale sur le sujet est ancienne puisqu'il s'agit de l'enquête famille de 1990.

Dans une période de mutation de l'activité féminine, où les difficultés de concilier vie professionnelle et vie familiale restent patentes, il est nécessaire d'avoir une information plus détaillée sur la manière dont sont accueillis et gardés les jeunes enfants. Les deux termes, mode d'accueil et de garde, sont pris en compte dans l'enquête puisqu'elle portera sur les modes d'accueil formels autant qu'informels, permanents autant qu'occasionnels. Le multi-recours sera aussi un sujet d'études au sein des familles pour chacun des enfants, de même que l'articulation ou les arbitrages choisis quand la famille compte plusieurs enfants d'une même tranche d'âge.

Les parents répondront sur les modes de garde de leurs enfants de moins de sept ans. L'offre et le coût des modes d'accueil seront aussi enquêtés du point de vue des parents.

VI. Suivi des travaux des groupes de travail

1. Groupe de travail " Professions de santé "

Le suivi du groupe de travail " Professions de santé " est présenté par Madame Cases.

Ce groupe de travail a deux objectifs principaux :

- résoudre les incohérences entre les fichiers de la DREES, de la CNAM et de l'Ordre des médecins en ce qui concerne la démographie médicale ;
- harmoniser les concepts et les nomenclatures pour décomposer le nombre de médecins par spécialité.

A ces objectifs initiaux, s'est ajouté en cours de travail un souhait de prolonger l'étude sur d'autres professions, en particulier sur les infirmiers et infirmières. Lors d'une des réunions de l'année passée, un accord a été trouvé sur une méthodologie et des évaluations globales des médecins généralistes d'une part et des spécialistes d'autre part.

Il avait également été fait état de réserves de l'INED concernant le cas d'une spécialité particulière : l'anesthésie-réanimation.

L'évolution du travail sur ce domaine a été plus lente que prévue fin 1999. Le début de l'année 2000 a été consacré à des travaux de validation détaillée de ce qui avait déjà été produit. Globalement, on peut dire que les fichiers de la CNAM et ADELI sont en phase et qu'un important travail d'examen et de comparaison des concepts et des définitions entre l'Ordre des médecins et la DREES a été effectué en ce qui concerne les médecins spécialistes.

A l'heure actuelle, les écarts conceptuels entre ces fichiers sont évalués et documentés. Il était prévu de rédiger une note méthodologique complète avant la réunion de la formation. Cette note est en cours de bouclage et sera diffusée dès que possible. La réunion de concertation quant à elle se tiendra avec un peu de retard.

La DREES travaille actuellement sur une question soulevée lors d'une réunion du groupe : le calcul d'un intervalle de confiance sur ces évaluations. C'est un calcul complexe sur une tendance calculée à partir de résultats d'enquêtes successives. L'unité méthodologique statistique de l'INSEE a accepté d'y travailler.

Monsieur Bitan précise que la direction générale de la santé vient de produire un rapport sur la démographie médicale et propose d'en donner un exemplaire au président.

2. Groupe de travail " Etat de santé de la population "

Madame Cases fait le point sur les travaux du groupe " Etat de santé de la population ".

Ce groupe de travail a été constitué à la suite d'une journée initiée par la formation SPS en 1999 et consacrée à l'observation statistique en matière d'état de santé. Cette journée, qui s'est tenue en janvier 2000, visait à repérer les données nécessaires à l'observation de l'état de santé de la population, à partir d'un recensement de l'existant et des manques.

Un premier compte-rendu de cette journée a été diffusé aux membres du groupe. Au cours des discussions, il a été décidé de compléter cette première ébauche de rapport d'un guide des sources statistiques, fort utile pour repérer les différents producteurs de données dans ce domaine et en avoir une vision cohérente.

Au cours de l'année 2000, la quasi-totalité des services producteurs de données sur l'état de santé de la population ont transmis à la DREES des fiches descriptives des données produites. Ces fiches ont été remises en forme dans un cadre descriptif commun. Aujourd'hui, on peut considérer que tous les éléments destinés à constituer le rapport du groupe sont réunis. Le premier pré-projet de rapport est en cours de rédaction. Il sera débattu et éventuellement complété par le groupe de travail le 9 juillet prochain.

DOCUMENTS PREPARATOIRES OU DISTRIBUES EN SEANCE

Documents préparatoires

- Extrait du rapport du CNIS n°62 : Avis sur les programmes statistiques 2001
- Avant-projets de programmes statistiques pour 2002

AVIS D'OPPORTUNITE

- Enquête « Santé » 2002-2003
- Enquête « Seniors immigrés »
- Enquête sur la Santé et la protection sociale
- Enquête sur les usagers et services d'urgence
- Enquête Pratique professionnelle des généralistes libéraux
- Enquête sur la prise en charge des personnes atteintes de cancers
- Enquête sur les modes d'accueil et de garde des jeunes enfants

PARIS, le 3 septembre 2001 n°267/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquête Santé 2002-2003

Programme : 2002-2003

Emetteur : INSEE, division conditions de vie des ménages

Au cours de sa réunion du 28 mai 2001, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence.

L'enquête a pour but, à partir d'un échantillon représentatif de ménages ordinaires, de repérer et de mesurer en un an (sur plusieurs vagues), les consommations médicales et l'état de santé des personnes. L'enquête 2002 proposera un certain nombre de questions identiques à celles de 1990 et des questions originales : sur les handicaps, les déficiences, la prévention ou la santé telle qu'elle est perçue par les personnes de plus de 15 de l'échantillon.

La saisie des réponses par micro informatique portable (capi), offre l'opportunité d'un questionnement plus spécifique qui participe à l'enrichissement des données de l'enquête.

La version 2002 vise d'une part à améliorer sa comparabilité aux enquêtes européennes et à renseigner plusieurs auto-questionnaires de niveau international. Cette version connaîtra deux sortes d'extensions : des extensions régionales et l'appariement avec les données de deux projets d'enquêtes.

Le questionnement permettra de croiser de nombreuses caractéristiques des personnes et des ménages avec leur état de santé, morbidité déclarée et indicateurs de santé et leurs consommations de soins ou de prévention en volume et en valeur.

Le questionnement des adultes sera strictement individuel. Pour les enfants ou les personnes non aptes à répondre, un répondant sera désigné au cours de la première visite.

L'échantillon sera constitué d'environ 15 000 logements.

La collecte débutera au dernier trimestre de l'année 2002 et s'étalera sur un an, en cinq vagues, de trois mois, se chevauchant sur le dernier mois. L'entretien durera 60 minutes environ.

Le comité de préparation, animé par l'Insee, comportait des représentants de l'Inserm, du CreDES, de la Drees, de la Dgs, de la Dss, de l'Invs, de la Cnamts, du Cnrs, de l'Ined et de la Fnors.

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

PARIS, le 3 septembre 2001 n°273/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ
Enquête sur les "Seniors immigrés"

Programme : 2002

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

Au cours de sa réunion du 28 mai 2001, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence.

L'enquête a pour objectifs de connaître la situation des immigrés de 50 ans et plus, au moment du passage de la vie active à la retraite, ainsi que leurs modes de vie, leurs besoins et leurs projets de retraite.

Les principaux thèmes abordés porteront sur leurs caractéristiques sociodémographiques et économiques; leur histoire migratoire avant et depuis l'émigration; leur état de santé; leurs ressources, leurs réseaux sociaux; leur situation de retraité et leurs attitudes et opinions sur la retraite.

L'échantillon comprendra 6000 personnes vivant en ménage ordinaire ou collectifs (foyer). La collecte réalisée par l'Insee, aura lieu au dernier trimestre 2002. L'entretien durera en moyenne 1 h 30 et sera capisé.

L'enquête pourrait n'avoir lieu que sur une sélection de régions.

Des chercheurs seront ultérieurement associés au groupe de suivi.

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

PARIS, le 3 septembre 2001 n°268/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquête sur la Santé et la protection sociale (SPS)

Programme : 2002

Emetteur : Centre d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES)

Au cours de sa réunion du 28 mai 2001, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence.

L'enquête a pour objectifs généraux de mesurer la consommation médicale des ménages et ses déterminants; de compléter et enrichir les données administratives des caisses de sécurité sociale par des données susceptibles d'influencer voire d'expliquer certains comportements de soins; de suivre tous les quatre ans, auprès des mêmes personnes, l'évolution de leur état de santé, de leurs consommations de soins et de leur niveau de couverture sociale.

Les données de l'enquête en 2002-2003 seront rapprochées de celles de l'enquête décennale Santé 2002-2003.

L'enquête SPS combine à la fois l'interview et le dépôt de questionnaires auto-administrés.

Une personne du ménage renseigne l'enquêteur sur les caractéristiques socio démographiques, la profession ou la rupture d'activité, le niveau d'études, les antécédents d'hospitalisation, la couverture sociale de chaque personne du ménage; les revenus y compris de transferts sociaux sont demandés pour le ménage.

La personne interviewée répond à des questions d'opinion, de thèmes variables d'une année à l'autre.

Quatre questionnaires "santé", "carnet de soins", "hospitalisation", et "couverture complémentaire" seront distribués aux personnes

L'échantillon de l'enquête est constitué par environ 18000 ménages tirés de l'Echantillon Permanent des Assurés Sociaux qui rassemble les assurés du régime général, de la CANAM et de la MSA.

L'enquête est réalisée en deux vagues annuelles : mars-juin et octobre-décembre.

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

PARIS, le 3 septembre 2001 n°270/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquête sur les usagers et services d'urgence

Programme : 2001

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

Au cours de sa réunion du 28 mai 2001, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence.

L'enquête a pour objectifs d'observer les comportements de recours aux urgences, les trajectoires d'entrée et de sortie, la nature des pathologies, dont celles des tentatives de suicides, et des actes médicaux qui en résultent.

Les principaux thèmes abordés concernent la place des usagers et leurs trajectoires dans le système de soins, leurs comportements, leurs perceptions des services reçus; afin de dégager une description médicale sur les cas traités et les actes pratiqués, les services eux-mêmes seront interrogés; enfin un accent sera mis sur le repérage, au sein de l'activité des urgences, de la prise en charge des tentatives de suicides.

L'échantillon comprendra 2000 personnes environ et 150 services. La collecte aura lieu en novembre 2001. L'entretien passé par téléphone durera entre 20 et 30 minutes.

Le comité de pilotage comprendra des statisticiens, des professionnels des urgences, des chercheurs et des représentants des usagers.

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

Paris, le 3 septembre 2001 n°269/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquête "Pratique professionnelle des généralistes libéraux"

Programme : 2001

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

Au cours de sa réunion du 28 mai 2001, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence.

Cette enquête a pour objectif d'étudier la vision qu'ont les médecins libéraux de leurs pratiques professionnelles. Un volet comportera les caractéristiques du patient. L'exploitation des données permettra de mettre en parallèle des typologies de patients et de médecins.

Le questionnement sera centré sur quatre ensembles de données :

- pour le médecin : âge, sexe, région d'exercice, tranche d'unité urbaine, secteur de conventionnement, organisation du travail et volume d'activité ;
- pour le patient : âge, sexe, situation familiale, activité, catégorie socioprofessionnelle, couverture maladie, degré de connaissance du médecin, type de maladie ;
- sur le déroulement de la séance : urgence, lieu, durée, nature du recours, résumé de consultation, degré de certitude du diagnostic, technicité des actes, dialogue, accompagnement du patient ;
- sur son issue : nature des prescriptions, nombre et classe thérapeutique des médicaments prescrits.

L'échantillon, stratifié selon la région (8 groupes d'inter régions), l'âge et le volume d'activité du praticien, sera composé de 1000 médecins environ.

La collecte, réalisée par un organisme spécialisé dans ce type d'enquête auprès des médecins, aura lieu en fin d'année 2001.

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

PARIS, le 3 septembre 2001 n°271/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquête sur la prise en charge des personnes atteintes de cancers

Programme : 2002

Émetteur : Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, DREES

Au cours de sa réunion du 28 mai 2001, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence.

L'enquête a pour objectif de mieux connaître les besoins des personnes atteintes de cancer, leur recours aux dispositifs et leur satisfaction en ce qui concerne la prise en charge de leur affection et leur vie quotidienne.

Les thèmes abordés dans le questionnaire sont les caractéristiques socio-démographiques; les prestations sociales et situations professionnelles en relation avec la pathologie; la qualité de la prise en charge; les besoins sociaux; l'isolement; le droit des personnes et les discriminations éventuelles.

L'échantillon sera constitué d'environ 2500 personnes souffrant d'un cancer.

La collecte aura lieu au cours de l'année 2002. L'entretien durera de 30 à 40 minutes.

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

PARIS, le 3 septembre 2001 n°272/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquête sur les modes d'accueil et de garde des jeunes enfants

Programme : 2002

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

Au cours de sa réunion du 28 mai 2001, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête cité en référence.

L'enquête a pour objectifs de dresser un panorama des différents modes de garde et d'accueil des jeunes enfants, qu'ils soient formels ou informels, et d'étudier les pratiques de multi-recours pour chaque enfant, en se plaçant du point de vue de l'enfant.

Ces approches seront complétées par une confrontation de la demande parentale à l'offre de service d'accueil et l'analyse de la question du libre choix du mode d'accueil en fonction de critères comme la proximité des services proposés ou les contraintes financières.

Les thèmes abordés dans le questionnaire concernent les principaux modes de garde et d'accueil pour chaque enfant de moins de 7 ans et leurs différentes combinaisons en fonction du nombre et de l'âge des enfants; le coût des modes de garde et d'accueil; l'emploi du temps des enfants et des parents et leurs activités conjointes; les raisons du recours à un service d'accueil et enfin les difficultés d'accès aux services d'accueil.

L'échantillon comprendra environ 4000 enfants de moins de 7 ans. La collecte aura lieu à la fin du premier semestre 2002 en associant cette enquête au questionnement de la prochaine enquête logement de l'Insee. L'entretien réalisé en face à face avec l'un des parents de(s) l'enfant(s) durera environ 45 minutes.

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