

Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) : méthode et déroulement en 2002

Anne Doussin
Sylvie Dumesnil
Philippe Le Fur

Rapport n° 517 (biblio n° 1401)

décembre 2002

Les noms d'auteurs apparaissent en ordre alphabétique

Toute reproduction de textes, graphiques ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.

En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur du CREDES devra en être informé préalablement.

N° ISBN : 2-87812-302-6

Remerciements

Au sein du CREDES, une équipe pluridisciplinaire assure la mise en œuvre, la production des fichiers d'exploitation et les analyses descriptives de l'enquête santé et protection sociale. Les auteurs tiennent à remercier toutes les personnes qui ont constituées cette équipe depuis 1988, année de la première enquête : Laurence Auvray, Agnès Bocognano, Olivier Busson, Nathalie Grandfils, Thérèse Lecomte, Philippe Le Fur, Andrée et Arié Mizrahi et Jean-Luc Volatier.

Actuellement, la coordination de l'enquête est confiée à Sylvie Dumesnil et la partie médicale, à Anne Doussin. L'informatisation du chiffrage médical, à l'aide du logiciel Converso de la société Converso, est réalisée par Bénédicte Mansalier.

Le travail informatique (création des bases de données et exploitation) est effectué par Catherine Ordonneau, Frédérique Ruchon, Bénédicte Mansalier et Martine Broïdo.

L'appariement est réalisé depuis 2 ans par Bénédicte Mansalier.

Les auteurs remercient également :

- Laurence Auvray et Véronique Lucas-Gabrielli du CREDES pour leur relecture et leurs commentaires ;
- Frédérique Ruchon pour les exploitations de données sur la participation à l'enquête ESPS 2000 ;
- Franck-Séverin Clérembault et Aude Sirvain pour la mise en page de ce rapport.

Sommaire

SOMMAIRE

1. OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE.....	9
2. CONSTITUTION DE L'ÉCHANTILLON.....	13
2.1. Le champ de l'enquête.....	13
2.2. Le sondage	14
2.2.1. L'Échantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS) de la CNAMTS	14
2.2.2. Les échantillons de la CANAM et de la MSA	15
2.2.3. La sélection de l'échantillon à enquêter	16
2.3. La procédure d'anonymisation	18
3. INFORMATIONS RECUEILLIES ET MODALITÉS DE RECUEIL.....	23
3.1. Les informations recueillies par l'enquêteur : le questionnaire principal.....	23
3.2. Les documents auto-administrés	24
3.2.1. Le questionnaire « santé »	24
3.2.2. Le questionnaire « hospitalisation ».....	25
3.2.3. Le questionnaire « diabète »	26
3.2.4. Le carnet de soins	26
3.2.5. Le questionnaire « couverture complémentaire »	26
3.2.6. Le questionnaire « couverture complémentaire CMU ».....	27
4. DÉROULEMENT DE L'ENQUÊTE.....	31
4.1. La préparation du terrain	31
4.1.1. La répartition selon la modalité de contact téléphone et face-à-face	32
4.1.2. La répartition en deux vagues	32
4.1.3. La formation des enquêteurs	33
4.1.4. Les documents d'annonce de l'enquête	33
4.2. L'enquête proprement dite	34
4.2.1. L'enquête en face-à-face	34
4.2.2. L'enquête par téléphone	38
4.3. La codification	42
4.3.1. La codification des informations non médicales.....	42
4.3.2. Le traitement et la codification des informations médicales.....	42
4.4. La création des fichiers d'exploitation	46
4.5. Les réserves méthodologiques.....	46
4.5.1. Les biais de sélection	46
4.5.2. Les biais de mesure.....	47
4.5.3. Le redressement.....	47
5. RÉSULTATS DE LA PARTICIPATION	51
5.1. Les assurés non enquêtés : étude de la non-réponse	51
5.1.1. Les doublons et les assurés principaux « hors champ »	52
5.1.2. Les assurés principaux « non joints ».....	53
5.1.3. Les taux de participation et les motifs de refus des assurés principaux « joints »	55
5.2. Les chutes en cours d'enquête	56
5.2.1. Les contacts.....	56
5.2.2. Le taux de retour des questionnaires auto-administrés	59
5.3. L'évolution de la participation entre 1988 et 2000	59
5.3.1. L'exploitation des adresses	59
5.3.2. Le taux de participation.....	60
5.3.3. Les questionnaires auto-administrés	62

6. PROCÉDURES D'APPARIEMENT DES DONNÉES	65
6.1. Les caractéristiques de l'échantillon obtenu après appariement	65
6.1.1. Les caractéristiques des personnes appariées.....	65
6.1.2. Les caractéristiques des prestations appariées.....	66
6.2. La méthode d'appariement.....	67
6.2.1. Appariement des personnes protégées	67
6.2.2. Appariement des prestations d'une année n	68
 CONCLUSION	 71
 ANNEXE 1	
RÉCAPITULATIF DES THÈMES ABORDÉS DANS L'ENQUÊTE DE 1988 À 2002	73
 ANNEXE 2	
QUESTIONNAIRES DE L'ANNÉE 2002	81
2.1 Les quatre modèles de lettre annonce	83
2.2 La plaquette d'information	93
2.3 Le questionnaire principal.....	97
2.4 Le carnet de soins	117
2.5 Le questionnaire santé	131
2.6 Le questionnaire hospitalisation.....	137
2.7 Le questionnaire diabète	141
2.8 Le questionnaire couverture complémentaire	145
2.9 Le questionnaire couverture complémentaire CMU.....	149
 ANNEXE 3	
RÉSULTATS DES TESTS SUR LES NOUVELLES QUESTIONS 2002.....	153
 ANNEXE 4	
CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE L'ENQUÊTE	157
 ANNEXE 5	
INSTRUCTIONS AUX ENQUÊTEURS ET AUX MÉDECINS CODIFICATEURS	161
 ANNEXE 6	
DÉTAILS DES RÉSULTATS DE PARTICIPATION	199
 Liste des schémas, tableaux et graphiques	 207

1. Objectifs de l'enquête

1. Objectifs de l'enquête

L'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) est une enquête réalisée tous les 2 ans auprès de ménages ordinaires vivant en France métropolitaine. Son principal objectif est de décrire et d'analyser les relations entre l'état de santé, la consommation de soins, les caractéristiques socioprofessionnelles et la couverture sociale. De plus, grâce à sa courte périodicité et à une grande réactivité, elle permet de répondre rapidement à des questions d'actualité intéressant les différents intervenants du domaine de la santé. Sa conception en fait une enquête unique pour 2 raisons. D'une part, elle donne la possibilité d'interroger les mêmes individus tous les 4 ans et ainsi de suivre l'évolution de l'état de santé, de la consommation de soins et du niveau de couverture sociale. D'autre part, elle permet de compléter et d'enrichir, par le recueil de données socio-économiques, de morbidité et de couverture sociale, les données de remboursements d'assurance maladie des trois principales caisses de Sécurité sociale.

Depuis une vingtaine d'années, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) dispose d'un instrument de suivi des dépenses de l'Assurance maladie grâce à l'Échantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS). Celui-ci a été mis au point dans un double but : aider, au moyen de simulations, à la gestion des risques de l'Assurance maladie et donner un nouvel outil à l'analyse de long terme. Les échantillons de la CANAM (Assurance maladie des professions indépendantes) et de la MSA (Mutualité sociale agricole) ont été mis au point respectivement en 1994 et 1996 et se sont fortement inspirés de l'EPAS de la CNAMTS.

Cependant, les bases de données de l'Assurance maladie, malgré un enrichissement permanent (codage de la biologie et du médicament), ne comportent que peu de données socio-économiques, de protection sociale ou d'état de santé. De plus, certaines informations leur échappent, en particulier les consommations non prescrites et/ou non remboursables (notamment les consommations pharmaceutiques) ainsi que les consommations remboursables mais non présentées au remboursement. L'enquête ESPS a été conçue pour enrichir ces bases de données et pallier ainsi l'absence d'un certain nombre d'informations. Ainsi, l'appariement des données de prestations de l'EPAS et des données d'enquête¹ permet de disposer pour un même individu d'une part, d'informations relatives à son niveau de consommation enregistré par les caisses et d'autre part, de variables recueillies par enquête susceptibles d'expliquer les niveaux de consommations observés et certains comportements de soins.

Les principaux thèmes abordés et les informations recueillies dans l'enquête ESPS concernent donc :

- les caractéristiques sociodémographiques : profession, niveau d'études, interruption d'activité, revenus net y compris les prestations et autres allocations,
- la couverture sociale : régime de Sécurité sociale, CMU, exonération du ticket modérateur, couverture complémentaire,
- les questions d'opinion et de comportements dont une partie est variable d'une année sur l'autre telles que le renoncement aux soins pour raisons financières, l'utilisation de la carte vitale et des médicaments génériques, les connaissances sur la CMU...,
- l'état de santé : la morbidité déclarée (morbidité prévalente), les incapacités, l'état de santé perçu, l'état dentaire, le port de prothèse, la taille, le poids, le tabagisme, les accidents de la vie courante. Enfin, diverses questions relatives à l'état de santé et variables d'une année sur l'autre. En 2002, des questions spécifiques au diabète et à la vaccination ont été introduites,
- les consommations de soins telles que les médicaments consommés dans les 24 heures précédant l'enquête, les soins reçus durant un mois, les personnes hospitalisées dans les trois mois ayant précédé l'enquête.

¹ Cf. A. Aligon, N. Grandfils, S. Lebreton, *Méthode d'appariement de l'EPAS et de l'ESPS*, Rapport CREDES n° 1157 bis, 1997.

Depuis son origine, le contenu de l'enquête ESPS n'a cessé d'évoluer mais tout en conservant d'une année sur l'autre, pour chacun des thèmes, des questionnements permanents. Ceux-ci constituent le socle même de l'enquête et permettent d'assurer la comparabilité des résultats entre les années. Ces évolutions ont permis de prendre en compte les préoccupations des différents acteurs du système de soins, en particulier celles de l'Assurance maladie. L'enquête ESPS 2000 a été l'occasion de nouer des liens plus étroits avec la DREES² qui a proposé un certain nombre de questions relatives notamment au mode d'obtention de la CMU, à la connaissance du médicament générique par la population, aux motifs de recours aux consultations hospitalières, etc. L'enquête ESPS 2002 a permis d'étendre ces collaborations à l'INVS³ en introduisant des questionnements spécifiques sur la vaccination, le diabète et l'alimentation.

Au fil du temps, il apparaît clairement qu'une telle enquête, quasi permanente, permet de mettre à la disposition des décideurs et des chercheurs de ce domaine un outil descriptif et d'analyse relativement complet, comportant de nombreuses informations sur la santé, les comportements de soins et les caractéristiques socio-économiques, et contribuant à l'évaluation et à l'aide à la décision en matière de politique de santé.

Les objectifs et modalités de l'enquête ont été présentés au Conseil national de l'information statistique (CNIS) en 2001, il a de nouveau accordé à cette opération le label d'intérêt général.

Enquête Santé et Protection sociale : l'avis du CNIS

Le CREDES a présenté l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) lors de la réunion de la formation santé et protection sociale du CNIS⁴ en mai 2001. Cette formation a examiné en particulier les objectifs de l'enquête, les thèmes abordés et la place de l'enquête ESPS par rapport aux autres dispositifs statistiques existants. Les apports de l'enquête ESPS ont notamment été mis en relation avec ceux des enquêtes décennales sur la santé et les soins médicaux de l'INSEE dont la quatrième édition doit se dérouler entre octobre 2002 et septembre 2003. À l'issue de cette présentation, la formation santé et protection sociale du CNIS a émis un **avis d'opportunité favorable** pour l'enquête ESPS 2002.

En décembre 2001, l'enquête a été soumise à l'avis du comité du label du CNIS. Ce comité examine les modalités définitives de l'enquête, qu'il s'agisse de la méthodologie ou des questionnaires. Il peut émettre des réserves quant aux méthodes employées et au contenu des questionnaires. À l'issue de cet examen, le comité a demandé au CREDES, de modifier deux questions. Tout d'abord il a souhaité que le CREDES demande aux enquêtés leur statut matrimonial officiel. Ensuite, il a demandé à ce qu'une introduction explicative soit formulée avant de relever l'avis des enquêtés sur l'éventuelle introduction de données médicales sur la carte Sésame vitale. Après introduction de ces corrections, le comité a délivré le **label d'intérêt général** à l'enquête ESPS 2002.

² DREES : Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé.

³ INVS : Institut national de la veille sanitaire.

⁴ Le CNIS est le Conseil national de l'information statistique. Il a notamment pour mission d'harmoniser les sources statistiques publiques et de faciliter l'accès à ces données.

2. Constitution de l'échantillon

2. Constitution de l'échantillon

2.1. Le champ de l'enquête

Le champ de l'enquête est celui des ménages ordinaires⁵ résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est assuré à l'un des 3 principaux régimes de Sécurité sociale, la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés), la CANAM (Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes) et la MSA (Mutualité sociale agricole).

En pratique, sont inclus dans le champ de l'enquête les ménages dont l'un des assurés dit « assuré principal » fait partie de l'un des échantillons constitués par les trois principales caisses de Sécurité sociale. Si cet assuré principal a plus de 15 ans et est présent dans le ménage, on enquête toutes les personnes vivant dans son foyer. Si l'assuré principal est absent ou a moins de 15 ans, l'enquête n'est pas réalisée.

Sont donc exclus du champ de l'enquête :

- les assurés vivant dans un ménage collectif (maison de retraite, congrégation religieuse, prison, etc.),
- les ménages dont l'assuré principal est domicilié dans les DOM-TOM ou à l'étranger,
- les ménages dont l'assuré principal est décédé⁶,
- les assurés ne disposant pas d'un lieu de résidence fixe (SDF).

La première enquête a été effectuée en 1988. Jusqu'en 1993, elle n'était greffée que sur l'échantillon de la CNAMTS appelé EPAS ; elle était donc représentative uniquement des ménages comportant au moins un assuré au régime général. Depuis 1994, la CANAM s'est jointe à l'opération, suivie en 1996 de la MSA (cf. Historique des modalités de tirage de l'échantillon page 17).

Ainsi, ces trois échantillons sont représentatifs d'environ 95 % des personnes résidant en France métropolitaine. Les 5 % restants sont essentiellement des personnes couvertes par d'autres régimes : la SNCF, les Mines, la RATP, les militaires de carrière et les autres régimes particuliers (clercs de notaires, Banque de France...). (cf. Tableau 2 Annexe 6).

Les unités de recueil de l'information sont au nombre de deux : l'assuré principal et le ménage auquel il appartient.

◆ L'assuré principal

L'assuré principal est la personne tirée au sort qui répond aux critères d'inclusion de l'EPAS, ou des échantillons similaires de la CANAM et de la MSA, et de l'enquête (cf. ci-dessus). C'est cet individu qui sert de référence pour son ménage et que l'on cherche à enquêter. Il doit être présent dans le foyer pour que l'enquête puisse avoir lieu. Le terme « assuré principal » n'a rien à voir avec la notion de chef de famille puisqu'il s'agit du résultat du tirage au sort ; un enfant de 21 ans, assuré par exemple par une mutuelle étudiante et habitant chez ses parents peut très bien être l'assuré principal.

◆ Le ménage

Le ménage comprend l'assuré principal lui-même et toutes les autres personnes vivant sous le même toit que lui, quel que soit leur statut par rapport à l'Assurance maladie de la Sécurité sociale. On enquête l'ensemble du ménage, c'est-à-dire toutes les personnes appartenant au foyer de l'assuré principal. Il y a en moyenne, 2,8 personnes par ménage.

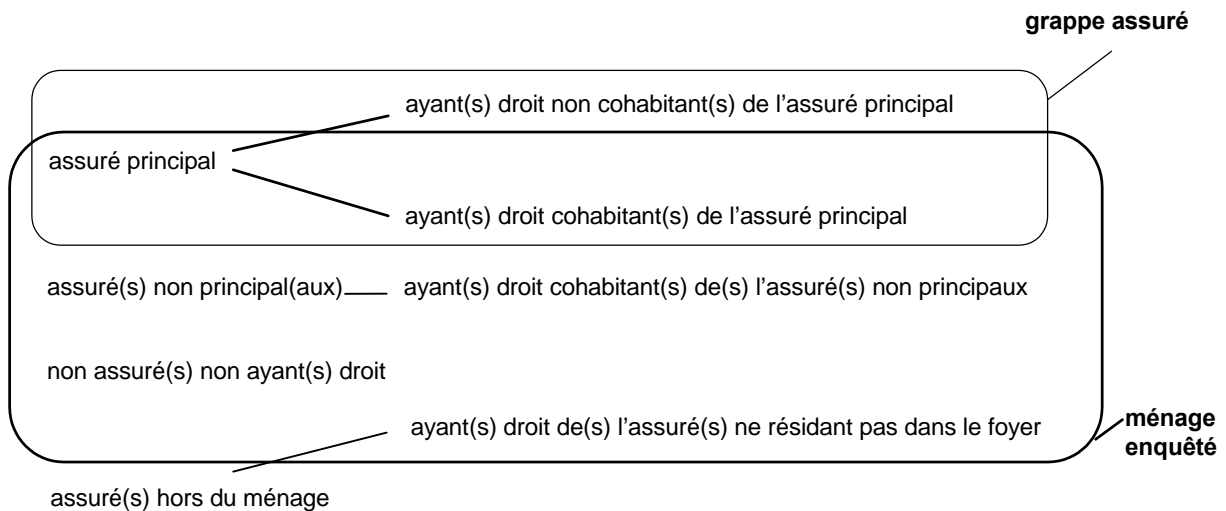
⁵ Par opposition aux ménages collectifs : maison de retraite, communauté religieuse, prison...

⁶ Les enregistrements concernant les assurés décédés sont maintenus dans les fichiers administratifs durant 2 ans après le décès.

La notion de ménage ne recouvre donc pas la notion de « grappe assuré », entité fréquemment utilisée en terme de Sécurité sociale. La « grappe assuré » comprend l'assuré et tous ses ayants droit, habitant ou non avec lui. Un ayant droit est une personne protégée par l'Assurance maladie par l'intermédiaire d'un assuré social. Par exemple, un enfant de moins de 16 ans est ayant droit de ses parents ; une femme inactive est ayant droit de son conjoint.

Une « grappe assurée » comporte en moyenne 1,7 personne. Elle peut être incluse dans le ménage si tous les ayants droit vivent avec l'assuré ; elle peut aussi ne pas être incluse dans le ménage dans le cas d'ayants droit non cohabitants (cf. Schéma n° 1). Dans ce cas, nous ne pouvons pas recueillir de renseignements sur ces ayants droit non cohabitants.

Schéma 1
Composition des ménages enquêtés dans l'enquête ESPS



2.2. Le sondage

L'enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) est une enquête, réalisée auprès des ménages ordinaires, articulée sur les trois échantillons de type EPAS des trois principales caisses de Sécurité sociale ; elle a lieu tous les 2 ans. Pour une année n , on cherche à contacter la moitié des assurés (appelés « assurés principaux ») de chacun de ces échantillons, l'autre moitié étant contactée au cours de l'année $n+2$. Ainsi en 2002, le CREDES tente de contacter la moitié des assurés présents dans ces échantillons dont la plupart auront déjà été enquêtés en 1998. Au total, les assurés présents dans ces échantillons sont normalement contactés tous les 4 ans pour participer à l'enquête.

2.2.1. L'Échantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS) de la CNAMTS

La base de sondage de l'EPAS est constituée par l'ensemble des assurés sociaux et de leurs ayants droit affiliés au Régime Général ou aux principales sections locales mutualistes encore appelées mutuelles décompteuses⁷.

⁷ Ces mutuelles gèrent les remboursements à la place de la Sécurité sociale. Ce sont principalement les mutuelles de fonctionnaires ou les mutuelles étudiantes.

Ce panel était un échantillon représentatif au 1/1 200^{e8} des assurés (et de leurs ayants droit), y sont inclus tous les assurés dont le numéro national d'identification (NNI) vérifie simultanément les trois conditions suivantes :

- l'année de naissance est paire,
- le mois de naissance est octobre (ou, si ce mois de naissance est inconnu, le code de mois de naissance est 40 ou 50),
- les deux derniers chiffres du numéro de commune de naissance sont identiques aux deux derniers chiffres du numéro d'ordre, dans le même ordre ou dans l'ordre inverse.

L'assuré qui présente ces caractéristiques est appelé « assuré principal » ; il est sélectionné avec l'ensemble de ses ayants droit.

Cette modalité de sondage, qui assure donc une représentativité correcte de la population des assurés de la CNAMTS, permet également une mise à jour automatique de l'échantillon. Ainsi toutes les personnes présentant cette particularité du NNI et qui s'inscrivent au Régime général sont automatiquement incluses dans l'EPAS. À l'opposé, toutes les personnes présentant cette particularité et qui sortent de ce régime (décès, changement de régime de base...) sont automatiquement exclues de l'EPAS.

Dans cet échantillon, les numéros nationaux d'identification (NNI) sont donc tous du type (avec k = 0,2,4,6,8 et x et y compris entre 0 et 9) :

|_| |_|k| |_|_| |_|_| |_|x|y| |_|x|y| |_|_|

ou

|_|	|_|k|	|_|_|	|_|_|	|_|x|y|	|_|y|x|	|_|_|
sexe	année de naissance	mois de naissance	département de naissance	numéros de commune de naissance	numéros d'ordre	clés de contrôle

Pour partager cet échantillon en deux (sous-échantillons bisannuels) on utilise la clé de contrôle⁹ du NNI (cf. chapitre 2.2.3. page 16).

2.2.2. Les échantillons de la CANAM et de la MSA

Ils sont constitués de manière identique à l'EPAS mais le taux de sondage est plus important afin d'obtenir un effectif suffisant pour analyser séparément les données de ces deux régimes.

La CANAM tire, en plus des personnes nées en octobre d'une année paire, des assurés nés en avril d'une année paire dont la clé de contrôle est comprise entre 1 et 32 inclus⁹. L'échantillon comprend ainsi environ 2 600 assurés.

La MSA tire, en plus des personnes nées en octobre d'une année paire, des assurés nés en mai d'une année paire dont la clé de contrôle se termine par 7 ou 8. Son échantillon comprend ainsi environ 2 600 assurés.

⁸ En 2000, la CNAMTS a doublé la taille de cet échantillon, qui est donc représentatif au 1/600^e. Jusqu'à présent, le CREDES utilise uniquement le premier échantillon au 1/1 200^e.

⁹ La clé de contrôle du NNI correspond aux deux derniers chiffres du numéro de Sécurité sociale ; il est compris entre 1 et 97. Il est calculé de la manière suivante : 97 – le reste de la division du NNI par 97.

2.2.3. La sélection de l'échantillon à enquêter

Tous les assurés des trois échantillons décrits ci-dessus et appartenant au champ de l'enquête sont sollicités pour participer à l'enquête ESPS. Cependant pour une année donnée, la moitié seulement est sélectionnée. La sélection est faite sur la clé de contrôle du NNI.

De 1988 à 1997, un quart de l'échantillon était sollicité tous les ans. Ainsi, au bout de quatre ans, tous les assurés de l'échantillon initial avaient été tirés (cf. Schéma 2). À partir de 1992, l'enquête a pris la forme d'un panel puisque l'on a commencé à réinterroger les personnes enquêtées quatre ans auparavant.

Depuis 1998, l'enquête est réalisée tous les 2 ans, non plus sur un quart, mais sur la moitié de l'échantillon. Ceci permet d'observer des effectifs plus importants et donc d'analyser avec plus de précisions statistiques les réponses à certaines questions. Pour un même ménage, la périodicité entre deux enquêtes reste toujours de 4 ans. Ainsi en 2002, la plupart des enquêtés auront déjà participé à l'enquête de 1998 et certaines personnes seront enquêtées pour la quatrième fois (90-91 puis 94-95 puis 98 et enfin 2002).

Schéma 2
Sélection des échantillons depuis 1988

EPAS				
Assurés et ayants droit dont l'assuré est né en octobre d'une année paire ...				
Clés : 1	25	50	75	97
1988	1989	1990	1991	
1992	1993	1994	1995	
1996	1997	1998		
2000		2002		

Historique des modalités de tirage de l'échantillon

CNAM			
année de tirage	modalités de tirage dans l'EPAS		
1988	pour 107 CPAM + mutuelles décompteuses : < 80 ans : clés de 1 à 26 ≥ 80 ans : clés de 1 à 52		
1989	pour 107 CPAM + mutuelles décompteuses : < 80 ans : clés de 27 à 52 ≥ 80 ans : clés de 53 à 97		
1990	pour 107 CPAM + mutuelles décompteuses : < 80 ans : clés de 53 à 74 ≥ 80 ans : clés de 0 à 22 entrants entre le 01-01-88 et le 31-12-89 dont les clés sont comprises entre 0 et 52 pour les 22 nouvelles CPAM : < 80 ans : clés de 0 à 74 ≥ 80 ans : clés de 0 à 97		
1991	pour 129 CPAM + mutuelles décompteuses : clés de 75 à 97 + entrants entre le 01-01-90 et le 31-12-90 dont les clés sont inférieures à 75		
1992	pour l'ensemble : clés ≤ 23		
1993	pour l'ensemble : clés > 23 et ≤ 52		
		CANAM	
1994	pour l'ensemble : clés ≥ 53 et ≤ 75	pour l'ensemble de l'échantillon : clés ≥ 53 et ≤ 75	
1995	pour l'ensemble : clés > 75	pour l'ensemble de l'échantillon : clés > 75	
			MSA
1996	pour l'ensemble : clés de 1 à 24	pour l'ensemble : clés de 1 à 24	tirage aléatoire d'1/4 de l'échantillon + tirage exceptionnel d'environ 450 adresses supplé- mentaires
1997	pour l'ensemble : clés de 25 à 49	pour l'ensemble : clés de 25 à 49	tirage aléatoire d'un 2 ^e quart d'échantillon
1998	pour l'ensemble : clés ≥ 50	pour l'ensemble : clés ≥ 50	sélection du 1/2 échan- tillon restant
2000	pour l'ensemble : clés < 50	nés octobre : clés < 50 nés avril : clés 17 à 32 inclus	pour l'ensemble : clés < 50
2002	pour l'ensemble : clés ≥ 50	nés octobre : clés ≥ 50 nés avril : clés 1 à 16 inclus	pour l'ensemble : clés ≥ 50

2.3. La procédure d'anonymisation

Afin de garantir la confidentialité des données recueillies, une procédure d'anonymisation relativement complexe à 2 niveaux a été mise au point (cf. Schéma 3 page 19).

◆ 1^{er} niveau d'anonymisation

Comme on l'a vu précédemment, le tirage au sort des assurés à enquêter est effectué par les départements statistiques des 3 caisses nationales de Sécurité sociale sur la base du Numéro National d'Identification (NNI). Les fichiers contenant les coordonnées des personnes à enquêter ainsi que leur NNI sont adressés au centre de traitement informatique de la CNAMTS (CENTI) qui ajoute au NNI un identifiant appelé "n0". Cet identifiant est obtenu en appliquant au NNI une formule connue uniquement par le CENTI. Le numéro ainsi obtenu est univoque, c'est-à-dire qu'il ne correspond qu'à un seul NNI.

Les coordonnées nominatives des personnes (nom, adresse) ainsi que le n0 correspondant sont transmis directement à la société d'enquête par chacune des 3 caisses. Ces coordonnées nominatives sont indispensables à la société d'enquête pour contacter les assurés. Le n0 est utilisé par cette société pour numéroter les questionnaires qui ne comportent donc jamais les coordonnées de l'assuré. Au total, seules les 3 caisses de Sécurité sociale et la société d'enquête détiennent la liaison entre le n0 et les coordonnées de la personne.

Une fois l'enquête réalisée et la codification terminée, la société d'enquête transmet au CREDES les différents documents d'enquête comportant uniquement le n0 ainsi que les fichiers informatiques constitués à partir de ces documents et numérotés également avec le n0. Après vérification par le CREDES de la bonne exécution du travail, la société d'enquête détruit tous les documents comportant des informations nominatives et en particulier la liste des adresses associées aux n0 qui lui a été fournie par les caisses de Sécurité sociale.

◆ 2^e niveau d'anonymisation

Le CREDES diffuse les fichiers d'exploitation de l'enquête aux caisses d'assurance maladie et à tous les organismes d'études et de recherche qui en font la demande¹⁰. Il a donc été nécessaire de concevoir un second niveau d'anonymisation afin qu'aucun organisme ne dispose simultanément des coordonnées des enquêtés, du n0 correspondant et des données recueillies dans l'enquête. Ce second niveau d'anonymisation garantit aux enquêtés qu'il n'existe aucune possibilité de remonter à des données nominatives. Il est obtenu par la conversion de l'identifiant n0 en un nouvel identifiant n1. C'est un organisme tiers, l'INSEE, qui est chargé de cette conversion et lui seul détient les règles de passage de n0 à n1. La formule est telle qu'à un n0 correspond un et un seul n1. Cette formule est la même depuis la première enquête ESPS de 1988.

La renumérotation s'effectue simultanément pour les fichiers de données issus de l'enquête et pour les fichiers des données administratives de prestations (cf. chapitre 6 page 65).

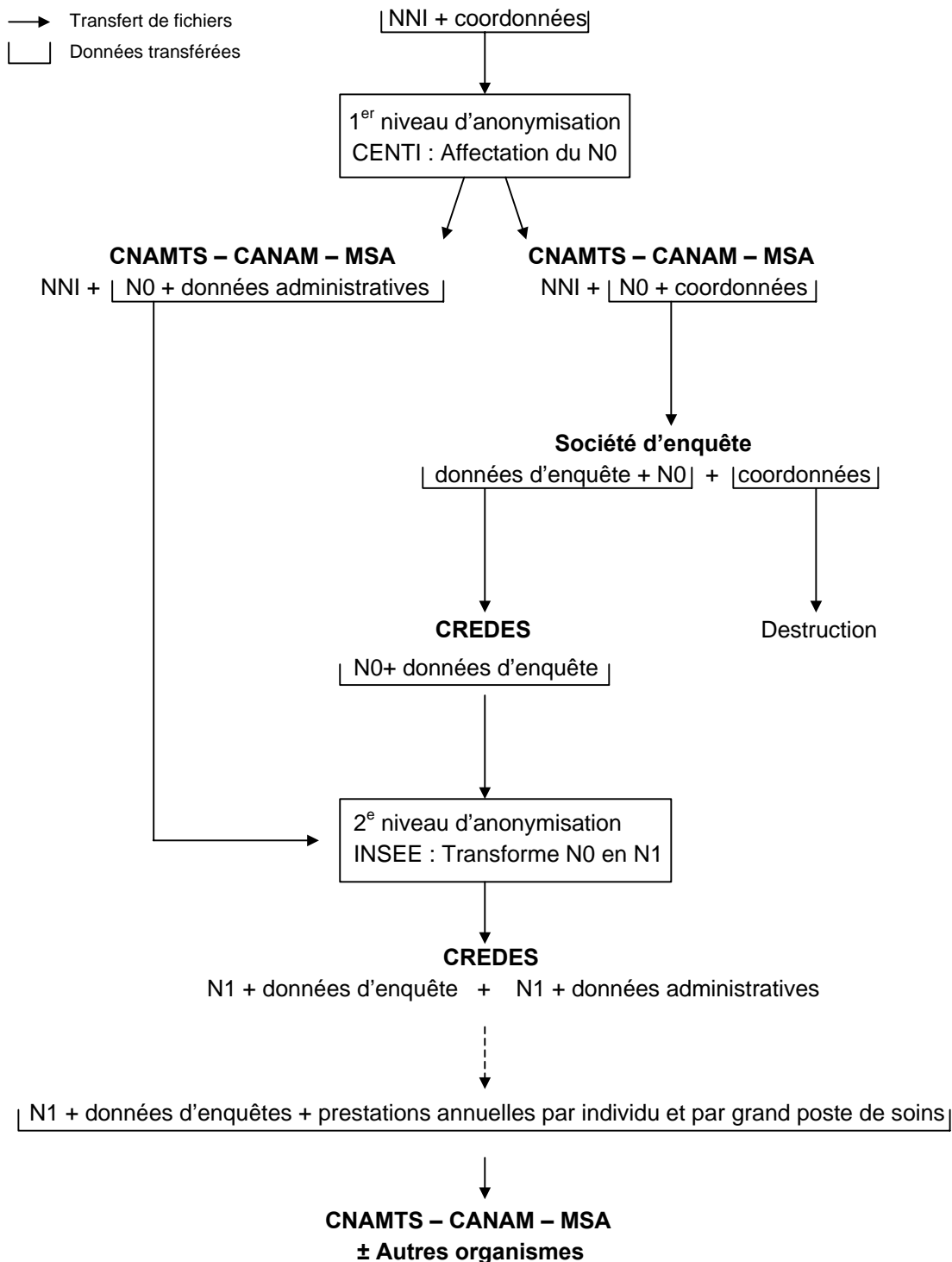
En effet, afin de préparer la phase d'appariement des données administratives de prestations avec les données d'enquête, la CNAMTS, la CANAM et la MSA anonymisent les fichiers correspondant à leurs échantillons (EPAS et échantillons similaires) en transformant le NNI en n0. Ces données sont ensuite transmises à l'INSEE qui transforme les n0 en n1. Les fichiers sont ensuite adressés au CREDES qui peut alors apparier les données de l'enquête avec les prestations correspondantes.

¹⁰ Les fichiers sont diffusés auprès des organismes d'études et de recherche en faisant la demande, après signature d'une convention passée entre ces organismes et le CREDES. Cette convention a pour objectif, d'une part d'éviter que différentes équipes concernées travaillent sur les mêmes sujets, d'autre part de définir les modalités de citation de la source en cas de publication.

À l'issue de cette seconde anonymisation, ni le CREDES, ni aucun autre organisme ne disposent, pour un même individu, d'information nominative associée aux informations recueillies par enquête appariées aux prestations remboursées.

Schéma 3
Procédures d'anonymisation

CNAMTS - CANAM - MSA
Sélection des assurés à enquêter à partir du NNI



3. Informations recueillies et modalités de recueil

3. Informations recueillies et modalités de recueil

Les documents d'enquête (cf. annexe 2 page 81) ont été élaborés par les chercheurs du CREDES en collaboration, sur certains points, avec des équipes extérieures, notamment la CNAMTS, la CANAM, la MSA, la FNMF (Fédération nationale de la Mutualité française), la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère de la Santé) et l'INVS (Institut national de Veille sanitaire). Pour un certain nombre de questions de base relatives à la description socio-économique du ménage, à la mesure de l'état de santé, des consommations médicales et de la protection sociale, les chercheurs se sont inspirés notamment de l'Enquête décennale sur la santé de 1980, réalisée par l'INSEE et la division d'économie médicale du CREDOC (devenue en 1985 le CREDES).

La préoccupation majeure, lors de la mise au point des questionnaires, a toujours été de tenter de minimiser la charge de travail demandée aux ménages. En effet, l'enquête ESPS se répétant tous les quatre ans auprès des mêmes assurés, il paraît inconcevable de surcharger les enquêtés si l'on souhaite qu'ils participent à nouveau à l'enquête. Les questionnaires sont donc un compromis entre toute l'information que l'on souhaiterait obtenir et ce qu'il est raisonnable de demander.

Afin d'assurer une comparabilité des enquêtes dans le temps, les questions constituant la base de l'enquête restent inchangées au cours du temps. Par contre, de nouvelles questions sont régulièrement intégrées dans l'enquête pour tenir compte des diverses préoccupations du moment ou pour éclairer un sujet spécifique. Au fur et à mesure, celles-ci sont remplacées par d'autres questions traitant de thèmes différents. Les documents évoluent donc d'année en année, comme le montre le tableau en annexe 1 page 75.

L'enquête associe l'interview standardisée directe (par téléphone ou en face-à-face) et l'envoi ou le dépôt de questionnaires auto-administrés. Autant que possible, nous cherchons à interviewer l'assuré principal, c'est-à-dire la personne qui a été tirée dans les échantillons de l'Assurance maladie. Concernant les questionnaires auto-administrés, nous demandons aux différents membres du ménage de remplir eux mêmes les questionnaires qui les concernent lorsque cela est possible (cas des enfants ou des personnes ne sachant pas lire ou écrire).

3.1. Les informations recueillies par l'enquêteur : le questionnaire principal

Les informations relatives aux caractéristiques socio-économiques des membres du ménage, aux opinions, comportements des enquêtés etc. sont recueillies par un enquêteur, soit par téléphone, soit en face-à-face, sur la base d'un questionnaire précis, dit questionnaire principal.

Toutes les questions sont posées à l'assuré principal, ou si celui-ci n'est pas disponible, à un autre adulte du ménage. La personne interviewée répond alors pour elle-même aux questions d'opinion et à certaines questions de comportement. Par contre, elle répond pour les autres membres de son foyer comme pour elle-même aux questions plus factuelles (profession, niveau d'études...). Certaines questions de comportement concernent également le ménage.

En 2002, les nouvelles questions du questionnaire principal qui risquaient de poser des problèmes de compréhension ont été testées. Ce test a été réalisé par la société ISL. Il a été effectué par téléphone, auprès d'un échantillon représentatif de 500 personnes. 10 questions ont été testées dont certaines ont été posées en question ouverte de manière à relever des items cohérents et pouvoir ainsi les introduire dans le questionnaire définitif (cf. annexe 3 page 153).

Ce questionnaire est posé en plusieurs étapes (1^{re} et 2^e visites ou 1^{er}, 3^e et 4^e appels téléphoniques). L'enquêteur enregistre les réponses directement sur ordinateur à l'aide des systèmes CAPI ou CATI.

Le premier but de ce questionnaire (cf. annexe 2.3 page 95) est de recueillir le plus précisément possible pour chaque personne du foyer :

- les caractéristiques sociodémographiques (prénom, date de naissance, sexe, lien de parenté avec l'assuré principal, état matrimonial, niveau d'études),
- l'activité professionnelle (profession, conditions de travail, statut, type de contrat, durée du travail...),
- le niveau de couverture sociale obligatoire (régime de Sécurité sociale, statut, exonération du ticket modérateur),
- le niveau de couverture complémentaire maladie (organisme d'affiliation, mode d'obtention),
- le bénéfice ou non du RMI et de la CMU,
- le niveau de revenu,
- la nationalité.

Le second objectif du questionnaire est de connaître, sur quelques thèmes précis, l'opinion, les connaissances ou le comportement de la personne interviewée (qui répond alors pour elle-même). En 2002, ces thèmes sont :

- le renoncement à des soins pour des raisons financières, pour l'interviewé et ses enfants,
- la demande par l'interviewé de soins de kinésithérapeutes, d'arrêt de travail ou de médicaments, à son médecin,
- le recours aux urgences, aux consultations dans un hôpital public, à un généraliste habituel, à un médecin référent, à un ophtalmologue, aux médicaments génériques, aux ostéopathes et aux chiropracteurs,
- la CMU complémentaire,
- l'utilisation du carnet de santé, de la carte sésame vitale,
- les attitudes de prévention (nutrition, entretien de la santé),
- la préférence pour le présent,
- l'état de santé général de la personne interviewée à l'aide de 3 questions simples recommandées par l'OMS.

Enfin, le questionnaire principal permet de poser des questions filtres dont les réponses détermineront le nombre et le type de questionnaires auto-administrés à déposer :

- hospitalisation d'un membre du foyer au cours des trois derniers mois → questionnaire hospitalisation,
- bénéfice d'une complémentaire santé → questionnaire contrat de couverture complémentaire maladie,
- bénéfice de la CMU complémentaire → questionnaire contrat de couverture complémentaire CMU,
- personne souffrant de diabète → questionnaire diabète.

3.2. Les documents auto-administrés

Toutes les informations relatives à la santé de même que les informations sur les contrats de couvertures complémentaires maladies sont recueillies par questionnaires dit auto-administrés c'est-à-dire remplis par la personne concernée. Ces questionnaires sont tous en annexe 2 page 81.

3.2.1. Le questionnaire « santé »

Chaque membre du ménage doit normalement remplir un questionnaire santé le concernant (cf. annexe 2.5 page 131). Il arrive parfois que ce ne soit pas possible (par exemple pour les enfants) ; pour cette raison, le prénom de la personne remplissant le questionnaire est systématiquement demandé.

L'un des principaux objectifs de ce questionnaire est de repérer l'ensemble des affections présentées par un individu à un moment donné. Une liste mnémotechnique de maladies classées par grands

groupes d'affections est proposée à l'enquêté. Le but de cette liste est d'aider la personne à ne pas oublier certains groupes de maladies. On demande cependant à l'enquêté, pour plus de précision, de noter en clair la ou les maladies dont il souffre actuellement. On lui demande également de s'attribuer une note de 0 à 10, relative à la perception qu'il a de son propre état de santé.

Des questions apportent des précisions sur ces affections déclarées, permettent de récupérer d'autres affections omises dans la liste des maladies et de mieux connaître l'état de santé général. Il s'agit de questions portant sur :

- les antécédents chirurgicaux,
- les difficultés quotidiennes de déplacement ou pour la toilette,
- le port de prothèse,
- l'état de la dentition,
- les habitudes en matière de tabac, d'alcool,
- les accidents de la vie courante,
- les motifs ayant conduit à consommer des médicaments au cours des dernières 24 heures.

Sur ce questionnaire figurent également des questions relatives à la consommation de médicaments au cours des 24 heures précédant le remplissage du questionnaire : nom précis et dosage du médicament, forme et quantité contenue dans une boîte, motif médical de la prise du produit, quantité consommée en 24 heures et prescription ou non du médicament. En 2002, ces questions ont pris une grande importance puisque, pour alléger le travail demandé aux ménages, il a été décidé de supprimer le relevé des acquisitions pharmaceutiques sur un mois dans le carnet de soins. Cette consommation journalière de médicaments sera donc la seule information concernant la consommation pharmaceutique dans l'enquête.

Certaines questions traitent des comportements de santé tels que :

- les vaccinations,
- la consommation de fruits et de légumes,
- la pratique régulière d'un sport,
- la consultation chez le dentiste à titre préventif,
- le suivi gynécologique et le recours à la mammographie pour les femmes,
- le recours à la coloscopie.

Si la personne le souhaite, ce questionnaire complété peut être mis sous enveloppe, cachetée ou non. L'objectif de cette enveloppe est de favoriser la déclaration de certaines pathologies ou consommations en donnant aux enquêtés la possibilité de préserver la confidentialité de leurs réponses à l'intérieur même du ménage.

3.2.2. Le questionnaire « hospitalisation »

Le questionnaire « hospitalisation » (cf. annexe 2.6 page 137) ne concerne que les personnes ayant été hospitalisées au cours des trois mois précédents l'enquête (environ 3 % à 4 % des enquêtés). Il est individuel et relatif à une hospitalisation : une personne remplit un questionnaire hospitalisation pour chaque hospitalisation survenue au cours des 3 derniers mois. Toutefois, s'il y a eu des hospitalisations répétées, pour le même motif, la même durée et dans le même établissement, un seul questionnaire est rempli avec le nombre total d'hospitalisations concernées.

Les questions portent sur :

- les coordonnées de l'établissement,
- la date d'entrée et la date de sortie,
- les services fréquentés,
- le motif de l'hospitalisation,
- la perception de la qualité du séjour hospitalier.

3.2.3. Le questionnaire « diabète »

Ce questionnaire (cf. annexe 2.7 page 141) individuel ne concerne que les personnes pour lesquelles un médecin a diagnostiqué un diabète. Cette maladie atteint environ 2,5 % de la population vivant en France. Il a été mis au point en collaboration avec l'INVS et comporte des questions relatives à la prise en charge et à la surveillance nécessaire au diagnostic précoce des complications particulièrement fréquentes dans cette pathologie.

Ce questionnaire permet de recueillir :

- le mode de traitement,
- l'utilisation de certains types d'examen,
- le suivi ophtalmologique et cardio-vasculaire,
- l'existence de complications.

Ce volet spécifique de l'enquête viendra éclairer les résultats de l'Étude ENTRED¹¹ plus complète mais menée uniquement auprès d'un échantillon représentatif des diabétiques traités par insuline ou hypoglycémifiants oraux.

3.2.4. Le carnet de soins

La finalité du carnet de soins (cf. annexe 2.4 page 117) est de recueillir, durant une période de 30 jours, toutes les consommations médicales du foyer (en dehors de la consommation de médicament). Rappelons que, pour la première fois en 2002, les acquisitions de médicaments ne seront pas relevées dans ce carnet comme cela était le cas depuis le début de l'enquête. Ce changement de méthode de recueil permet d'alléger la charge de travail demandée aux enquêtés, et parallèlement, nous l'espérons, améliorer la qualité du remplissage pour les autres consommations.

En dehors de la pharmacie, toutes les consommations de soins, prescrites ou non, gratuites ou payantes, survenues au cours des trente jours de relevés doivent y être notées. Il s'agit :

- des consultations, visites, soins de médecins, de dentistes, de sages-femmes,
- des analyses et des soins d'auxiliaires médicaux,
- des acquisitions de matériels ou d'appareils,
- des hospitalisations.

Pour chaque consommation, on recueille :

- la date,
- le prénom du bénéficiaire,
- le lieu,
- la description des soins ou des appareils,
- la spécialité du praticien qui a effectué les soins,
- la quantité achetée ou effectuée,
- le motif ou la maladie à l'origine de la consommation,
- qui a conseillé ou prescrit la consommation,
- le mode de paiement (tiers payant total, partiel ou paiement total),
- le montant du débours.

Les dates de remplissage du carnet de soins sont fixées par l'enquêteur (cf. chapitre 4.2 page 34).

3.2.5. Le questionnaire « couverture complémentaire »

Le questionnaire « couverture complémentaire » (cf. annexe 2.8 page 145) ne concerne que les personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire d'après les informations recueillies lors du pre-

¹¹ Échantillon National Témoin Représentatif des diabétiques.

mier contact (environ 86 % de tous les enquêtés sont bénéficiaires d'une couverture complémentaire). Un ménage remplit autant de questionnaires qu'il y a de contrats signés auprès d'organismes de couverture complémentaire maladie dans le foyer. En moyenne, il y a 1,2 contrat par ménage.

Ce questionnaire est destiné à valider l'information relevée dans le questionnaire principal par l'enquêteur concernant d'une part les coordonnées de la (ou des) mutuelle(s) ou assurance(s) déclarée(s) par l'enquêté, et d'autre part les prénoms des personnes qu'elle(s) protège(nt). Cette information est en effet très difficile à recueillir précisément par téléphone ou en face-à-face, l'enquêté devant souvent aller chercher des documents pour trouver les réponses précises. Le relevé précis des coordonnées de l'organisme de couverture complémentaire permet de distinguer trois catégories : les mutuelles, les assurances privées ou les caisses de prévoyance.

Par ailleurs, on cherche à savoir comment la complémentaire santé a été obtenue et qui paye les cotisations ou primes. On demande d'autre part aux assurés de donner leur opinion sur le niveau des remboursements en ce qui concerne les lunettes, les prothèses dentaires, les soins de spécialistes et le forfait journalier.

Enfin, on tente de recueillir, pour différents types de soins (prothèses dentaires, lunettes), le niveau quantitatif des garanties dont dispose chaque personne du foyer. Pour ce faire, on demande à l'enquêté de recopier exactement les informations figurant sur son contrat concernant le remboursement des prothèses dentaires et des lunettes. Ces informations permettent ensuite de distinguer les différentes couvertures complémentaires selon leur niveau effectif de prise en charge.

Pour pouvoir rapprocher les réponses fournies des données sociodémographiques, nous demandons, comme sur le questionnaire santé, de noter le prénom de la personne qui remplit le questionnaire.

3.2.6. Le questionnaire « couverture complémentaire CMU »

Le questionnaire « couverture complémentaire CMU » (cf. annexe 2.9 page 149) ne concerne que les personnes ayant déclaré, lors du premier contact, posséder une couverture complémentaire par l'intermédiaire de la CMU. Un ménage remplira autant de questionnaires qu'il y a de complémentaires CMU dans le foyer.

On relève sur ce questionnaire :

- les coordonnées précises de la (ou des) mutuelle(s) ou assurance(s) ou de la caisse d'assurance maladie déclarée(s) par l'enquêté, et d'autre part les prénoms des personnes qu'elle(s) protège(nt),
- l'opinion des enquêtés sur le niveau des remboursements de leur couverture complémentaire en ce qui concerne les lunettes, les prothèses dentaires (question identique à celle posée aux personnes ne disposant pas de la CMU),
- l'existence éventuelle d'une protection complémentaire en 2001 par la CMU ou d'une autre manière,
- l'existence éventuelle d'un débours pour des soins effectués depuis que l'assuré bénéficie de la CMU. En effet, les bénéficiaires de la CMU ne font théoriquement pas d'avance d'argent pour les soins remboursés par la Sécurité sociale. Cette question devrait nous permettre de savoir si tel est le cas.

Pour pouvoir rapprocher les réponses fournies des données sociodémographiques, nous demandons, comme sur le questionnaire santé et le questionnaire couverture complémentaire, de noter le prénom de la personne qui remplit le questionnaire.

4. Déroulement de l'enquête

4. Déroulement de l'enquête

Le terrain de l'enquête ESPS 2002, comme celui des enquêtes précédentes, est sous-traitée par un institut de sondage. Cet institut est choisi à la suite d'un appel d'offre. L'institut de sondage Laviolle (ISL) a été retenu à l'issue de l'appel d'offre lancé en 2000 pour réaliser les terrains des enquêtes 2000 et 2002. Auparavant, le terrain de cette enquête a été effectué successivement par les sociétés suivantes :

	Enquête téléphonique	Enquête en face-à-face	Lieu d'implantation des ateliers du chiffrage
1988	IFOP	ISL ¹²	atelier au CREDES
1989	IFOP	ISL	atelier au CREDES
1990	IFOP	ISL	atelier au CREDES
1991	IFOP	ISL	Panel Études
1992	IFOP	ISL	Panel Études
1993	IFOP	ISL	Panel Études
1994	ISL	ISL	Panel Études
1995	ISL	ISL	Panel Études
1996	ISL	ISL	ISL
1997	ISL	MV2	ISL
1998	ISL	ISL	ISL
2000	ISL	ISL	ISL
2002	ISL	ISL	ISL

L'enquête se déroulant tous les 2 ans et faisant intervenir successivement un grand nombre d'organismes, il a été nécessaire de mettre au point un calendrier prévisionnel afin de coordonner au mieux le travail des différents intervenants (cf. annexe 4 page 159). Bien entendu, ce calendrier n'est que théorique, dans la mesure où des ajustements doivent être constamment réalisés, mais il a permis d'améliorer de manière conséquente les échanges entre les différents intervenants.

4.1. La préparation du terrain

L'enquête combine la méthode de l'interview assistée par ordinateur et celle des questionnaires auto-administrés. Les interviews sont effectuées au téléphone pour les assurés dont le numéro de téléphone a pu être trouvé et en face-à-face pour les autres. L'enquête nécessite 4 contacts téléphoniques dans le premier cas et 2 visites à un mois d'intervalle dans le second. Par ailleurs, elle se déroule en 2 vagues successives, une au printemps, l'autre en automne, afin de tenir compte de la saisonnalité de certaines pathologies et donc des consommations.

¹² Institut de sondage Laviolle.

4.1.1. La répartition selon la modalité de contact téléphone et face-à-face

Les noms et adresses des assurés principaux sont fournis directement par les caisses de Sécurité sociale à la société chargée du terrain de l'enquête. Le CREDES n'a donc jamais connaissance des coordonnées des enquêtés.

Chaque enregistrement comporte théoriquement, le nom et le prénom de l'assuré tiré, son adresse, son année de naissance, ainsi qu'un numéro (n0) (cf. chapitre 2.3. page 18).

À réception des fichiers, 6 à 8 % des adresses d'origine ne peuvent être exploitées pour diverses raisons, essentiellement du fait d'adresses très incomplètes.

Le fichier fourni à la société d'enquête ne comportant pas de coordonnées téléphoniques, celle-ci effectue la recherche des numéros de téléphone.

La société doit également rechercher d'éventuels doublons, un même assuré pouvant être inclus par deux caisses de Sécurité sociale différentes. Il existe en effet des personnes inscrites dans deux caisses comme par exemple des agriculteurs de montagne qui, durant la période hivernale, occupent un emploi salarié.

À l'issue de la recherche des coordonnées téléphoniques, l'échantillon initial est clivé en deux :

- les assurés dont on a trouvé les coordonnées téléphoniques : ils seront enquêtés selon la modalité téléphone,
- les assurés pour lesquels les coordonnées téléphoniques n'ont pu être trouvées : ils seront donc interviewés en face-à-face par un enquêteur qui se déplacera à leur domicile. Il s'agit essentiellement de personnes sur liste rouge, de personnes habitant sous le toit d'une personne portant un nom différent (notamment en cas de concubinage), de personnes sans aucun téléphone, de personnes dont les coordonnées figurant dans l'EPAS sont erronées (cas des déménagements) et de plus en plus souvent, de personnes disposant d'un téléphone portable mais qui n'ont pas de téléphone fixe ; ces personnes, souvent jeunes, ne figurent pas dans l'annuaire téléphonique qui ne recense que les postes fixes.

De plus, pour l'enquête 2002, il a été décidé d'enquêter en face-à-face tous les ménages dont l'assuré principal est âgé de 70 ans et plus ainsi que tous les ménages dont l'assuré principal est bénéficiaire de la CMU. Cette décision (relativement coûteuse, car les enquêtes en face-à-face sont plus onéreuses que celles réalisées par téléphone) a été prise à la suite d'une étude des taux de participation à l'enquête ESPS 1998 et des taux de remplissage des questionnaires auto-administrés selon la modalité de contact employée. Ce travail a montré que la modalité face-à-face augmentait la participation à l'enquête et surtout favorisait la récupération des questionnaires auto-administrés spécifiquement chez les personnes âgées (cf. chapitre 5 page 51).

4.1.2. La répartition en deux vagues

L'échantillon est enquêté en deux vagues successives d'effectif égal, correspondant à deux périodes différentes de l'année afin de tenir compte des variations saisonnières de la morbidité et des consommations de soins. La première vague a lieu entre mars et juin, la seconde entre octobre et décembre.

La répartition des adresses entre les deux vagues est effectuée de manière à maintenir la représentativité géographique des 2 sous-échantillons. Cependant, pour l'enquête ESPS 2002, les coordonnées des personnes assurées par des sections locales mutualistes (mutuelles décompteuses) n'étaient pas disponibles pour la 1^{re} vague. Ces assurés ont donc été contactés en seconde vague.

4.1.3. La formation des enquêteurs

Du fait de la complexité de son déroulement mais aussi du caractère très spécifique des questions posées, cette enquête exige une formation soutenue des enquêteurs. Il est en effet nécessaire que tous les enquêteurs possèdent un minimum de culture sur l'organisation du système de santé français pour pouvoir réagir aux éventuelles incohérences dans les déclarations des enquêtés.

La société d'enquête dispose d'inspecteurs responsables de la formation des enquêteurs. Dans un premier temps, le CREDES dispense une formation à ces inspecteurs ainsi qu'à toutes les personnes de la société qui interviennent dans l'organisation de l'enquête (chargés d'études, responsables terrain...). Un document reprenant l'ensemble des instructions du CREDES et de la société d'enquête est réalisé à l'issue de cette formation. Il est distribué aux enquêteurs lors de leur formation (cf. annexe 5 page 163).

Dans un deuxième temps, les formations aux enquêteurs sont réalisées par la société d'enquête en présence des responsables de l'enquête au CREDES. La société d'enquête intervient sur tous les points liés à l'organisation de l'enquête ainsi que sur les questions socio-économiques classiques (recueil de la profession, du revenu...). Le CREDES intervient sur tous les aspects spécifiques à cette enquête (régime de Sécurité sociale, exonération du ticket modérateur, CMU, couverture complémentaire, état de santé...).

La formation des enquêteurs « face-à-face » est dispensée dans les diverses métropoles régionales, au cours d'une journée complète de formation précédant le démarrage de la première vague. Depuis l'enquête 2002, avant le démarrage de la seconde vague, une nouvelle formation d'une demi-journée est dispensée ; elle permet de remotiver les enquêteurs et de régler les éventuelles difficultés rencontrées lors de la 1^{re} vague d'enquête. La formation des enquêteurs intervenant par téléphone est effectuée au fur et à mesure du déroulement de la 1^{re} vague de l'enquête c'est-à-dire au début de chaque phase d'appel téléphonique. Quatre réunions de formation sont ainsi effectuées, avant le démarrage de chacun des 4 appels téléphoniques obligatoires. En 2002, cette formation est réitérée à l'occasion de la seconde vague de l'enquête.

4.1.4. Les documents d'annonce de l'enquête

Avant la prise de contact avec les enquêtés, une lettre leur est adressée pour leur annoncer, en fonction de la modalité de contact, le prochain passage d'un enquêteur ou un prochain appel téléphonique. Une plaquette de présentation de l'enquête est jointe à la lettre.

◆ La lettre annonce (cf. annexe 2.1 p. 83)

Elle représente le premier contact avec l'assuré et son ménage. Son but est de présenter l'enquête et son utilité, d'expliquer les conditions de participation, de présenter le CREDES, de mettre l'accent sur le respect de l'anonymat lors de l'exploitation des données.

Cette lettre est différente selon que l'assuré a, ou non, déjà été sollicité quatre ans auparavant pour participer à l'enquête¹³.

◆ La plaquette (cf. annexe 2.2 p. 93)

Elle accompagne la lettre annonce, et est destinée à présenter quelques résultats importants de l'enquête précédente.

¹³ La numérotation fournie par les caisses de Sécurité sociale permet de distinguer les assurés ayant déjà été tirés dans les EPAS de ceux qui ne l'ont pas encore été.

4.2. L'enquête proprement dite

4.2.1. L'enquête en face-à-face

L'enquête en « face-à-face » comporte 2 visites à au moins 32 jours d'intervalle (cf. Schéma 4 page 37). Pour réaliser les interviews, les enquêteurs disposent d'un micro-ordinateur portable équipé d'un système CAPI (Computer Assisted Personal Interview).

Environ 3 semaines avant la première visite, la lettre annonce est adressée à chaque assuré principal l'informant qu'il a été tiré au sort pour participer à l'enquête et lui précisant qu'un enquêteur se rendra à son domicile dans les prochains jours. La plaquette présentant des résultats de l'enquête ESPS 2000 est jointe à cette lettre. Ce délai de 3 semaines entre l'envoi du courrier et la première visite permet le retour de certaines lettres avec la mention « NPAI » (N'habite Plus à l'Adresse Indiquée). Ces adresses sont alors exclues de la tournée des enquêteurs. Pour l'enquête 2000, environ 15 % des assurés « face-à-face » sont exclus pour cette raison.

Lorsque l'enquêteur se rend au domicile pour effectuer la **première visite**, plusieurs cas de figure sont possibles :

- L'assuré principal ne fait pas ou plus partie du foyer car il est décédé, a quitté le foyer sans laisser d'adresse, est parti à l'étranger pour plusieurs mois, est inconnu à cette adresse, etc. : l'enquête n'est pas effectuée.
- L'assuré principal vit en ménage collectif (institution, prison, maison de retraite) : l'enquête n'est pas effectuée.
- L'assuré principal a déménagé. L'enquête n'est pas réalisée auprès des personnes vivant dans son ancien domicile. Si sa nouvelle adresse peut être récupérée, l'enquête est si possible réalisée à son nouveau domicile.
- L'assuré principal ne dispose pas d'un domicile fixe et l'adresse fournie correspond à une domiciliation postale : l'enquête n'est pas réalisée.
- L'assuré principal n'a pu être joint pour diverses raisons (ne répond pas, digicode à l'entrée et il n'y a personne qui le laisse entrer...). L'enquêteur cherche alors à obtenir le plus d'informations possibles sur les habitudes et les horaires de présence de cette personne afin de préparer, au mieux, les visites suivantes. En effet, avant de considérer cette adresse comme une chute, 3 visites supplémentaires sont nécessaires. Celles-ci doivent être réalisées à des jours et heures différentes, avec obligatoirement une tentative le samedi et une tentative en soirée.
- L'assuré principal habite bien à cette adresse, mais refuse de répondre. Après avoir argumenté pour tenter de le convaincre, l'enquêteur relève le motif du refus (a déjà participé, trop vieux, trop malade...).
- L'assuré principal n'est pas présent, l'enquêteur propose de repasser après s'être informé sur les jours et les plages horaires où l'assuré principal est susceptible d'être présent.
- L'assuré principal est présent et accepte de répondre. Dans ce cas, soit la personne est disponible immédiatement et l'enquêteur commence l'interview, soit la personne n'est pas disponible, l'enquêteur prend rendez-vous pour un entretien ultérieur. Il arrive que l'assuré principal ne souhaite pas répondre lui-même et propose que ce soit une autre personne du ménage qui réponde. Dans ce cas, l'enquêteur interroge cette autre personne.

Quoi qu'il en soit, en cas de chute ou de refus, l'enquêteur note très précisément, pour chaque adresse, le motif de cette chute ou de ce refus.

◆ Première visite

Une seule personne, la plupart du temps l'assuré principal, répond pour toutes les personnes du ménage aux différentes questions de la première partie du « questionnaire principal ». La durée de pas-

sation du questionnaire varie en fonction du nombre de personnes du ménage et du degré de complexité des situations rencontrées. En 2000, cette 1^{re} visite a duré en moyenne 26 minutes. Pour un quart, la durée est inférieure à 17 minutes, pour la moitié elle est inférieure à 23 minutes et pour trois quarts à 32 minutes.

Une fois la première partie du questionnaire principal réalisée, l'enquêteur explique à l'enquêté comment remplir les documents auto-administrés qu'il lui remet et récupérera lors de la seconde visite.

Ces documents comprennent obligatoirement :

- un questionnaire « santé »¹⁴ pour chaque membre du ménage,
- un « carnet de soins » pour l'ensemble des membres du ménage, sur lequel devront être notés durant un mois tous les soins consommés (hors achats de médicaments). L'enquêteur note précisément sur la couverture du carnet les dates de début et de fin de relevés (la date du début correspond au lendemain de la 1^{re} visite). L'enquêteur explique ensuite le fonctionnement de ce « carnet de soins » à l'aide de quelques exemples.

Selon les cas, l'enquêteur y adjoint :

- un ou plusieurs questionnaires « diabète », en fonction du nombre de personnes diabétiques dans le ménage,
- un ou plusieurs questionnaires « hospitalisation », selon le nombre d'hospitalisations ayant eu lieu dans les trois mois précédant le jour de la 1^{re} visite,
- un ou plusieurs questionnaires « couverture complémentaire », selon qu'il existe un ou plusieurs contrats de couverture complémentaire dans le ménage,
- un ou plusieurs questionnaires « couverture complémentaire CMU », selon le nombre de personnes se déclarant assurées elles-mêmes à la CMU.

Exceptionnellement, à la fin de la 1^{re} visite, certaines personnes ne souhaitent pas continuer l'enquête. Dans ce cas, l'enquêteur doit essayer de poser l'ensemble des questions du questionnaire principal (y compris celles prévues pour la 2^e visite) et doit remplir avec la personne le maximum de documents auto-administrés.

Si l'enquêteur constate lors de la première visite que certaines personnes (en particulier les personnes âgées et les personnes maîtrisant mal la langue française) sont dans l'incapacité de remplir les questionnaires auto-administrés et le carnet de soins, il doit leur proposer de remplir lui-même, sous leur dictée, le ou les questionnaires santé du ménage. Simultanément, il demande à ces personnes de conserver tous les éléments qui lui permettront de remplir le carnet de soins lors de la 2^e visite.

◆ **Entre la première et la deuxième visite**

Le questionnaire principal est télétransmis au siège de la société d'enquête pour relecture-vérification. Les médecins chargés du chiffrage médical vérifient le bon remplissage et la cohérence des réponses aux questions relatives à l'exonération du ticket modérateur et de celles concernant les maladies responsables d'une éventuelle absence d'activité professionnelle. D'autres réponses donnent lieu à une vérification par une personne de la société d'enquête spécialisée dans cette tâche et formée par le CREDES (cf. chapitre 4.3.1 page 42). Cette vérification porte en particulier sur la cohérence des réponses aux questions relatives au Régime de Sécurité sociale, à la profession, au RMI et à la CMU.

Si les données fournies par les enquêtés sont insuffisantes ou incomplètes, des demandes de précisions sont transmises à l'enquêteur. Celui-ci, lors de la deuxième visite, interrogera l'enquêté pour tenter de compléter l'information.

¹⁴ Chaque questionnaire santé est accompagné d'une enveloppe que la personne peut cacheter afin de préserver l'anonymat de ses réponses au sein même du ménage.

◆ **2^e visite**

La seconde visite est effectuée au plus tôt 32 jours après la première puisque le recueil des consommations sur le carnet de soins démarre le lendemain de la 1^{re} visite et dure 30 jours. Cette visite dure en moyenne 12 minutes.

Lors de cette seconde visite l'enquêteur doit :

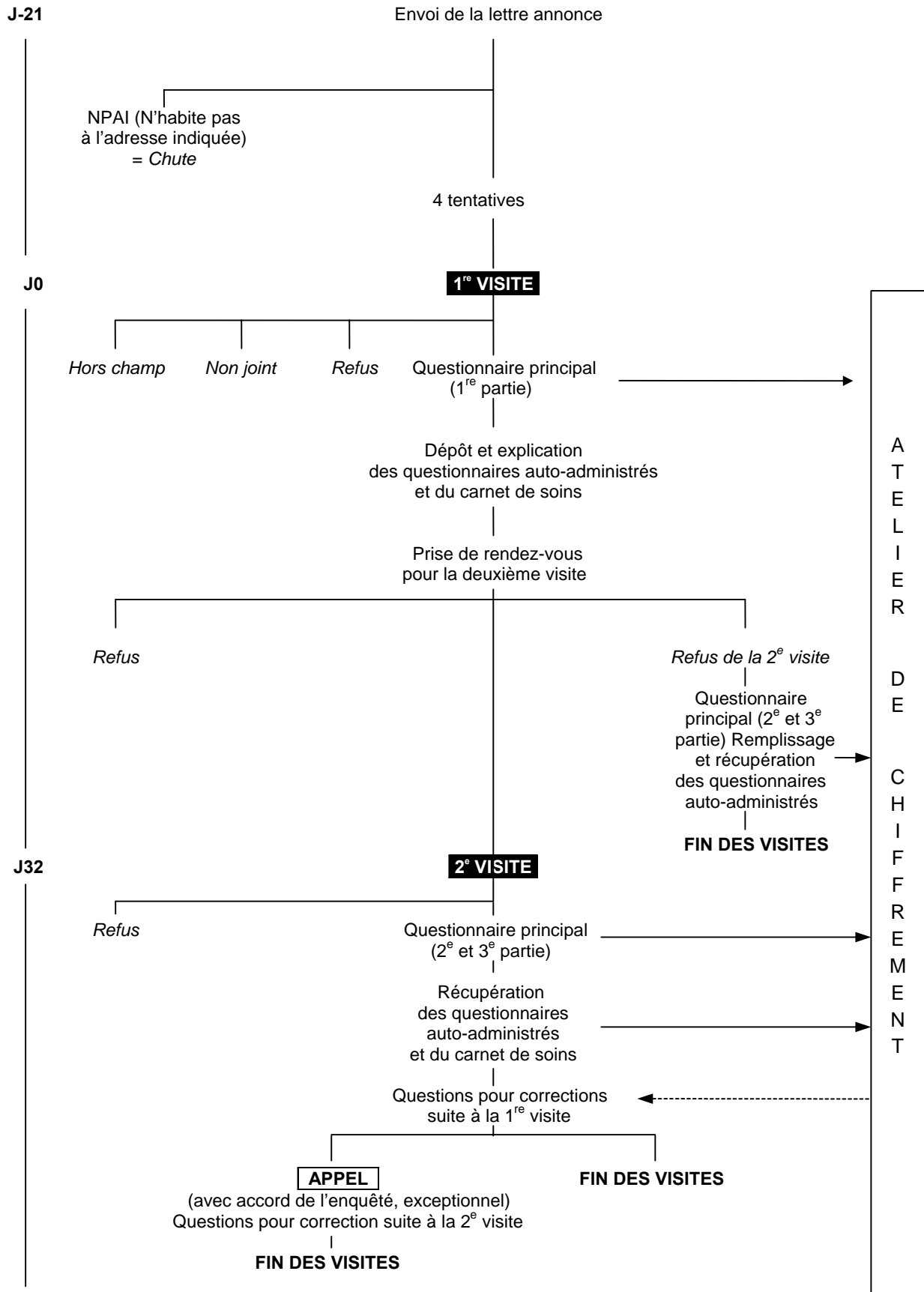
- vérifier le bon remplissage des documents auto-administrés, en particulier des questionnaires santé (pour ceux qui n'ont pas été placés dans une enveloppe close) et du carnet de soins, notamment dans ce dernier les informations financières : débours, tiers payant, exonération etc.,
- poser les dernières questions du « questionnaire principal » dont celles relatives aux revenus.

◆ **Après la 2^e visite**

L'enquête terminée, l'enquêteur renvoie tous les documents au siège de la société d'enquête. Ceux-ci sont confiés à l'atelier de codification comportant des médecins pour toutes les questions médicales et des personnes spécialisées dans la relecture et la codification des autres informations recueillies telles que professions, régimes de Sécurité sociale, couvertures complémentaires etc.

Lors du chiffrage, certaines réponses à des questions considérées comme essentielles peuvent se révéler incomplètes ou inexploitables. Les codificateurs peuvent alors poser des questions complémentaires aux personnes ayant déclaré disposer d'un téléphone (bien que ne figurant pas sur l'annuaire) et qui ont accepté d'être rappelées à l'issue de l'enquête si cela s'avérait nécessaire. Cette procédure ne concerne pas plus d'un ménage sur dix.

Schéma 4
Déroulement de l'enquête « face-à-face »



4.2.2. L'enquête par téléphone

L'enquête par téléphone comporte 4 appels téléphoniques au minimum (cf. Schéma 5 page 41). Pour effectuer ces interviews, les enquêteurs disposent d'un ordinateur équipé d'un système CATI (Computer Assisted Telephonic Interview).

Environ 8 jours avant le premier appel téléphonique, la lettre annonce est adressée à chaque assuré principal l'informant qu'il a été tiré au sort pour participer à l'enquête et lui annonçant l'appel téléphonique d'un enquêteur. Tous les numéros de téléphone sont exploités, y compris ceux correspondant à des retours de lettres portant la mention « n'habite plus à l'adresse indiquée ». Seuls les numéros correspondant à des retours de lettre informant d'un décès sont exclus.

Lorsque l'enquêteur contacte pour la première fois le ménage, plusieurs cas de figures (comparables à ceux de l'enquête face-à-face) sont possibles :

- L'assuré principal ne fait plus partie du foyer (est décédé, a quitté le foyer sans laisser d'adresse, est parti à l'étranger pour plusieurs mois, est inconnu à cette adresse...) : l'enquête est terminée.
- L'assuré principal fait partie d'un ménage collectif (institution, prison, maison de retraite) : l'enquête n'est pas effectuée.
- L'assuré principal a déménagé. L'enquête n'est pas réalisée auprès des personnes vivant dans son ancien domicile. Si sa nouvelle adresse peut être récupérée, et le numéro de téléphone trouvé, l'enquête est réalisée, lorsque ceci est possible.
- Le numéro de téléphone ne répond pas. Au moins 5 appels supplémentaires sont réalisés, à des jours et heures différentes, avec obligatoirement deux tentatives le samedi, avant de déclarer l'adresse « non jointe ».
- L'assuré principal ou un membre de sa famille refuse de participer. L'enquêteur propose qu'une personne se déplace au domicile de l'interviewé pour réaliser l'enquête en face-à-face. En cas de refus, l'enquête s'arrête.
- L'assuré principal n'est pas présent, l'enquêteur propose un rendez-vous téléphonique après s'être informé sur les jours et les plages horaires où l'assuré principal est susceptible d'être présent.
- L'assuré principal est présent et accepte de répondre. Dans ce cas, soit la personne est disponible immédiatement et l'enquêteur commence l'interview, soit la personne n'est pas disponible, l'enquêteur fixe un rendez-vous téléphonique pour un entretien ultérieur. Si le ménage comporte plus de 10 personnes, l'enquêteur prévient l'interviewé que l'enquête ne peut pas se dérouler par téléphone et qu'une personne se déplacera à son domicile pour réaliser le questionnaire en face-à-face. Il arrive que l'assuré principal ne souhaite pas répondre lui-même mais propose qu'une autre personne du ménage réponde à sa place, par exemple sous le prétexte qu'il ne connaît rien aux problèmes de santé ou de couverture sociale du foyer. Dans ce cas l'enquêteur interroge cette autre personne.

En cas de chute ou de refus, quel que soit le cas de figure rencontré, l'enquêteur note très précisément, pour chaque numéro de téléphone, la raison de cette chute ou de ce refus.

◆ 1^{er} appel

Au cours du 1^{er} appel, une seule personne, la plupart du temps l'assuré principal, répond pour toutes les personnes du ménage à la première partie du questionnaire appelé « questionnaire principal ». La durée de l'interview varie en fonction du nombre de personnes du ménage, et du degré de complexité des situations rencontrées. En 2000, le 1^{er} appel a duré en moyenne 17 minutes. Pour un quart des 1^{ers} appels, la durée est inférieure à 13 minutes, pour la moitié elle est inférieure à 16 minutes et pour trois quarts à 20 minutes.

À la fin de ce premier entretien, l'enquêteur annonce à l'assuré principal qu'il va recevoir dans quelques jours un certain nombre de documents à remplir. Il lui annonce son deuxième appel téléphonique (5 jours après le premier) dont l'unique but est d'expliquer à l'enquêté comment remplir ces documents.

Sont obligatoirement adressés au ménage :

- un questionnaire « santé »¹⁵ pour chaque membre du ménage,
- un « carnet de soins » pour l'ensemble des membres du ménage, sur lequel devront être notés durant un mois tous les soins consommés (hors achats de médicaments),

Selon les cas, sont envoyés également :

- un ou plusieurs questionnaires « diabète », en fonction du nombre de personnes diabétiques dans le ménage,
- un ou plusieurs questionnaires « hospitalisation », selon le nombre d'hospitalisations ayant eu lieu dans les trois mois précédant le jour de la 1^{re} visite,
- un ou plusieurs questionnaires « couverture complémentaire », selon qu'il existe un ou plusieurs contrats de couverture complémentaire dans le ménage,
- un ou plusieurs questionnaires « couverture complémentaire CMU », selon le nombre de personnes se déclarant assurées elles-mêmes à la CMU.

◆ 2^e appel

Ce second appel est consacré à expliquer comment remplir les questionnaires auto-administrés et de quelle manière les renvoyer. L'enquêteur explique en particulier le fonctionnement du « carnet de soins », et pour faciliter l'appropriation du carnet par l'enquêté, il lui fait remplir quelques exemples de consommations correspondant aux derniers soins reçus. Il demande aux enquêtés de remplir pendant 30 jours ce carnet de soins. Pour ce faire, il fait noter à l'enquêté sur la couverture du carnet de soins la date de début de remplissage (qui correspond au lendemain de ce second appel) et la date de fin de relevés qui se situe 30 jours après. Il demande à l'enquêté de renvoyer le plus tôt possible les autres questionnaires auto-administrés afin qu'ils puissent être relus par les médecins codificateurs. Il annonce qu'il rappellera dans les 15 jours qui suivent, pour savoir si tout se passe bien. Ce second appel est court, en moyenne 4 minutes en 2000.

Il arrive que lors du second appel l'enquêté, au vu des questionnaires auto-administrés, refuse de continuer : l'enquête est alors terminée (7 % des 1ers appels effectués dans l'enquête 2000).

◆ 3^e appel

Le troisième appel est essentiellement un appel de soutien. L'enquêteur insiste sur la nécessité de bien remplir le carnet de soins. Il rappelle que celui-ci doit être adressé à la société d'enquête, dès la fin de la période d'observation.

Si les autres documents auto-administrés, notamment les questionnaires santé, n'ont pas encore été renvoyés, l'enquêteur demande à son correspondant de bien vouloir les retourner à la société d'enquête.

Cet appel est également utilisé pour poser quelques questions figurant dans le questionnaire principal (2^e partie). Il dure en moyenne 5 minutes.

◆ 4^e appel

Le quatrième appel est réalisé 15 jours environ après la date de clôture du carnet de soins soit environ un mois et demi après le premier appel. Si le carnet de soins et les autres documents auto-administrés n'ont pas été renvoyés, l'enquêteur demande à son correspondant de bien vouloir le faire. Quelle que soit la situation, l'enquêteur pose les dernières questions du questionnaire principal (3^e partie) comportant notamment des questions sur le revenu du ménage. Ce dernier appel dure en moyenne 6 minutes.

¹⁵ Chaque questionnaire santé est accompagné d'une enveloppe que la personne peut cacheter afin de préserver l'anonymat de ses réponses au sein même du ménage.

◆ 5^e et 6^e appels

Le schéma théorique du déroulement de l'enquête est terminé. Cependant, certains questionnaires n'étant toujours pas renvoyés après un nouveau délai d'une semaine, il est nécessaire d'effectuer un, voire deux nouveaux appels pour récupérer ces documents ; il s'agit des **5^e et 6^e appels**.

◆ Que se passe-t-il entre les appels ?

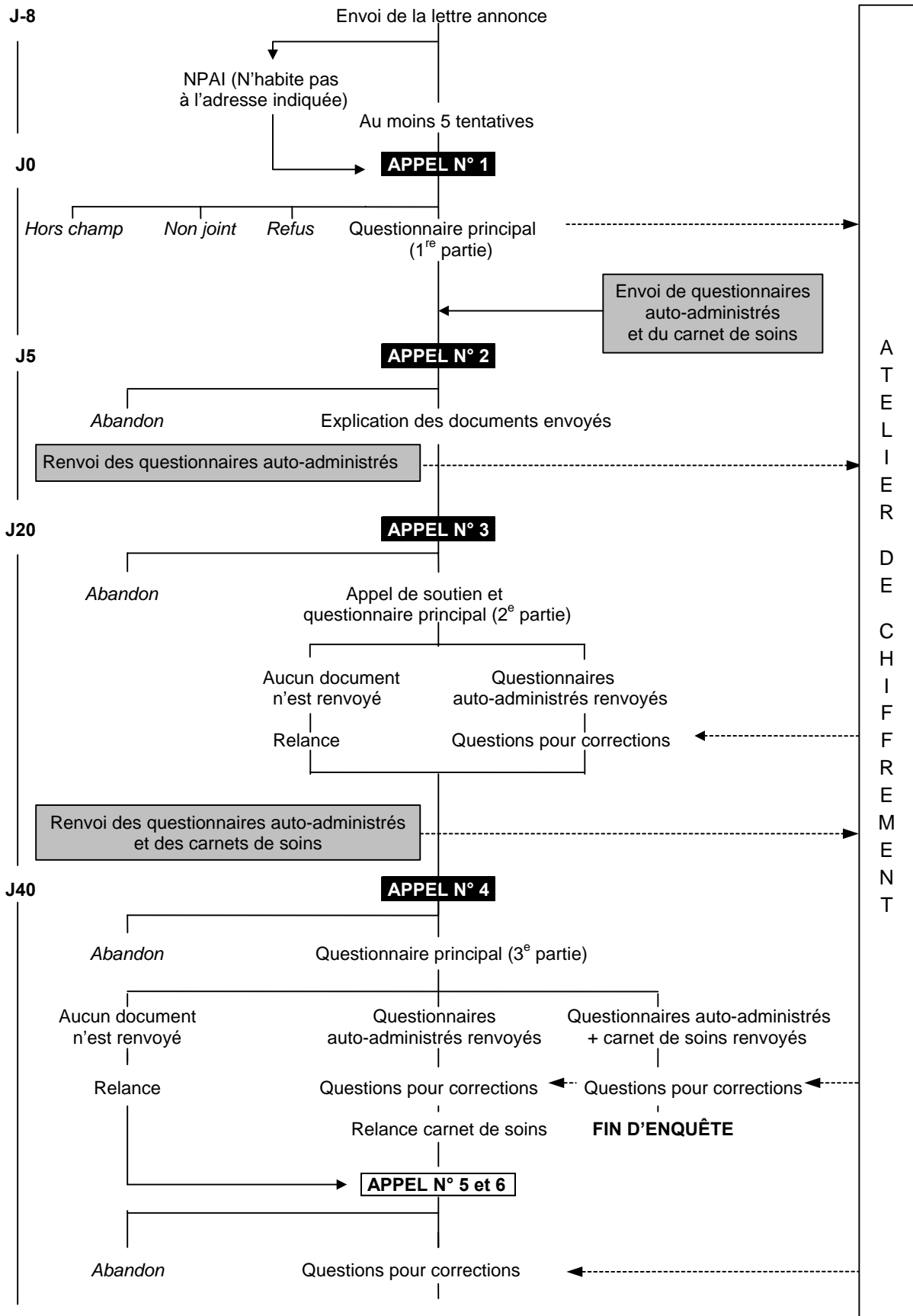
Dès réception des questionnaires auto-administrés, leur contenu est vérifié par des médecins qui contrôlent également dans le questionnaire principal les réponses aux questions relatives à l'exonération du ticket modérateur et à celles concernant les maladies responsables d'une éventuelle absence d'activité professionnelle (cf. chapitre 4.3.2 page 42). Si le carnet de soins est adressé suffisamment tôt avant le 4^e appel, il est également vérifié.

Certaines parties du questionnaire principal sont contrôlées par une personne de la société d'enquête spécialisée dans cette tâche et formée par le CREDES. Cette personne vérifie en particulier la cohérence des réponses aux questions relatives au Régime de Sécurité sociale, à la profession, au RMI et à la CMU (cf. chapitre 4.3.1 page 42).

Lorsque les données fournies par les enquêtés sont insuffisantes ou incomplètes, il est possible de faire poser des questions par l'enquêteur lors de l'appel téléphonique suivant. Par exemple, si quelqu'un déclare une maladie de cœur sans autre précision, le médecin codificateur cherche à faire préciser s'il s'agit d'une insuffisance cardiaque, d'un trouble du rythme, ou d'une angine de poitrine en demandant à l'enquêteur de citer ces différentes pathologies à l'interviewé.

Les 5^e et 6^e appels peuvent également être utilisés pour poser des questions complémentaires lorsque des imprécisions apparaissent au moment de la codification.

Schéma 5
Déroulement de l'enquête « téléphone »



4.3. La codification

La codification des informations comprend deux parties, l'une non médicale, l'autre médicale. Elle concerne aussi bien l'enquête téléphonique que l'enquête en face-à-face. Ce chiffrage est réalisé au fur et à mesure du déroulement de l'enquête de manière à pouvoir poser des questions aux personnes enquêtées lors des contacts suivants.

4.3.1. La codification des informations non médicales

Les tâches suivantes sont réalisées par une personne assurant à la fois la gestion des questionnaires et la codification des données.

◆ Dès le 1^{er} contact terminé (interview téléphone ou face-à-face) :

- Contrôle de cohérence au cas par cas entre la profession déclarée, le régime de Sécurité sociale déclaré, le RMI et la CMU. Les incohérences apparentes impliquent des questions qui sont transmises aux enquêteurs et posées au contact suivant. Les dossiers sont alors revus et corrigés après ce contact.
- Codification semi-agrégée en 19 postes de la catégorie socioprofessionnelle (pour les actifs et anciens actifs). Les professions sont codées à l'aide de la nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE. Des questions complémentaires peuvent être posées au contact suivant. Les dossiers sont alors complétés après ce contact.

◆ Dès réception des questionnaires auto-administrés :

- Codification des organismes de couvertures complémentaires maladie. Cette codification est réalisée à l'aide d'un fichier informatisé des mutuelles, assurances et caisses de prévoyance mis au point par le CREDES dès les premières enquêtes ESPS. À chaque fois qu'un nouvel organisme est déclaré le codificateur recherche sur Minitel les coordonnées précises de cet organisme et complète le fichier existant. En cas d'imprécision, des questions peuvent être formulées et posées lors du contact suivant. La codification est alors revue après ce contact.
- Codification des établissements hospitaliers à partir du fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS).

◆ Fin d'enquête :

- Codification des communes de résidence des ménages enquêtés à l'aide du code INSEE en 24 postes.
- Vérification de l'ensemble des questionnaires principaux (hors données médicales) et codifications des items « autres, précisez » des questions non-médicales. Il s'agit essentiellement des questions d'opinion ou de comportement, de la nationalité et des motifs de non participation à l'enquête.
- Codification manuelle puis saisie double (afin de réduire les risques d'erreur) des questionnaires couverture complémentaire et couverture complémentaire CMU.
- Constitution d'un fichier de synthèse comportant une ligne par adresse fournie par les caisses de Sécurité sociale et explicitant l'aboutissement de cette adresse (participation, motif de non réponse).

4.3.2. Le traitement et la codification des informations médicales

Depuis 1993, l'ensemble du chiffrage médical est informatisé. Il est réalisé à l'aide du logiciel CONVERSO.

Les principaux avantages de cette informatisation sont de fiabiliser certaines étapes du chiffrage en évitant des erreurs de report de code ou de saisie de code, de permettre des tests de cohérence et la consultation rapide de tables très volumineuses telles que les tables « maladie » et « pharmacie ».

En parallèle au déroulement de l'enquête décrit ci-dessus, des médecins, dits médecins codificateurs, examinent l'ensemble des réponses aux questions relatives à la santé. L'objectif de ce travail est :

- d'améliorer la qualité des informations recueillies,
- de repérer et de valider l'ensemble des affections de chacun des individus pour, in fine, évaluer leur prévalence et la morbidité de la population enquêtée,
- d'attribuer à chaque individu un niveau d'invalidité et de risque vital.

Ces médecins contrôlent la cohérence et la validité des informations transmises pour chaque individu à travers l'ensemble des questionnaires. Ils apprécient la pertinence d'une demande d'informations complémentaires, formulent les questions qui devront être posées pour les obtenir lors d'un contact ultérieur. Ils préparent, pour la saisie, le codage des pathologies, des médicaments, des actes s'il s'avère trop complexe. Enfin, ils repèrent et valident les affections dont chaque individu est atteint le jour de l'enquête. Pour ce faire, l'ensemble des informations recueillies est utilisé, y compris les motifs d'exonération du ticket modérateur, les motifs de consommation pharmaceutique des dernières 24 heures et de recours aux soins sur 30 jours pour les affections chroniques.

Après la récupération d'un maximum d'informations auprès des enquêtés, leur validation par les médecins de l'équipe, d'autres professionnels de santé (infirmières, biologistes) saisissent et codent les pathologies, actes, médicaments, etc.

Au terme de ce traitement, les médecins attribuent à chaque individu un niveau d'invalidité et de risque vital, indicateurs synthétiques appréciés sur l'ensemble des données médicales déclarées par les enquêtés (cf encadré p. 45).

La formation et l'encadrement de ces personnes sont effectués par un médecin du CREDES.

En pratique :

- **la procédure de récupération des informations manquantes ou incohérentes**

Si les données déclarées par les enquêtés semblent insuffisantes, incomplètes ou incohérentes, les médecins codificateurs peuvent faire poser des questions à l'enquêté. Ces questions sont posées par les enquêteurs et non par les médecins qui n'ont aucun contact avec les enquêtés. Les médecins doivent donc les formuler eux-mêmes car les enquêteurs n'ont aucune formation médicale.

Si l'enquête est effectuée par téléphone, les questions seront posées lors de l'appel téléphonique suivant. Si l'enquête est réalisée en face-à-face, les questionnaires auto-administrés et le carnet de soins laissés aux enquêtés sont récupérés lors de la seconde et dernière visite. Ils sont donc vérifiés par les médecins alors qu'il n'est théoriquement plus possible de contacter les ménages enquêtés. Toutefois, il a été prévu que l'enquêteur demande aux personnes enquêtées en face-à-face si elles disposent du téléphone et si elles acceptent d'être appelées à l'issue de l'enquête pour compléter certaines informations. Ainsi, exceptionnellement, si les réponses à des questions considérées comme essentielles sont incomplètes ou inexploitable, il est possible de contacter le ménage par téléphone (nous nous sommes limités à un ménage sur dix en moyenne en 2002).

- **Les informations validées par les médecins**

À l'issue de la 1^{re} visite ou du 1^{er} appel téléphonique les réponses aux questions « médicalisées » figurant sur le questionnaire principal sont vérifiées par les médecins. Il s'agit des questions relatives à l'exonération du ticket modérateur et de celles concernant les maladies responsables d'une éventuelle absence d'activité professionnelle. Si ils le jugent nécessaire, les médecins peuvent faire poser des questions par l'enquêteur à l'enquêté lors de l'appel téléphonique suivant ou lors de la seconde visite.

Dès réception des questionnaires auto-administrés comportant des informations médicales (questionnaire santé, questionnaire hospitalisation et questionnaire diabète et carnet de soins), ceux-ci sont vérifiés un par un par les médecins codificateurs. Le questionnaire le plus complexe est le questionnaire

santé sur lequel figure en particulier la consommation de médicament de l'enquêté au cours des 24 heures précédant le remplissage de ce questionnaire. Le médecin doit s'assurer qu'il existe bien un motif de consommation cohérent avec le type de médicament consommé. Si aucun motif n'est déclaré, ou si ce motif est imprécis ou incohérent, il pose une question à l'enquêteur qui la répercutera à l'enquêté lors du contact suivant. On voit que cette étape nécessite une bonne connaissance des différentes indications des médicaments, et qu'il s'agit là d'une tâche qui ne peut pas être effectuée par une personne n'ayant pas de formation en thérapeutique.

Au cours de la vérification, les médecins préparent la saisie des dossiers pour les autres personnes de l'atelier de chiffrage. Ils s'assurent notamment que les maladies sont correctement libellées et qu'il sera donc possible, pour la personne qui saisira, de trouver aisément les différents codes nécessaires (codes maladies, médicaments, spécialités médicales ou paramédicales, codes actes chirurgicaux). Il vérifie également que tous les troubles de santé, figurant sur les questionnaires, sont effectivement déclarés dans la liste répondant à la question « Quelles maladies, troubles de santé ou infirmité avez-vous actuellement ? » (cf. questionnaire santé annexe 2.5 page 131). Si cela n'est pas le cas, ils repèrent et valident ceux qui doivent, malgré tout, être pris en compte pour apprécier la morbidité. En effet, il arrive souvent qu'une affection ne soit pas déclarée dans cette liste mais soit découverte à l'occasion d'une autre question. Ainsi, par exemple, une personne peut déclarer porter une prothèse auditive à la question sur le port de prothèses et ne pas déclarer de surdité dans la liste des maladies. Cette affection doit, malgré tout, être considérée comme présente le jour de l'enquête pour cet individu et prise en compte dans l'étude de la prévalence des maladies. La plupart de ces maladies, non déclarées en tant que problème de santé mais repérables par ailleurs, le sont à partir des motifs de consommation pharmaceutique des 24 dernières heures. Par exemple, les personnes omettent fréquemment de déclarer une hyperlipidémie, une hypertension, des vertiges, des céphalées mais notent ces affections comme motifs de consommations médicamenteuses. Enfin, les enquêtés déclarent rarement les problèmes de poids, nous avons donc opté pour un repérage systématisé (pour les adultes de 18 ans et plus) avec validation par les médecins codificateurs. L'indice de masse corporel (IMC) est calculé à partir du poids et de la taille déclarés, un surpoids est enregistré pour un IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m² et une obésité s'il est égal ou supérieur à 30 kg/m²¹⁶.

Dans le fichier final, récapitulant les affections de chaque individu le jour de l'enquête, la question « source » pour chaque affection (c'est-à-dire ayant permis de la repérer) est précisée afin de conserver l'origine de la déclaration des enquêtés.

◆ Les tables utilisées pour la codification médicale

La table maladie est une table construite sur la base de la 10^e révision de la CIM (Classification Internationale des Maladies). Elle a été utilisée pour la première fois lors de l'enquête 2000. Les codes sont composés de 6 chiffres, les 4 premiers respectent strictement la classification internationale et les 2 suivants sont spécifiques au CREDES.

La table pharmacie correspond au SEMPEX. Le code à 7 caractères est le code CIP (Club Inter Pharmaceutique). Pour ce qui concerne les accessoires et autres appareils, nous utilisons des tables très simples de quelques dizaines d'items car le plus souvent les déclarations de ces produits sont très imprécises (canne par exemple).

La table des actes chirurgicaux a été élaborée au CREDES.

¹⁶ Utilisation et interprétation de l'anthropométrie. Rapport d'un Comité OMS d'experts. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1995 (OMS, Série de Rapports techniques, n° 854).

◆ Synthèse des données médicales

Une fois le chiffrage terminé et les dossiers entièrement saisis, il est demandé aux médecins d'en faire une synthèse à l'aide de 2 indicateurs que sont le risque vital et le degré d'invalidité¹⁷ (cf. encadré page suivante). L'objet de cette synthèse est de pouvoir « classer » de manière simple les individus selon le plus ou moins grand degré de gravité que présente leur état de santé. Pour ce faire, les médecins utilisent un grand nombre d'éléments qui concourent à l'attribution du niveau de ces indicateurs. Parmi les éléments essentiels citons :

- la liste des maladies déclarées par l'enquêté et celles résultant de l'intervention des médecins,
- les motifs médicaux d'exonération du ticket modérateur,
- les motifs d'hospitalisation dans les trois derniers mois,
- le motif de cessation d'activité professionnelle pour raison médicale,
- le niveau des difficultés pour se déplacer et faire sa toilette,
- la plus ou moins grande lourdeur des traitements pharmaceutiques,
- le tabagisme et la consommation excessive d'alcool,
- le port d'une prothèse.

Indicateurs synthétiques de risque vital et d'invalidité

Affecter un risque vital (RV) correspond pour le médecin codificateur à établir en fait un pronostic sur le décès, en fonction des éléments déclarés par l'enquêté. L'échelle de risque vital comporte 6 niveaux :

- 0 = aucun indice de risque vital,
- 1 = pronostic péjoratif très très faible,
- 2 = pronostic péjoratif faible,
- 3 = risque possible sur le plan vital,
- 4 = pronostic probablement mauvais,
- 5 = pronostic sûrement mauvais.

Affecter une invalidité permet d'établir un bilan de la validité et de l'autonomie des individus, en fonction des éléments déclarés par ces derniers. L'échelle comporte 8 niveaux :

- 0 = pas de gêne,
- 1 = gêné de façon infime,
- 2 = peu gêné,
- 3 = gêné mais mène une vie normale,
- 4 = doit restreindre un peu ses activités professionnelles ou domestiques,
- 5 = activité réduite et/ou ralentie,
- 6 = n'a pas d'autonomie domestique,
- 7 = alitement permanent.

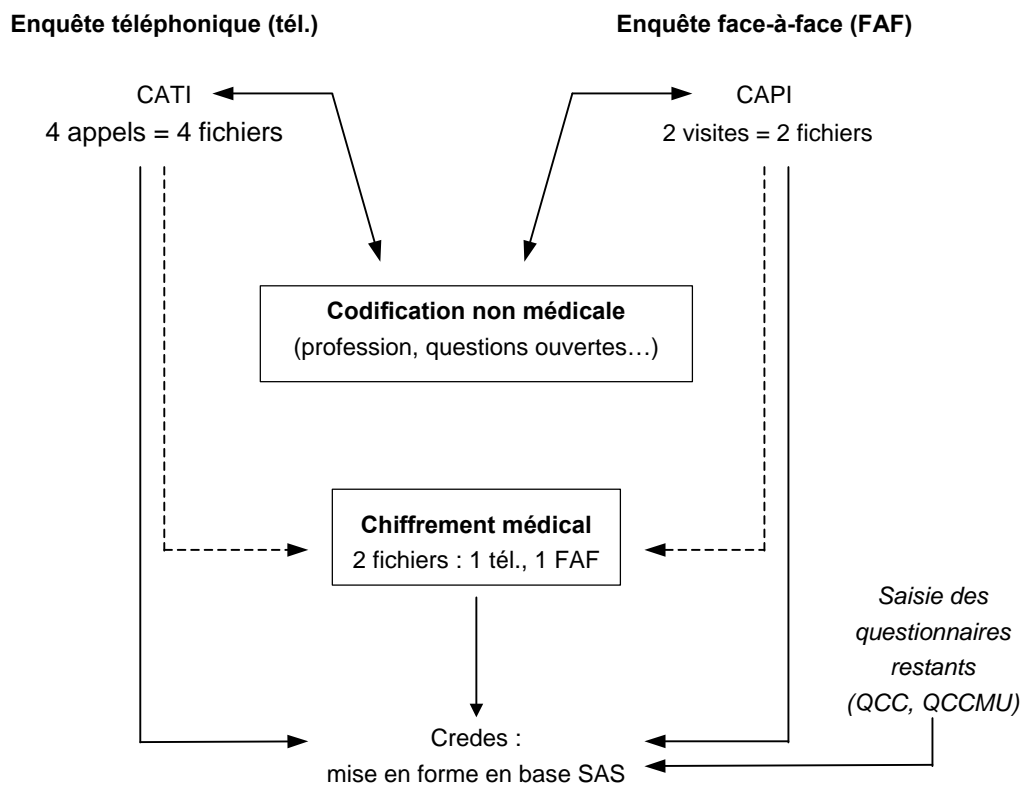
À chaque affection présente dans la table maladie utilisée dans l'enquête ESPS ont été affectés, par les médecins du CREDES, un risque vital minimum et une invalidité minimale. Ces niveaux n'apparaissent pas à l'écran lors de la saisie, ainsi, les médecins codificateurs ne sont pas influencés par chacun de ces niveaux pris individuellement. En effet, ce qui leur est demandé n'est pas d'affecter le plus haut risque vital ou la plus haute invalidité parmi les affections présentes, mais d'en faire une synthèse en fonction de toutes les maladies déclarées et de tous les facteurs susceptibles de dégrader l'état de santé (ou au contraire de l'améliorer). Ainsi par exemple, une personne ayant une arthrite des membres inférieurs et qui fume, a un risque vital beaucoup plus important qu'un artéritique qui ne fume pas ou plus. Le risque vital et l'invalidité minimum, attribués pour chaque affection, ont été établis pour éviter de trop grandes fluctuations d'appréciation entre médecins codificateurs. Ils ne servent qu'après que ces derniers aient affecté un risque vital et une invalidité au vu de l'ensemble des informations disponibles. Si le niveau de l'un des indicateurs attribués à l'enquêté est inférieur au niveau minimum prévu dans la table maladie pour l'affection la plus grave, un message apparaît à l'écran lors de la saisie pour signaler cette anomalie au médecin codificateur. Celui-ci est libre de modifier ou non les niveaux des indicateurs préalablement affectés à l'enquêté.

¹⁷ L. Com-Ruelle, Th Lecomte, Ph Le Fur, An Mizrahi, Ar Mizrahi, C. Sermet, *Un indicateur de gravité des maladies*, Rapport CREDES n° 1189, septembre 1997.

4.4. La création des fichiers d'exploitation

À la fin de chaque vague de l'enquête, le CREDES récupère, d'une part tous les questionnaires auto-administrés (sur lesquels ne figure pas de donnée nominative) et d'autre part l'ensemble des fichiers relatifs à chaque stade de l'opération (cf. Schéma 6). La société d'enquête transmet donc au CREDES les fichiers de production. En raison du grand nombre d'informations contenues dans l'enquête et des différents formats des données ainsi récupérées, le travail de structuration est effectué sous forme de base SAS. Un travail de transposition et d'apurement transforme les données originelles en une base de données finale exploitable.

Schéma 6
Récupération des données d'enquête



4.5. Les réserves méthodologiques

Comme pour toute enquête, un certain nombre de biais affecte les données, des biais de sélection mais aussi des biais de mesure. Il existe également un aléa lié à l'échantillon au 1/1 200^e et à son partage en deux moitiés.

4.5.1. Les biais de sélection

Les biais de sélection proviennent de la participation inégale à l'enquête des différentes catégories de personnes ; l'appariement des données de participation à l'enquête avec les données sociodémographiques (âge et sexe) disponibles dans les fichiers de l'Assurance maladie a montré par exemple que ce sont les personnes les plus âgées qui participent le moins à l'enquête ainsi que les jeunes célibataires qui sont les moins facilement joignables. Ce genre de biais est tout à fait redressable *a posteriori*. En revanche, avoir un grand malade dans sa famille constitue un motif de refus assez important (cf. chapitre 5.1.3 page 55) et conduit à une sous-estimation en valeur des résultats qui n'est pas simple à redresser. Ainsi, même si l'on enquête un certain nombre de grands malades, on peut penser que ce sont les plus mala-

des qui refusent de participer ou qui ne sont pas joints parce qu'ils sont hospitalisés. Le redressement uniquement sur la base des grands malades enquêtés conduirait donc inévitablement à sous-estimer les dépenses.

4.5.2. Les biais de mesure

Les enquêtes en population générale sont basées sur du déclaratif et conduisent donc inévitablement à des oublis ou des déformations dues à la mémoire. On note ainsi :

- des omissions « volontaires » sur des sujets très personnels, comme l'omission de certaines pathologies (gynécologiques, urologiques, psychiatriques...);
- des omissions involontaires car certains événements sont ressentis comme des faits sans importance, par exemple l'omission très fréquente de l'acquisition d'un médicament non prescrit ;
- des imprécisions ou déformations, comme la description imprécise de certaines maladies, ou l'approximation de valeurs comme le poids ou la taille pour lesquelles on constate un attrait très important des chiffres ronds.
- Un effet liste conduisant à une sous-déclaration spontanée des affections non proposées dans la liste initiale des maladies et troubles de santé (hyperlipidémie...). Cette sous-déclaration est partiellement corrigée quand ces affections sont repérables en tant que motifs de la consommation pharmaceutique des 24 dernières heures.

La méthode de recueil en plusieurs étapes permet souvent de faire préciser l'information en demandant des renseignements complémentaires lors d'un contact ultérieur ; les omissions involontaires peuvent être appréhendées par le biais de questions spécifiques qui viendront rappeler aux gens tel ou tel fait important (question spécifique sur le port de lunettes, sur les dents), mais les omissions volontaires ne sont pas facilement décelables.

De plus, ces biais ne sont pas répartis de manière aléatoire. On constate ainsi que la tenue du carnet de soins est notablement plus difficile dans les familles les moins favorisés, ce qui conduit à accentuer les écarts de consommations entre milieux sociaux favorisés et moins favorisés.

Quoi qu'il en soit, l'ensemble de ces biais conduit à des sous-estimations qui varient, selon la nature des données, de 15 à 30 %.

4.5.3. Le redressement

De l'enquête 1988 à l'enquête 2000, une pondération est affectée au niveau ménage.

Rappelons que le tirage au sort de l'échantillon des personnes à enquêter a été effectué dans les fichiers des assurés du régime général de la CNAMTS, de la CANAM et de la MSA. Ce tirage détermine l'assuré principal.

La pondération affectée à chaque membre mise en place a pour but :

1. d'une part de redonner un poids correct aux assurés de la CANAM et de la MSA par rapport aux assurés de la CNAMTS (les assurés de la CANAM et de la MSA sont au départ surpondérés afin que leur effectif soit suffisamment important pour pouvoir exploiter les résultats obtenus),
2. d'autre part, de donner un poids égal à tous les ménages, qu'ils aient un ou plusieurs membres assurés.

Étant donné la part de non réponses dans l'enquête (cf. chapitre 5 page 51), nous mettons en place en 2003 un étude spécifique sur les assurés ne participant pas à l'enquête. Elle devrait permettre la mise au point d'un redressement des données et ainsi d'assurer à l'enquête une meilleure représentativité.

5. Résultats de la participation

5. Résultats de la participation

5.1. Les assurés non enquêtés : étude de la non-réponse

Dans l'enquête ESPS, on cherche à enquêter l'assuré dit « assuré principal » tiré dans l'échantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS) de la CNAMTS ou dans l'un des deux échantillons similaires de la CANAM et de la MSA. Pour joindre ces assurés principaux, les trois caisses de Sécurité sociale fournissent les adresses postales issues de leurs fichiers. La société d'enquête doit trouver, soit par téléphone, soit en face-à-face, le logement correspondant à l'adresse postale fournie. Une fois le logement trouvé, cette société doit interroger en priorité l'assuré principal.

La participation à l'enquête peut donc être appréhendée à 2 niveaux. Ainsi, nous étudierons d'abord les « non réponses » quelle qu'en soit la cause (les assurés hors champ, non joints ou refusant de participer) sur l'ensemble des enregistrements correspondant à des assurés principaux tirés par les caisses. Dans un second temps, nous nous focaliserons sur les assurés contactés afin d'étudier la participation à l'enquête proprement dite (et les motifs de non-participation) et son évolution de 1988 à 2000.

Parmi les enregistrements correspondant aux assurés sociaux tirés au sort dans les échantillons des 3 caisses de Sécurité sociale, on distingue donc 5 catégories (cf. Schéma 7 page 52) :

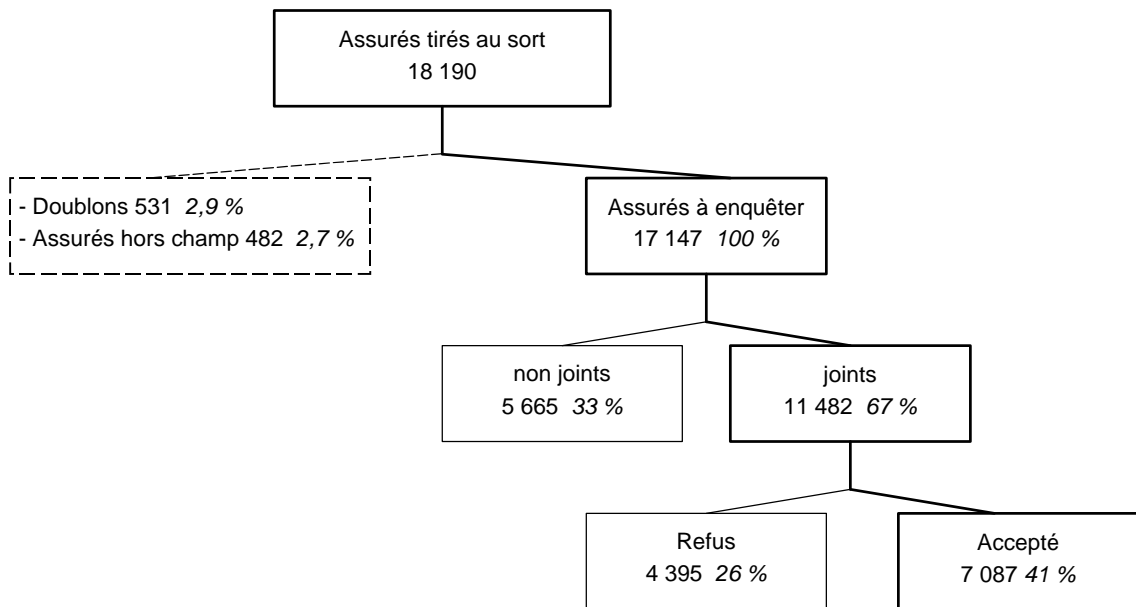
- A. les doublons : il peut exister 2 enregistrements pour un seul assuré si il est inscrit dans 2 régimes de sécurité sociale (CNAMTS et CANAM par exemple), l'un des 2 enregistrements doit donc être supprimé ;
- B. les hors champ : ils correspondent à des assurés n'appartenant pas au champ de l'enquête¹⁸ mais présents dans les échantillons des caisses. Ce sont des assurés décédés ou qui ne vivent pas en ménage ordinaire (maison de retraite, prison...);
- C. les « non joints » correspondent aux assurés principaux qui ne peuvent pas être joints. C'est le cas des personnes pour lesquelles l'adresse postale fournie est incorrecte, celles pour lesquelles aucun contact n'a pu être établi avec le foyer (personne ne répond jamais...). Parmi eux, certains sont peut-être « hors champ » mais cette information n'est pas récupérable faute de contact avec l'assuré principal ;
- D. les refus : dans ce cas il y a bien eu contact téléphonique ou en face-à-face avec l'assuré, ou avec quelqu'un de son foyer, mais il refuse de participer à l'enquête pour des raisons diverses ;
- E. les assurés participant, totalement ou partiellement, à l'enquête.

L'étude de la participation présentée ci-dessous est réalisée sur l'enquête ESPS 2000¹⁹. 18 190 adresses d'assurés sociaux dits principaux ont été tirées au sort (cf. Tableau 4 annexe 6 page 201).

¹⁸ Cf. chapitre 1.1 sur le champ de l'enquête

¹⁹ L'enquête ESPS 2002 étant en cours de réalisation les données ne sont pas disponibles.

Schéma 7
Devenir des assurés tirés au sort en 2000



5.1.1. Les doublons et les assurés principaux « hors champ »

964 doublons sont repérés dans l'enquête ESPS 2000. Ils correspondent à 482 assurés pour lesquels il existe 2 enregistrements car ils sont inscrits dans 2 régimes de Sécurité sociale (CNAMTS et CANAM par exemple). L'un des 2 enregistrements est donc supprimé.

Les assurés principaux « hors champ » sont des assurés tirés par les caisses de Sécurité sociale pour constituer les échantillons mais ne correspondant pas au champ de l'enquête²⁰.

Dans l'enquête ESPS 2000, 530 assurés sont considérés « hors champ » soit 2,9 % des enregistrements d'assurés tirés donc des adresses. Plus des deux tiers sont repérés dès l'apurement des adresses postales par la société d'enquête c'est-à-dire avant l'envoi de la lettre-annonce à l'enquête. Un tiers est repéré par l'enquêteur « sur le terrain ».

Ces adresses hors champ sont essentiellement (cf. Tableau 6 annexe 6) :

- des assurés décédés (52 %) ;
- des assurés ne vivant pas dans un ménage ordinaire (42 %), notamment des assurés vivant en maison de retraite (24 %) ;
- des personnes vivant dans les DOM-TOM ou à l'étranger (4 %).

Après avoir exclu les doublons et les « hors champs », 17 178 assurés principaux et leur ménages sont considérés comme appartenant au champ de l'enquête ESPS 2000. En fait, il est vraisemblable qu'un certain nombre d'assurés hors champ ne soient pas identifiés du fait de l'absence de contact et soient donc, à tort, comptabilisés parmi les assurés non joints.

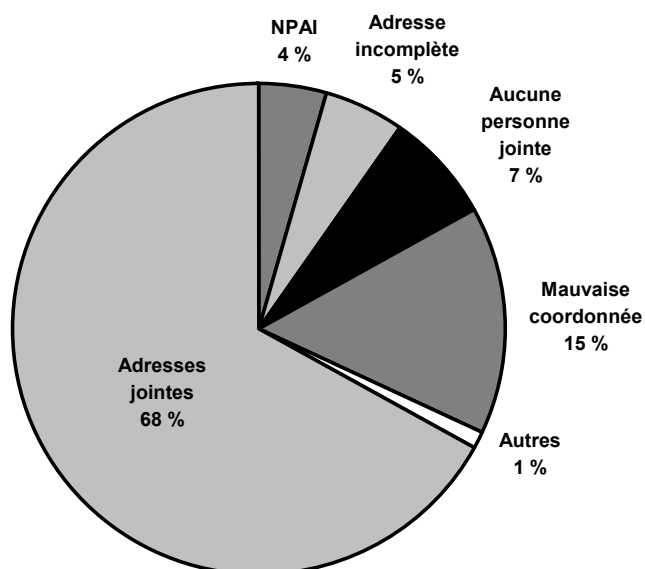
²⁰ Cf. chapitre 1.1 sur le champ de l'enquête.

5.1.2. Les assurés principaux « non joints »

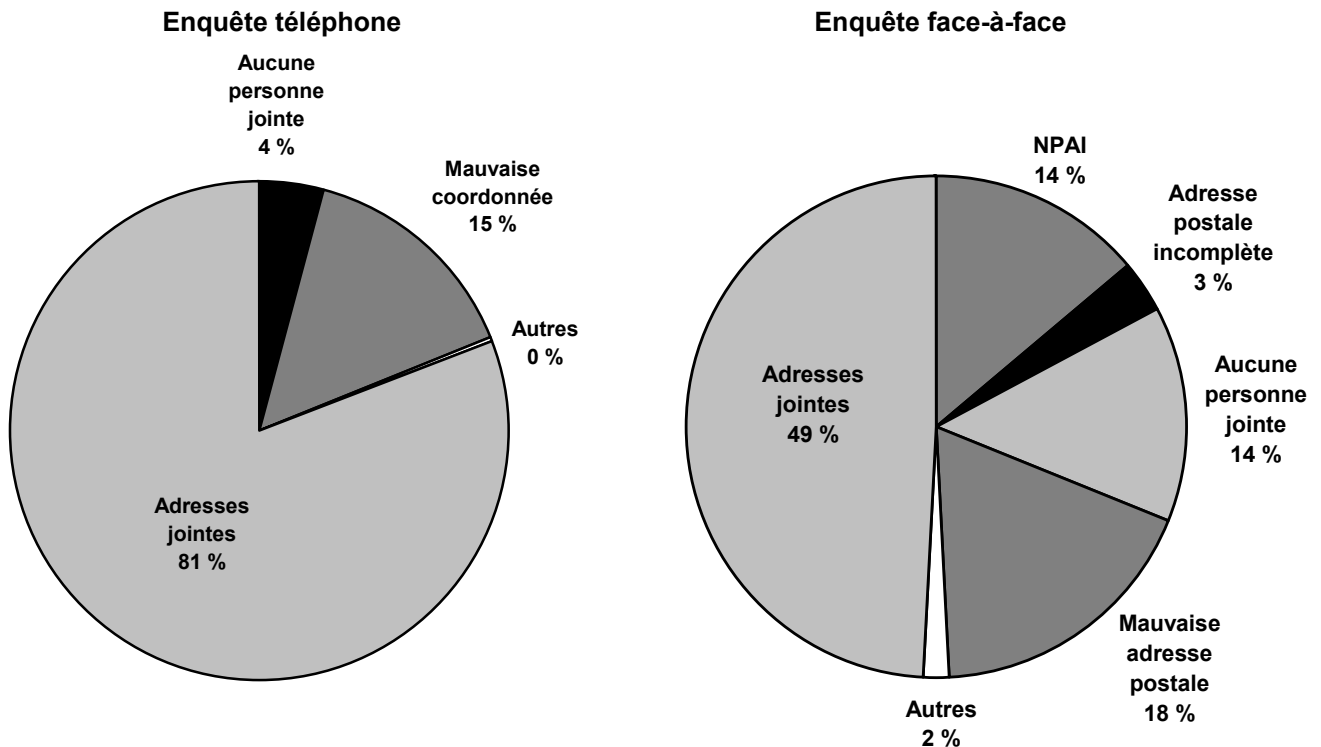
Parmi les 17 178 assurés sociaux supposés dans le champ de l'enquête ESPS 2000, un tiers des assurés ne sont pas joints. Les raisons en sont les suivantes (cf. Tableau 5 annexe 6) :

1. [Npai]
le courrier revient avec la mention NPAI (N'habite Plus à l'Adresse Indiquée), pour le face-à-face uniquement, l'adresse n'est pas exploitée : 4 % des assurés ;
2. [Adresse postale incomplète]
pour le face-à-face uniquement, le logement est introuvable : 5 % ;
3. [Aucune personne jointe]
le logement existe²¹, mais nous n'avons aucune information sur l'assuré principal car personne ne répond au téléphone ou l'enquêteur n'a rencontré personne en face-à-face : 7 % des assurés ;
4. [Mauvaise adresse postale]
le logement existe²¹ mais l'assuré est soit inconnu à cette adresse, soit il a déménagé sans laisser ses coordonnées : 15 % assurés ;
5. [Absent]
le logement existe, l'assuré y habite mais il est absent pendant toute la durée de l'enquête : 1 % des assurés ;
6. [Éliminé] c'est-à-dire volontairement non-joints :
les adresses postales suivantes sont exceptionnelles et volontairement inexploitées : adresse de CPAM, adresse sans téléphone en Corse, adresse sans téléphone et très très excentrée, etc.

Graphique 1
Motifs de chute des assurés non joints
parmi les assurés dans le champ de l'enquête ESPS 2000



²¹ L'adresse a été trouvée par l'enquêteur en face-à-face ou le numéro de téléphone a été trouvé.



Comme le montrent ces graphiques, il existe de fortes disparités des différents motifs de chute selon la modalité d'enquête. En effet, dans la modalité téléphonique, 19 % des assurés ne sont pas joints contre 51 % dans la modalité face-à-face. Cette différence s'explique par le fait que lorsqu'un numéro de téléphone est trouvé, pour un nom et une adresse postale donnés, cela confirme que la personne habitait bien à cette adresse dans les mois précédents l'enquête, ce qui n'est pas le cas lorsque l'on ne retrouve pas les coordonnées téléphoniques. Les adresses exploitées en face-à-face sont donc de moindre qualité que celles exploitées par téléphone.

◆ **Enquête par téléphone (19 % d'assurés non joints)**

Rares sont les cas où l'on n'arrive pas à joindre quelqu'un (4 %). En revanche, souvent le numéro de téléphone ne correspond pas ou plus à celui de l'assuré principal : l'assuré est inconnu à ce numéro ou le numéro de téléphone n'est plus attribué (14 %).

◆ **Enquête « face-à-face » (51 % d'assurés non joints)**

Dans 17 % des cas (c'est-à-dire des assurés avec une adresse postale), le logement correspondant à l'adresse postale n'est pas trouvé :

- pour 14 %, le courrier annonçant l'enquête revient avec la mention NPAI sans aucune autre information (adresses incomplètes ou déménagements ?).
- pour 3 %, l'enquêteur ne trouve pas, sur place, de logement correspondant à l'adresse (donc d'assuré non plus).

Dans 32 % des cas, le logement correspondant à l'adresse postale de l'assuré principal est trouvé mais :

- pour 18 %, l'assuré principal n'y habite plus ; soit nous savons qu'il a déménagé (11 %) soit il est totalement inconnu à cette adresse (7 %) ;
- pour 14 %, l'enquêteur n'ayant rencontré personne qui puisse l'informer, nous n'avons aucune information sur l'assuré et le ménage.

Dans 2 % des cas, l'assuré principal est absent pour une longue période, supérieure à la durée du terrain de l'enquête.

◆ Selon la vague d'enquête

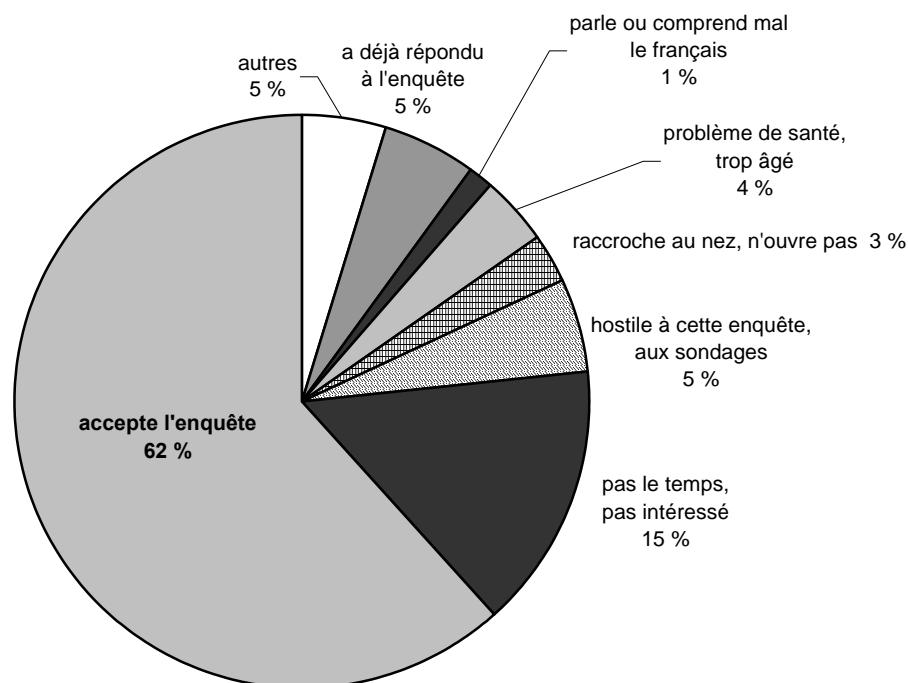
Le fichier des adresses de l'enquête ESPS 2000 a été extrait des bases de données des caisses en décembre 1999. La 1^{re} vague a démarré en février 2000 et la seconde en octobre 2000, soit 9 mois après cette extraction. En seconde vague, les adresses sont donc plus anciennes et la proportion d'assurés non joints augmente par exemple du fait de déménagements survenus entre l'extraction des adresses et les tentatives de contact. Ainsi, en 1^{re} vague, 27 % des assurés dans le champ ne sont pas joints contre 33 % en 2nde vague (cf. Tableau 5 annexe 6).

Indépendamment de la vague d'enquête, rappelons que parmi ces assurés non joints, il est probable que certains soient en réalité des assurés « hors champ ». En effet, souvent l'enquêteur n'obtient aucune information détaillée sur l'assuré. Il nous est donc impossible de savoir si ces personnes sont dans le champ de l'enquête ou non. Par exemple, si certains assurés ne sont pas joignables parce qu'ils sont décédés ou sont en maison de retraite, ils auraient dû être comptabilisés comme étant « hors champ ». La probabilité d'être hors champ est certainement plus importante pour les individus non joints que pour ceux que l'on a pu joindre. De plus, le fait de ne pas être joint est peut-être lié aux caractéristiques de l'individu étudiées dans l'enquête c'est-à-dire « état de santé », socio-démographiques, économiques, etc.

5.1.3. Les taux de participation et les motifs de refus des assurés principaux « joints »

Après avoir étudié les assurés principaux « hors champs » et « non joints », nous nous intéressons à présent aux seuls assurés principaux joints.

Graphique 2
Participation et refus :
réponses des ménages contactés pour l'enquête ESPS 2000



Ainsi, parmi les assurés principaux (donc les ménages) que l'on joint dans l'enquête ESPS 2000, 62 % acceptent de participer et 38 % refusent. Nous considérons qu'ils acceptent de participer à l'enquête s'ils répondent à la 1^{re} interview même s'ils ne participent pas à la totalité de l'enquête.

Parmi les assurés joints, 23 % refusent de participer par manque d'intérêt ou méfiance vis-à-vis des enquêtes : 15 % parce qu'ils n'ont « pas le temps » ou ne sont « pas intéressés », 5 % parce qu'ils sont « hostiles à l'enquête ou aux sondages » et 3 % n'ouvrent pas leur porte ou raccrochent leur téléphone sans explication.

Cependant, parmi les motifs de refus ou d'impossibilité, les plus inquiétants quant à la qualité de ce que l'on cherche à mesurer (état de santé, consommations...) sont les ménages non enquêtés parce que quelqu'un du foyer est malade, handicapé, hospitalisé ou trop âgé (4 % des assurés joints) ou car les personnes parlent mal ou comprennent mal le français (1 % des assurés joints). L'absence des premiers signifie que nous n'enquêtons pas toutes les personnes qui nécessitent le plus de soins médicaux c'est-à-dire les personnes âgées, les grands malades... Pour les seconds, nous perdons surtout des personnes en situation précaire. Or ces motifs sont directement liés aux objectifs de l'enquête.

À noter également que 5 % des assurés refusent de participer à l'enquête parce qu'ils ont déjà répondu au moins une fois lors des précédentes « éditions ».

5.2. Les chutes en cours d'enquête

Certains ménages ne participent que partiellement à l'enquête : ils acceptent le premier contact mais refusent les contacts ultérieurs ou ne remplissent pas les questionnaires auto-administrés.

5.2.1. Les contacts

En 2000, parmi les ménages joints au téléphone, 61 % acceptent le 1^{er} appel mais seulement 50 % participent aux 4 appels téléphoniques. Dans l'enquête en face-à-face, 64 % acceptent la 1^{re} visite, 54 % acceptent les 2 (cf. Schémas 8 et 9).

En d'autres termes, en face-à-face, parmi les ménages ayant accepté de participer à la première visite de l'enquêteur, 15 % ont refusé la seconde. Au téléphone, parmi ceux ayant accepté le 1^{er} contact, 18 % n'ont pas poursuivi l'enquête jusqu'au bout.

Quand l'assuré principal accepte de participer, nous interrogeons l'ensemble des personnes de son ménage. Pour l'enquête ESPS 2000, 7 087 assurés principaux donc ménages ont participé, ce qui correspond à 20 045 personnes enquêtées.

Schéma 8
Devenir des assurés (et de leur adresse) tirés au sort en 2000 :
enquête en face-à-face

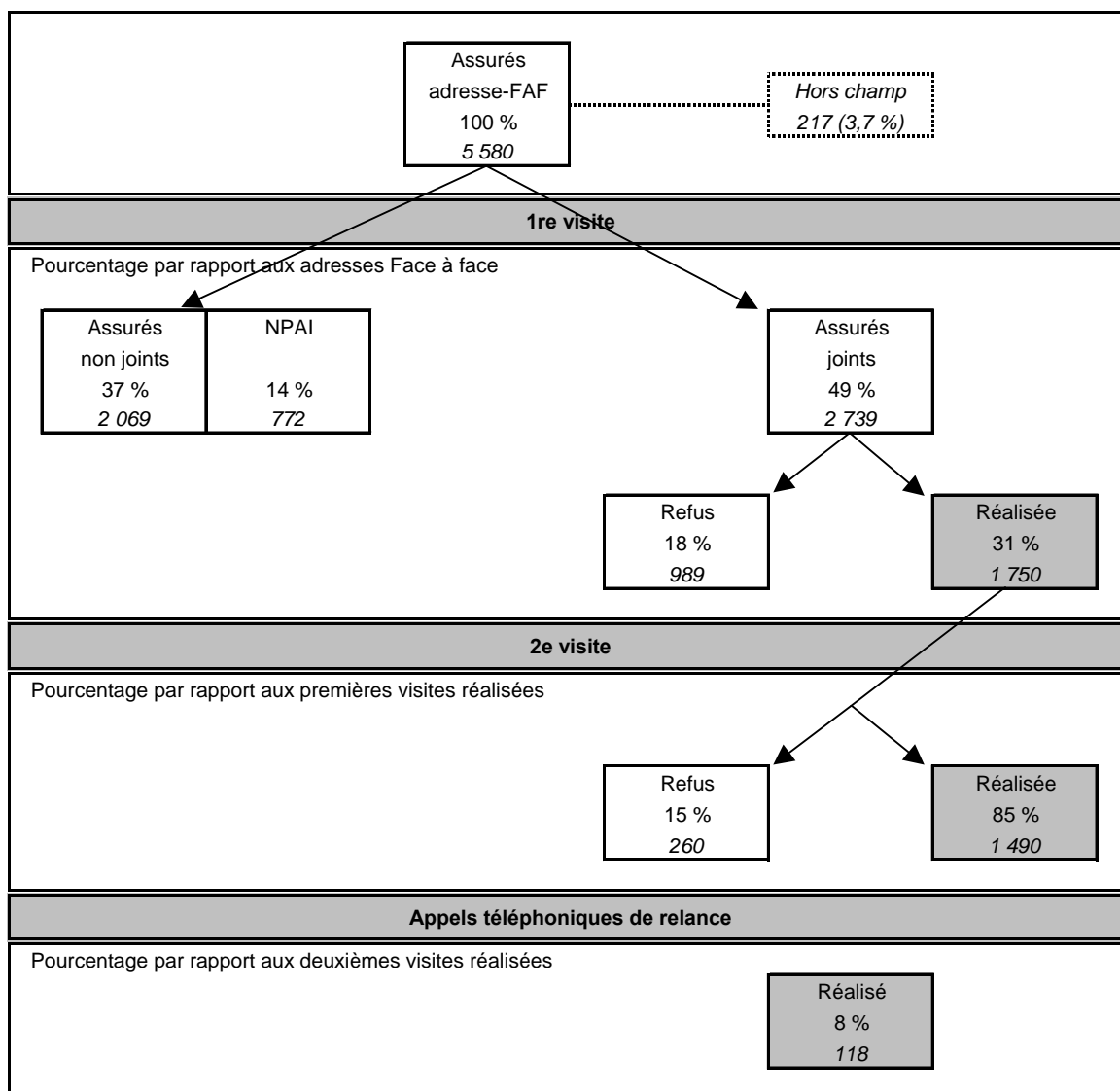
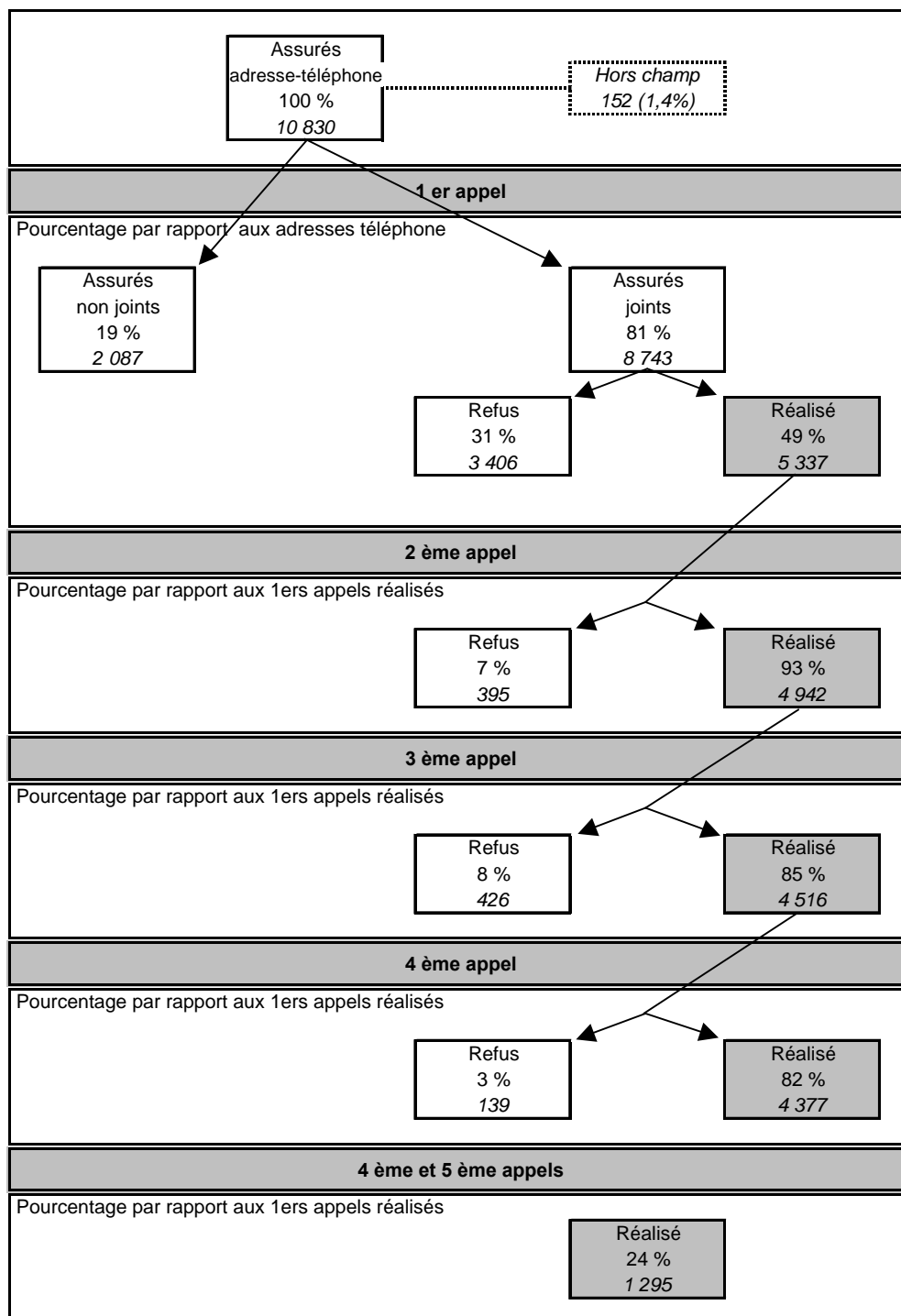


Schéma 9
Devenir des assurés (et de leur adresse) tirés au sort en 2000 :
enquête téléphonique



5.2.2. Le taux de retour des questionnaires auto-administrés

Les 20 045 personnes enquêtées n'ont pas toutes accepté de remplir leurs questionnaires auto-administrés. En 2000, on dispose d'un carnet de soins exploitable pour 68 % des personnes enquêtées et d'un questionnaire santé exploitable pour 73 % d'entre elles.

Le taux de retour des documents auto-administrés ainsi que la qualité de leur contenu varient beaucoup selon la modalité d'enquête. Rappelons qu'en face-à-face, c'est l'enquêteur qui vient chercher l'ensemble des documents auto-administrés à l'occasion de la 2^e visite. En revanche, pour la modalité téléphonique, les questionnaires auto-administrés sont renvoyés par la poste, au mieux en deux étapes, par les enquêtés : ceux-ci renvoient dans un premier temps, dès qu'ils les ont remplis, l'ensemble des questionnaires individuels ; dans un deuxième temps, au bout d'un mois, ils renvoient le carnet de soins.

Du fait de cette différence de méthode, le taux de récupération des documents est nettement supérieur dans la modalité face-à-face. Pour le carnet de soins, 78 % des individus appartenant aux ménages enquêtés en face-à-face ont un carnet de soins exploitable, ils ne sont que 64 % pour la modalité « téléphone ». Pour le questionnaire santé, ces taux sont de 78 % pour la modalité face-à-face contre 71 % pour la modalité « téléphone ».

Le taux de retour des Questionnaires Santé est plus faible pour les jeunes de 20 à 29 ans et les personnes âgées notamment les personnes de 80 ans et plus quelle que soit la modalité d'enquête. Par exemple, dans la modalité téléphonique, deux tiers seulement des questionnaires santé sont exploitables pour ces personnes.

En face-à-face, les enquêtés remplissent leur carnet de soins pendant le mois séparant les deux visites de l'enquêteur. Il n'y a donc pas de contact avec l'enquêteur au cours du mois de relevé. En revanche, au téléphone, il y a un appel, dit « de soutien » au milieu de la période de remplissage. Dans les jours qui suivent cet appel de soutien, on note un pic de consommation, qui contribue à augmenter la consommation globale relevée dans les carnets de soins de la modalité téléphonique. Ainsi, il y a moins d'omission au téléphone.

Pour le questionnaire sur les couvertures complémentaires, en 2000, on dispose d'un questionnaire couverture complémentaire pour 71 % des contrats déclarés au 1^{er} contact. Le taux de retour est meilleur au face-à-face (77 %) qu'au téléphone (69 %). De même, pour le questionnaire couverture complémentaire CMU, 73 % des contrats déclarés au 1^{er} contact sont exploitables (81 % en face-à-face contre 64 % au téléphone).

5.3. L'évolution de la participation entre 1988 et 2000

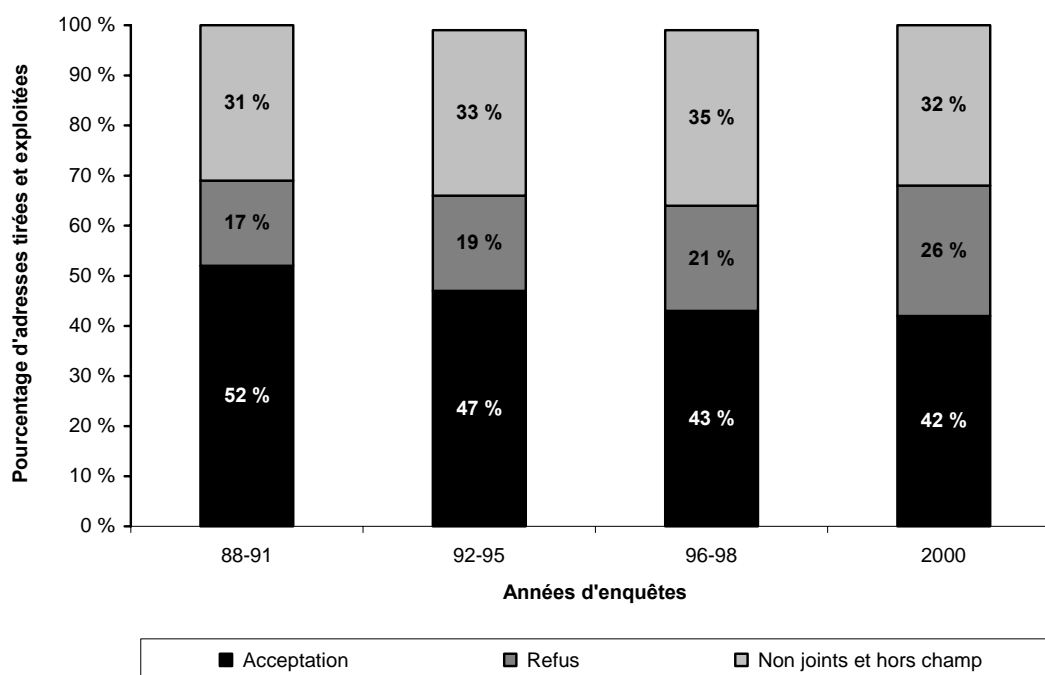
5.3.1. L'exploitation des adresses

Depuis le début de l'enquête, la proportion d'assurés non joints²² est stable variant autour de 33 %. Alors que l'on constate une diminution des adresses « NPAI » certainement due à une amélioration de la qualité des adresses postales détenues par les caisses, il semble de plus en plus difficile d'établir le contact avec le ménage (absence, digicode,...).

Le taux de refus sur l'ensemble des assurés « tirés » augmente nettement au fil des ans passant de 17 % pour les enquêtes 88-91 à 26 % pour l'enquête 2000.

²² Pour cette partie sur l'évolution, les hors champs sont comptabilisés avec les adresses non jointes.

Graphique 3
Évolution de la non-réponse entre 1988 et 2000

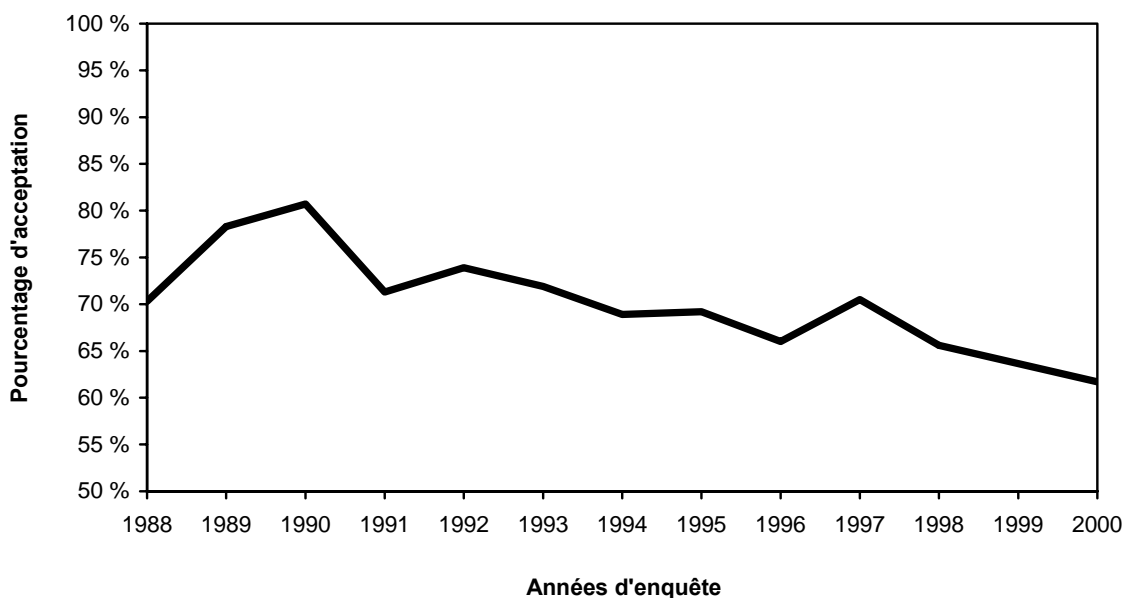


Donc globalement, la proportion d'assurés principaux donc de ménages contactés et répondant à une première interview diminue progressivement passant de 52 % en 1988-1991 à 42 % en 2000 (cf. Graphique 3 et Tableau 10 annexe 6).

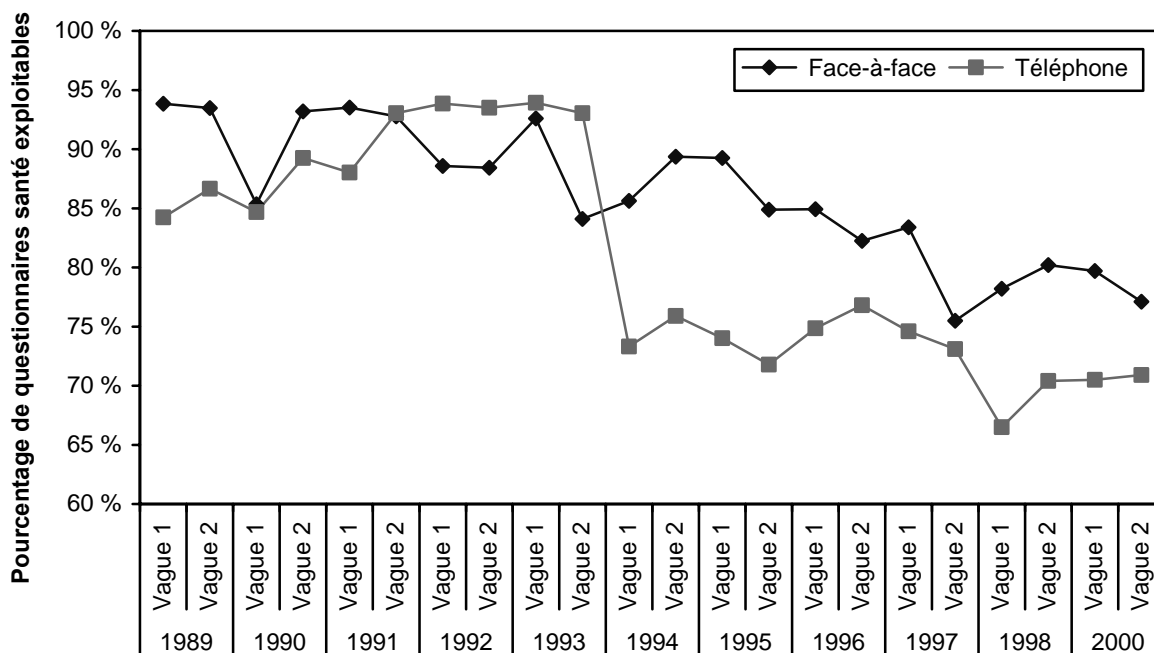
5.3.2. Le taux de participation

Pour étudier le taux de participation à l'enquête, nous nous intéressons uniquement aux assurés joints. Année après année, on note une tendance à la baisse du taux de participation depuis 1988, témoignant peut-être d'un effet de lassitude des personnes qui participent pour la 2^e, 3^e et même 4^e fois à l'enquête et certainement d'un phénomène plus général de méfiance vis-à-vis des enquêtes (cf. Graphique 4).

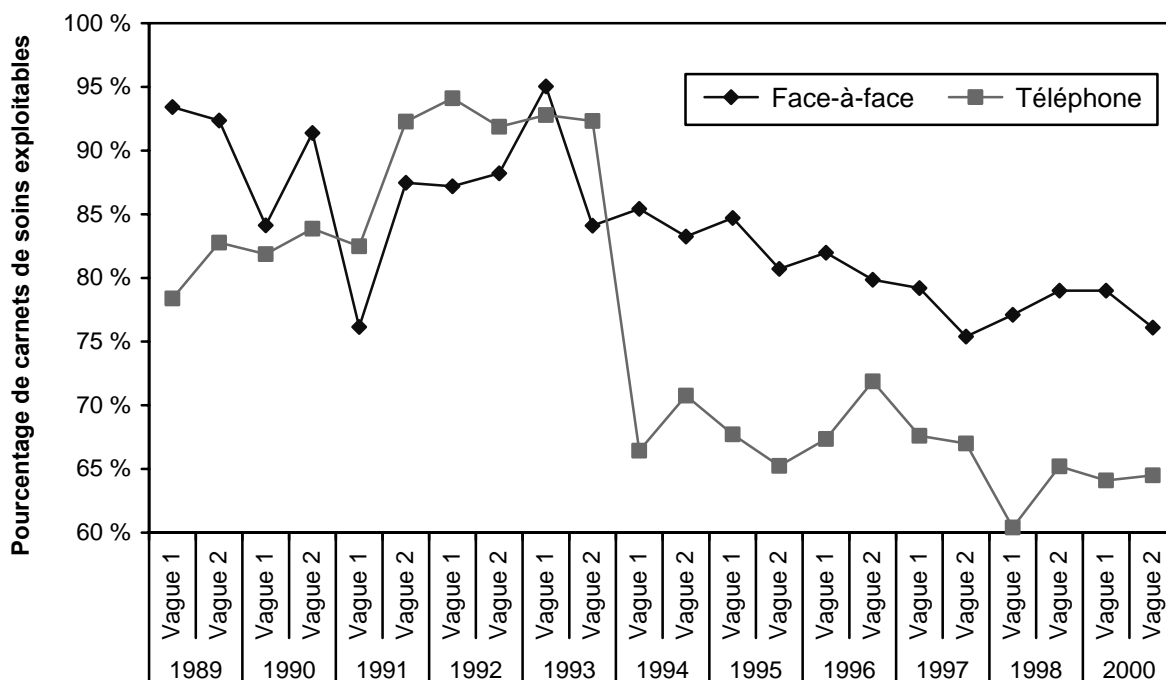
Graphique 4
Taux de participation de 1988 à 2000



Graphique 5
Taux de questionnaires santé exploitables de 1989 à 2000 selon la modalité d'enquête



Graphique 6
Taux de carnets de soins exploitables de 1989 à 2000 selon la modalité d'enquête



Alors que dans l'enquête ESPS 1996, 18 % des assurés joints refusent par manque d'intérêt ou méfiance vis-à-vis des enquêtes, ce pourcentage atteint 23 % en 2000. De même, la part des assurés refusant parce qu'ils ont déjà répondu à l'enquête passe de 3 % en 1996 à 5 % en 2000.

5.3.3. Les questionnaires auto-administrés

Le retour des questionnaires auto-administrés semble diminuer également (cf. Graphique 5 et Graphique 6 page ci-contre).

Pour l'enquête en face à face, dans les années 90, environ 90 % des questionnaires Santé étaient récupérés et remplis. Actuellement, ce taux est inférieur à 80 %. Nous observons des résultats similaires pour le carnet de soins.

Pour l'enquête au téléphone, jusqu'en 1993, la proportion de questionnaires santé exploitables varie autour de 90 %. En 1994, cette proportion chute à 75 %. Le seul événement notable survenu alors semble être le changement de société d'enquête chargée des contacts téléphoniques²³. De 1994 à 1997, la proportion de questionnaires Santé exploitables varie autour de 75 %, elle oscille actuellement autour de 70 %. Pour le carnet de soins, nous observons une évolution identique avec la même chute en 1994.

²³ En 1993, c'était l'IFOP qui effectuait l'enquête téléphonique et en 1994, c'était ISL, le chiffrage médical étant géré par Panel Études.

6. Procédures d'appariement des données

6. Procédures d'appariement des données

L'enquête ESPS a été conçue, comme nous l'avons vu, pour enrichir les données administratives de prestations, figurant dans l'EPAS (Échantillon Permanent d'Assurés Sociaux) et les 2 échantillons similaires de la CANAM et de la MSA (pour simplifier les 3 échantillons sont appelés ci-dessous les EPAS), avec des éléments susceptibles d'expliquer les différences de consommation observées dans ces fichiers. Il nous a donc paru important de résumer rapidement les procédures permettant d'apparier les données d'enquête avec les données administratives.

La fusion des données de l'enquête ESPS et des données des EPAS permet de créer une base « unique » avec des informations sur la consommation médicale et ses déterminants :

- Dans l'enquête ESPS, la consommation relevée provient de la déclaration des enquêtés, elle comprend donc « théoriquement » les consommations non présentées au remboursement (prescrites ou automédications) mais elle est entachée de différents biais liés notamment à des sous-déclarations volontaires ou involontaires (oublis). À l'inverse, les consommations relevées dans l'EPAS correspondent aux consommations présentées au remboursement. Par contre, on ne dispose pas des motifs qui en sont à l'origine, ce que l'on sait grâce à l'enquête ESPS.
- Les EPAS sont des fichiers administratifs qui ne peuvent être pas mis à jour en temps réel. Des individus peuvent donc y être enregistrés à tort au moment de l'enquête par exemple parce qu'ils ont changé de régime ou de statut (ils sont devenus assurés alors qu'ils étaient ayants droit ou l'inverse). De plus les enregistrements concernant les personnes décédées sont maintenues dans les fichiers administratifs durant les deux ans qui suivent le décès. Ces personnes, qui pour la plupart n'ont pas de consommations de soins risquent alors d'être assimilées à tort à des « non consommateurs » ou à des « faibles consommateurs ». L'enquête permet de connaître la situation actuelle vis-à-vis de la Sécurité sociale des membres des ménages contactés.

6.1. Les caractéristiques de l'échantillon obtenu après appariement

Rappelons que dans les EPAS figurent des assurés présentant certaines caractéristiques de leur numéro de sécurité sociale ainsi que tous leurs ayants droit.

6.1.1. Les caractéristiques des personnes appariées

- **Les assurés principaux**, c'est-à-dire les assurés issus des EPAS des trois principaux régimes de Sécurité sociale, sont inclus dans ce sous-échantillon apparié si :
 - ils satisfont aux critères de sondage de l'EPAS ;
 - ils résident sur le territoire métropolitain et sont couverts soit par le Régime général *stricto sensu* (CNAMTS), soit par celui des indépendants (CANAM), ou encore par le régime agricole (MSA). Les personnes couvertes par les régimes particuliers relevant du Régime général et dont la gestion est assurée par les sections locales mutualistes (mutuelles décompteuses) ne sont donc pas représentées dans l'échantillon apparié bien qu'enquêtées dans l'enquête ESPS. En effet, si ces personnes figurent bien dans le fichier des bénéficiaires, leurs consommations ne sont prises en compte que très partiellement dans les fichiers de prestations.
 - ils appartiennent à un ménage ordinaire²⁴ au sens de l'INSEE ;
 - ils ont pu être joints par un enquêteur et ont accepté de répondre à l'enquête ESPS ;
 - ils ont des informations administratives (date de naissance, sexe et statut à l'égard de l'Assurance maladie) cohérentes entre l'enquête ESPS et les EPAS.

²⁴ Ménage ordinaire par opposition à ménage collectif (maison de retraite, pension...).

- **Les ayants droit des assurés principaux** : seuls peuvent être appariés les ayants droit de l'assuré principal appartenant au ménage enquêté. Les ayants droit non cohabitant (c'est-à-dire ceux qui ne vivent pas dans le foyer enquêté) n'ayant pas été interrogés dans l'enquête ESPS ne peuvent donc pas être appariés.
- **Sont donc exclus du champ de l'appariement** :
 - les assurés vivant dans un ménage collectif (maison de retraite, congrégation religieuse, prison, etc.) et leurs ayants droit,
 - les ménages dont l'assuré principal est domicilié dans les DOM-TOM ou à l'étranger et leurs ayants droit,
 - les ménages dont l'assuré principal est décédé et leurs ayants droit,
 - les ménages dont l'assuré principal est absent (a déménagé ou a quitté le foyer sans laissé d'adresse) et leurs ayants droit,
 - les ménages dont l'assuré principal est assuré par une section locale mutualiste (mutuelle décompteuse) et leurs ayants droit,
 - et bien sûr les ménages n'ayant pas, pour une raison ou une autre, participé à l'enquête ESPS.

6.1.2. Les caractéristiques des prestations appariées

Il s'agit de soins :

- effectués au cours de l'année d'enquête n et présentés au remboursement cette même année ou au cours du 1^{er} trimestre de l'année n+1 ;
- concernant les personnes protégées par le Régime général des travailleurs salariés (CNAMTS), hors mutuelles décompteuses, ou par le Régime des Indépendants (CANAM) ou par le Régime agricole (MSA) ;
- relatifs à l'ensemble des risques (risque maladie, maternité et accident du travail).

Par contre, ne sont pas comprises les consommations suivantes :

- les soins effectués au cours de l'année d'enquête n mais dont le remboursement est intervenu à une date postérieure au 1^{er} trimestre de l'année n+1 ; ce cas de figure concerne un nombre important d'hospitalisations qui se sont déroulées dans des établissements sous dotation globale hospitalière. On estime qu'il faut deux à trois ans pour disposer de la plus grande partie (80 à 90 %) de ces informations. En tout état de cause, ce premier appariement réalisé à la suite immédiate de l'enquête, ne comporte donc qu'une faible part des hospitalisations ayant eu lieu dans un hôpital public ou dans un hôpital privé participant au service public hospitalier (PSPH). Un nouvel appariement de ces prestations est donc nécessaire en année n+2 (2004 pour l'enquête 2002) ;
- les consommations ambulatoires (consultations, examens d'imagerie, de biologie...) ayant eu lieu dans un hôpital sous dotation globale hospitalière ;
- les consommations non individualisables, tels les forfaits versés aux services de soins à domicile ou aux maisons de retraite médicalisées.

6.2. La méthode d'appariement

L'appariement des données est effectué par le CREDES. Il a pour but de fusionner les informations recueillies dans l'enquête ESPS auprès des ménages enquêtés et celles contenues dans les EPAS sur les assurés principaux et leurs ayants droit. Une étape préalable à l'appariement lui-même consiste à rendre les fichiers contenant ces informations strictement anonymes selon une procédure de double anonymat indiquée précédemment (cf. chapitre 2.3. page 18). Ensuite, l'appariement comporte deux étapes successives portant l'une sur les personnes protégées et l'autre rapprochant ces personnes de leurs prestations d'assurance maladie.

6.2.1. Appariement des personnes protégées

Cette partie du travail correspond à l'appariement des informations concernant les personnes présentes simultanément dans la « grappe assuré » des EPAS et dans la « grappe assuré » retrouvée dans les ménages enquêtés. Les grandes lignes de cette démarche sont résumées ci-dessous.

Tout d'abord, il convient de tenir compte de deux particularités importantes.

a) En théorie, les deux fichiers comportent :

- *des individus communs* : la « grappe assuré cohabitante », c'est-à-dire l'assuré principal et ses ayants droit dans la mesure où ceux-ci appartiennent à un ménage ayant accepté de participer à l'enquête,
- *et des individus propres à chacun des fichiers* :
 - o dans l'enquête ESPS, les autres membres des ménages ayant participé à l'enquête mais ne faisant pas partie de la « grappe assuré »,
 - o dans les EPAS, les membres de l'ensemble des « grappes assurés » appartenant à des ménages qui n'ont pas participé à l'enquête pour diverses raisons (refus, déménagement...)

b) Dans les échantillons de la CNAMTS, de la CANAM et de la MSA comme dans l'enquête ESPS, l'identifiant de la « grappe assuré » ou du ménage est le même : il s'agit du numéro de ménage n1. Par contre, les membres de la « grappe assuré » et les membres du ménage ne sont pas identifiés de la même façon dans les fichiers des deux sources :

- dans l'enquête ESPS, les membres d'un ménage sont identifiés par un numéro d'individu ; l'assuré principal possède toujours le numéro d'individu 1 ; les autres membres du ménage sont théoriquement numérotés par l'enquêteur par âge décroissant ; une personne est ainsi repérée par son numéro de ménage suivi de son numéro d'individu dans le ménage ;
- dans les échantillons des 3 caisses, ce sont les ayants droit de l'assuré qui sont numérotés et cette numérotation prend en compte la qualité de l'ayant droit (conjoint, enfant...).

Pour réaliser l'appariement, on crée dans les deux fichiers un identifiant individuel commun et on apparie les deux fichiers avec cet identifiant. Pour une personne, l'identifiant optimal retenu est constitué de :

- *n1* : numéro de ménage ;
- *jour, mois et année de naissance* ;
- le *sexe*, ajouté pour éviter d'avoir des personnes appariées mais ayant un sexe différent dans les deux fichiers.
- enfin, *le prénom*.

Dans une 1^{re} étape, on tente d'apparier les enregistrements en utilisant l'identifiant individuel complet. Pour les enregistrements non appariés, on fait de nouvelles tentatives, étape par étape, en enlevant à chaque fois un paramètre à l'identifiant : par exemple, identifiant complet moins le jour de naissance, identifiant complet moins le sexe..., puis identifiant complet moins le jour et le mois de naissance... Après plusieurs itérations, on aboutit à un fichier de personnes appariées.

6.2.2. Appariement des prestations d'une année n

Pour chacune des personnes protégées des échantillons des 3 caisses, nous disposerons des prestations relatives aux remboursements effectués l'année d'enquête n et au 1^{er} trimestre de l'année n+1. Comme nous l'avons vu les prestations relatives aux hospitalisations dans des établissements publics ou participant au service hospitalier public ne seront disponibles qu'en n + 2.

Les prestations utilisées pour l'analyse de la consommation médicale sont organisées en 3 fichiers correspondant chacun à une catégorie différente de prestations en nature :

- les **actes professionnels** comportant les séances de médecins, les analyses, les radiographies, les soins de dentistes et d'auxiliaires, les frais de déplacement (indemnités kilométriques...);
- les **prestations sanitaires diverses** regroupant les prestations de pharmacie, d'appareillage ou de prothèse, les frais de transport (ambulances, taxis...) et les frais de cures thermales ;
- les **hospitalisations-séjours** comprenant toutes les hospitalisations publiques ou privées.

Tous ces fichiers possèdent des variables communes correspondant à l'identifiant du bénéficiaire et des renseignements administratifs. Dans un premier temps, nous apparions l'ensemble des fichiers de chaque caisse entre eux (prestations et bénéficiaires).

Dans un second temps, nous apparions les fichiers de prestations avec ceux de l'enquête ESPS pour les personnes normalement incluses dans les 2 (assurés principaux et ayants droit). L'appariement des données des EPAS avec celles de l'enquête ESPS met en évidence des discordances pour certaines personnes. Leur statut « assuré ou ayant droit » déclaré au cours de l'enquête est différent de celui enregistré dans l'EPAS. Dans ce cas, nous posons l'hypothèse que la déclaration faite au cours de l'enquête par les personnes est exacte, les fichiers des caisses n'étant pas toujours actualisés. En conséquence, les prestations de ces personnes sont incomplètes puisqu'elles ne sont pas, ou plus, ayants droit de l'assuré principal. Nous excluons tous ces « assurés à titre personnel » et tous ces « ayants droit d'assuré non principal » quand ils ne sont pas prestataires.

Une fois l'ensemble de ce travail réalisé, nous disposons d'une base de données comportant simultanément toutes les consommations de l'année de l'enquête présentées au remboursement et l'ensemble des informations recueillies dans l'enquête, informations susceptibles d'expliquer les différences de consommations observées (morbidité, niveau de couverture sociale, revenu, etc.).

Conclusion

Conclusion

L'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) est réalisée pour la 13^e fois en 2002. D'abord effectuée tous les ans entre 1988 et 1997, son rythme est devenu bisannuel depuis 1998. Simultanément, la taille de l'échantillon a été doublée, et depuis cette date, ce sont environ 20 000 personnes qui sont enquêtées tous les deux ans.

Par rapport à toutes les autres sources françaises existantes, cette enquête présente certaines originalités qui en font un outil important pour l'observation des facteurs explicatifs de la consommation médicale.

Tout d'abord, pour environ la moitié des personnes enquêtées, les résultats de l'enquête ESPS peuvent être reliés aux données administratives dont les consommations de soins au cours de l'année d'enquête présentées au remboursement des trois principales caisses d'Assurance maladie.

Ensuite, les modalités de tirage de l'échantillon permettent de constituer un panel de ménages puisqu'une partie des enquêtés est contactée tous les quatre ans.

Par ailleurs, sa courte périodicité permet d'intégrer rapidement certaines thématiques qui nécessitent une exploration avant une prise de décision politique ou institutionnelle ou au contraire une évaluation après une prise de décision. Dans cet esprit, l'enquête ESPS constitue un outil d'aide à la décision.

La réactivité de l'enquête a permis en 2000 d'intégrer un certain nombre de questions d'actualité intéressant tout particulièrement la DREES (mode d'obtention de la CMU, connaissance du médicament générique, consultations hospitalières, etc.). La plupart de ces questions ont été reconduites dans l'enquête ESPS 2002. À l'occasion de celle-ci, à la demande et en collaboration avec l'INVS, ont été introduites des questions concernant la vaccination, le diabète et l'alimentation, notamment pour ces deux derniers thèmes en complément d'enquêtes nationales.

Cette enquête a également été l'occasion de modifier le recueil de la consommation pharmaceutique. Le recueil des acquisitions de médicaments, réalisé jusqu'à présent sur le carnet de soins, laissé durant 30 jours aux ménages, a été supprimé. Il a été remplacé par le recueil de la consommation sur 24 heures, ce qui a permis d'alléger de manière importante la charge de travail des enquêtés.

L'élargissement à de nouvelles collaborations extérieures, très bénéfique en ce qui concerne l'enrichissement de l'enquête, continuera probablement à se développer. Ceci risque d'entraîner une multiplication des thèmes abordés, conduisant à une inflation du nombre de questions et à une diminution des taux de participation. En conséquence, l'objet même de l'enquête risque d'en être modifié. Par ailleurs, le développement de nouvelles bases de données publiques, tout comme les modifications possibles de certains outils d'informations, tels que les enquêtes décennales menées par l'INSEE, ont conduit le CREDES à développer une vaste réflexion autour de l'enquête ESPS.

Cette réflexion, qui s'élargira à des organismes extérieurs, a pour buts de redéfinir les objectifs de l'enquête et de déterminer les axes et les thèmes à développer. Parmi ceux-ci figurent d'ores et déjà la dépendance et l'influence du capital et du support social sur la santé. Parallèlement, une réflexion méthodologique doit être menée pour tenter d'améliorer à la fois la participation des enquêtés et la qualité des exploitations à venir. Des groupes de travail devraient dès 2003 se constituer autour des thèmes précédemment définis avec pour objectif la mise au point de questionnements concis, précis et pertinents pour l'enquête ESPS 2004.

Annexe 1

Récapitulatif des thèmes abordés dans l'enquête de 1988 à 2002

Tableau 1
Récapitulatif des thèmes rencontrés dans l'enquête entre 1988 et 2002

Thèmes	Années													
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2000	2002	
QUESTIONNAIRE PRINCIPAL														
Données ménage														
Revenus du ménage	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Informations sur le logement	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	oui	oui	
Lieu d'habitation (commune, département, région)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Questions d'opinion concernant uniquement la personne interviewée sur :														
L'évolution de l'état de santé de la population	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	non	non	
Les solutions pour résorber un déficit de la Sécurité sociale	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non	
La possibilité de maintenir le niveau des remboursements de la Sécurité sociale	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non	non	
La qualité des relations dans le foyer	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	non	non	non	non	
La qualité des relations avec les collègues de travail	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	non	non	non	non	
La qualité des relations avec son généraliste	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	non	non	non	
La qualité des explications données par son généraliste sur les traitements	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	non	non	non	non	
Questions factuelles concernant uniquement la personne qui répond :														
Renoncement à des soins car remboursement trop limité	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non	
Renoncement à des soins pour des raisons financières	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	
Renoncement à des soins pour raisons financières (enfants)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	
Demande de délai de paiement	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	
Notion d'observance de la dernière ordonnance du généraliste	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	non	non	
Demande de rajout de médicaments sur la dernière ordonnance du généraliste	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	
Demande de séances de kiné, arrêt de travail	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	
Acquisition de pharmacie non prescrite la veille	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	oui questionnaire santé					
Contrats d'abonnement auprès des généralistes ?	-	-	-	oui	non	non	non	non	non	non	non	oui	oui	
Médecin généraliste habituel	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	oui quest. santé		
Consultation d'un spécialiste au cours de la dernière année	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	non	non	
Consultation médecin à l'hôpital public	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	
Recours aux urgences	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	
Envoi des feuilles de soins au remboursement	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	non	
Délai consultation ophtalmo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	
Médicament générique	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	
Vaccinations à jour	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	
Existence d'un événement malheureux au cours des 12 derniers mois	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	
Existence d'événements familiaux graves avant 18 ans	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	
Accidents graves au cours de votre vie (accidents de la vie courante)	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	
Cause de décès des parents								oui	oui	oui	oui	non	non	
Couverture maladie universelle complémentaire	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	
État de santé : niveau, entretien	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	
Varte vitale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	
Existence du carnet de santé	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	
Mesure opinion sur l'avenir	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	

Thèmes	Années													
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2000	2002	
QUESTIONNAIRE PRINCIPAL														
Données individuelles concernant l'ensemble du ménage mais répondues par la seule personne interviewée														
Variables socio-démographiques														
Prénom, date de naissance, lien de parenté, sexe, état matrimonial, nationalité	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Données sur l'activité														
Occupation principale, profession, statut professionnel, type de contrat	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Durée de travail hebdomadaire	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Durée de trajet domicile / travail	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	non	non	non	
Niveau d'études	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
35 heures	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	
age de la retraite	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	
Protection sociale														
Couverture obligatoire maladie : statut et régime d'affiliation	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Réception du carnet de santé pour les personnes de 70 ans et plus	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	non	non	?	?	
Réception du carnet de santé pour les personnes de 16 ans et plus	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	?	?	
Exonération du ticket modérateur et motif	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Bénéficiaire de l'Aide Médicale Gratuite ou de la CMU	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Bénéficiaire du RMI	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Renseignements sur les ayants droit non cohabitants du ménage	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non	
Notion de couverture complémentaire pour les soins : nom et adresse	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Statut (assuré / ayant droit) pour cette couverture complémentaire	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Mode d'obtention de la couv. compl. (par l'entreprise ou par la personne)	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Niveau de remboursement qualitatif de cette couverture complémentaire	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui questionnaire couverture complémentaire					
Etude des personnes non couvertes par une complémentaire														
Pourquoi ? En ont-elles eu une auparavant ? A quelle occasion l'ont-elles perdue ?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	
Questionnaires auto-administrés														
Contrat de suivi médical avec un généraliste	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui quest. principal		
Accident de la vie courante au cours des 3 derniers mois	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui quest. santé		
Hospitalisation au cours des 3 derniers mois et combien de fois	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Fréquentation d'un établissement spécialisé pour handicapés	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	
Diabète	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	

Thèmes	Années													
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2000	2002	
QUESTIONNAIRE SANTÉ (individuel)														
Prénom et âge de la personne concernée	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Prénom de la personne qui remplit le questionnaire	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Date de remplissage	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Données de morbidité														
Morbidité déclarée	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Questions spécifiques sur la dépression	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	non	non	non	non
Questions spécifiques sur l'asthme	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	non	non	non
Notion de grippe, vaccination	-	-	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	oui	oui
Personne souffrant de douleurs	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	non
Note subjective de l'état de santé entre 0 et 10	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Interventions chirurgicales	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Difficultés dans la vie quotidienne pour se déplacer ou faire sa toilette	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Port de lunettes, de prothèses	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Cancer sein mère	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui
Facteurs de risque														
Poids et taille			oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Tabac	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Alcool	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non	non	oui
État et consommation dentaire														
État des dents	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Consultation d'un dentiste au cours des 12 derniers mois	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non	non	oui	oui	oui
Pose de prothèses dentaires fixes au cours des 12 derniers mois et débours	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	non	non
Montant restant à charge pour ces prothèses dentaires	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	non	non	non
Données de consommation														
Consommation de pharmacie :														
de la dernière semaine	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non
des dernières 24 heures						oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
nom précis du médicament	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	oui	oui	oui
nom précis du médicament, y compris dosage	-	-	-	-	-	-	-	oui	non	non	non	oui	oui	oui
quantité consommée	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	non	non	oui	oui	oui
notion de prescrit ou non	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	oui
motif de consommation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui
Acquisition de médicaments non prescrits la veille	-	-	-	-	oui questionnaire principal				oui	oui	oui	non	non	
Soins d'auxiliaires au cours des 12 derniers mois	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	non	non
Recours à un praticien non médecin au cours des 12 derniers mois	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non
Date dernière séance et somme payée	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	non	non	non	non

Thèmes	Années													
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2000	2002	
QUESTIONNAIRE SANTÉ (individuel)														
Données diverses														
Examen de santé gratuit de la Sécurité sociale	-	-	oui	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Consultation d'un médecin suite à cet examen gratuit	-	-	-	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Régime alimentaire pour raisons médicales	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	non	non	
Consommation fruits et légumes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	
Femme enceinte	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Utilisation d'un stérilet	oui	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	
Avez vous déjà eu une mammographie ?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	
Examen gynéco	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	
Avez vous déjà été opéré ?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	
Pratique d'un sport	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	
QUESTIONNAIRE HOSPITALISATION (au cours des 3 derniers mois)														
Prénom (et âge)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Nom et adresse de l'établissement	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Type d'hospitalisation (de jour ou complète)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Dates d'entrée et de sortie	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Services d'entrée et de sortie	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Qui a demandé cette hospitalisation ?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	
Motif principal d'hospitalisation (grossesse, maladie, examen, accident)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Intervention chirurgicale au cours de cette hospitalisation	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Débours	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	
Remboursement par la Sécurité sociale et/ou par la mutuelle	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non	non	non	
Bénéficiaires de l'aide médicale gratuite pour cette hospitalisation	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non	non	non	
Satisfaction	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	
QUESTIONNAIRE ETABLISSEMENT SPÉCIALISÉ...														
- relatif à une fréquentation de l'établissement au cours des 3 derniers mois	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non	Ce questionnaire n'existe plus depuis 2000.		
- relatif à une fréquentation actuelle de l'établissement	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	oui			
Prénom et âge	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui			
Nom et adresse de l'établissement	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui			
Date d'entrée dans l'établissement	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui			
Date de sortie	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui			
Type de fréquentation (tous les jours ou non, le jour, la nuit ou les deux ?)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui			
Types de soins dispensés	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui			
Cause de la fréquentation (accident, maladie, malformation, etc.)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui			
Débours	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui			

Thèmes	Années	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2000	2002
QUESTIONNAIRE PERSONNES AGÉES EN INSTITUTION														
Nature de l'établissement		oui	oui	oui	oui	Ce questionnaire n'existe plus depuis 1992.								
Nombre de personnes dans l'établissement		oui	oui	oui	oui									
Types de logements (appartement, chambre individuelle, chambre collective, dortoir, avec ou sans sanitaires)		oui	oui	oui	oui									
Y a-t-il une infirmière et/ou un médecin permanent(e) ?		oui	oui	oui	oui									
L'établissement perçoit-il des forfaits de la Sécurité sociale ?		oui	oui	oui	oui									
QUESTIONNAIRE AYANT DROIT NON COHABITANTS														
				cf. questionnaire principal										
Prénom, date naissance, lien de parenté, sexe, état matrimonial, motif d'éloignement, exonération du ticket modérateur, aide médicale, niveau d'études et couv. compl.		oui	oui	Ce questionnaire n'existe plus depuis 1990.										
QUESTIONNAIRE COUVERTURES COMPLÉMENTAIRES														
Noms et adresse des mutuelles ou assurances		-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Prénoms des personnes protégées		-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Nom du contrat des couvertures complémentaires		-		-	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	oui	oui
Taux de remboursement de la mutuelle pour consultations de spécialistes		-	-	-	-	-	-	oui	oui	non	non	oui	oui	oui
La mutuelle rembourse-t-elle le forfait hospitalier ?		-	-	-	-	-	-	oui	oui	non	non	oui	oui	oui
Montant cotisation mutuelle ? (par vous-même et par votre employeur)		-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	non	non
Compte tenu des remboursements, les cotisations vous paraissent-elles chères ?		-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	oui
Satisfaction du remboursement pour lunettes, prothèses dentaires, soins de spécialistes		oui questionnaire principal							non	non	oui	oui	oui	oui
Niveau de remboursement proposé pour les prothèses dentaires et les lunettes		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui
QUESTIONNAIRE ACCIDENT DE LA VIE COURANTE (au cours des 3 derniers mois)														
												oui	oui questionnaire santé	
QUESTIONNAIRE CONTRAT DE SUIVI MÉDICAL...														
Vous avez signé		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	non	non
Vous n'avez pas signé		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	non	non

Thèmes	Années													
	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	2000	2002	
CARNET DE SOINS														
Durée 3 semaines	oui	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Durée 1 mois	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	non	non	non	non	non
Durée 30 jours	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Volet "Soins médicaux"														
Date des soins, prénom, lieu des soins, type de soins	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Qui a prescrit ?	oui	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non
Qui a fait les soins ?	non	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Nature des soins	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Motif de la visite ou des soins	non	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Qui vous a conseillé cette séance ?	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	oui	oui	oui	oui
Débours	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Notion de tiers-payant	non	non	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Prescription d'un arrêt de travail	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	oui
Volet "Médicaments"														
Date d'achat des produits	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	questionnaire supprimé
Nom du médicament	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Qui a prescrit ?	oui	oui	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	non	
Nombre de boîtes	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Les médicaments ont-ils été prescrits ?	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	
Motif de l'acquisition Motif consécutif à un accident	-	-	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	
Volet "Remboursement"														
Date de réception du remboursement	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui	volet supprimé depuis 1997			
Montant du remboursement	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui				
Organisme qui a remboursé	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui				
Personnes concernées par les soins ici remboursés	-	-	-	-	-	-	-	-	oui	oui				
Volet "Acquisition hors médicaments"														
Date de l'acquisition, prénom	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui
Nom du produit acheté ou loué	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui
Le produit a-t-il été acheté ou loué, en quelle quantité ?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui
Pour quelle maladie ou pour quel motif ?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui
A-t-il été prescrit ?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui
A-t-il été payé en totalité ? Pour quel montant ?	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	oui
Volet "Hospitalisation"														
Dates d'entrée et de sortie, prénom, lieu des soins, type de soins	compris dans le volet "Soins médicaux" jusqu'en 2000													oui
Dans quel service ?														oui
Pour quelle maladie ou pour quel motif ?														oui
Avez-vous passé au moins une nuit à l'hôpital ?														oui
Notion de tiers-payant														oui
Débours	oui													

Annexe 2

Questionnaires de l'année 2002

2.1 Les 4 modèles de lettre annonce	83
2.2 La plaquette d'information	93
2.3 Le questionnaire principal	97
2.4 Le carnet de soins	117
2.5 Le questionnaire santé	131
2.6 Le questionnaire hospitalisation.....	137
2.7 Le questionnaire diabète	141
2.8 Le questionnaire couverture complémentaire.....	145
2.9 Le questionnaire couverture complémentaire CMU.....	149

2.1 Les quatre modèles de lettre annonce

CREDES

CENTRE DE RECHERCHE D'ETUDE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE

Paris, le 11 mars 2002

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

La santé est un des enjeux fondamentaux de la société de demain. Comme en 1998, nous vous sollicitons à nouveau, ainsi que 18 000 autres assurés d'un des régimes de Sécurité sociale, pour participer à l'enquête nationale sur la santé, les soins médicaux et la protection sociale ; enquête qui a obtenu le label d'intérêt général du Conseil National de l'Information Statistique.

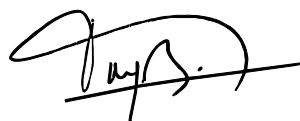
Cette enquête a pour objectif d'apporter des éclairages sur les questions suivantes : en 2002, quels sont les problèmes de santé de la population vivant en France ? Quels soins reçoit-elle ? Quel est son niveau de protection sociale ? Quelle opinion a-t-elle du fonctionnement du système de soins ?

Pour recueillir vos réponses à ces questions, un enquêteur d'ISL, Institut de Sondage Laviolle, vous rendra visite dans quelques jours. Avec votre accord, il vous posera quelques questions durant environ vingt minutes et vous remettra des questionnaires complémentaires que vous pourrez remplir vous-même.

Au dos de cette feuille, vous trouverez des renseignements sur l'enquête et sur le CREDES.

- Si vous avez des questions à nous poser au sujet de cette enquête, merci de nous contacter au numéro suivant : **01 53 93 43 25**.
- Vous pouvez également utiliser ce numéro pour nous indiquer les moments les plus favorables pour vous joindre.

Nous vous remercions vivement de votre participation à cette enquête.



Dominique Polton
Directrice du CREDES

Association Loi de 1901 1, rue Paul-Cézanne - 75008 PARIS - Tél. Secrétariat : 01.53.93.43.25 - Fax : 01.53.93.43.50

Pourquoi participer à cette enquête ?

Cette enquête permettra d'établir des statistiques relatives à l'ensemble de la population en interrogeant seulement une partie de celle-ci.

Lorsqu'une enquête par sondage est réalisée avec soin et que la plupart des personnes contactées y participe, elle permet d'obtenir des estimations aussi fiables que si l'on interrogeait toutes les personnes vivant en France. Vous avez été tiré au sort pour représenter une partie de la population ; bien que l'enquête soit facultative, le recueil de votre point de vue sur la santé est important, il contribuera à la fiabilité des résultats.

L'objectif de l'enquête

Cette enquête cherche à décrire le type de recours aux soins, l'état de santé, le niveau de protection sociale et l'opinion sur le système de santé des personnes résidant en France en 2002, selon les caractéristiques de ces personnes (âge, sexe, profession,...).

L'information recueillie aidera les pouvoirs publics et les partenaires sociaux à mieux comprendre les problèmes que vous rencontrez et donc à mieux prévoir, à partir des données que vous fournirez, les mesures à mettre en place pour les résoudre.

Cette enquête est prévue pour se prolonger dans le temps. Les critères de sondage retenus devraient permettre de suivre tous les quatre ans l'évolution de l'état de santé et des consommations des ménages contactés.

Qu'est ce que le CREDES ?

Le CREDES est le Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Économie de la Santé. Il est chargé de produire, d'analyser et de diffuser des données sur le fonctionnement de notre système de santé. Il est constitué d'une équipe regroupant des médecins, des économistes, des statisticiens, des informaticiens,...

Comment a-t-on obtenu vos coordonnées ?

Suite à l'avis favorable de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), vos coordonnées ont été communiquées à la société d'enquête par votre Régime de Sécurité sociale.

La confidentialité des données

La réalisation matérielle de la collecte des données est assurée par une société d'enquête spécialisée (ISL). Vos réponses au questionnaire sont couvertes par le secret statistique et médical et ne donneront lieu qu'à des exploitations anonymes ; les procédures mises en place vous le garantissent.

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue **d'intérêt général** sans avoir de caractère obligatoire.

Label n° 2002X706AU du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2002.

En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées au CREDES.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête.

Elle garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de ISL, 6 rue du 4 septembre 92130 Issy les Moulineaux.

CREDES

CENTRE DE RECHERCHE D'ETUDE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE

Paris, le 11 mars 2002

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

La santé est un des enjeux fondamentaux de la société de demain. Vous avez été tiré au hasard ainsi que 18 000 autres assurés d'un des Régimes de Sécurité sociale pour participer à l'enquête nationale sur la santé, les soins médicaux et la protection sociale ; enquête qui a obtenu le label d'intérêt général du Conseil National de l'Information Statistique.

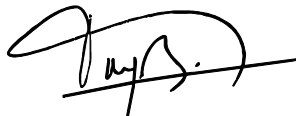
Cette enquête a pour objectif d'apporter des éclairages sur les questions suivantes : en 2002, quels sont les problèmes de santé de la population vivant en France ? Quels soins reçoit-elle ? Quel est son niveau de protection sociale ? Quelle opinion a-t-elle du fonctionnement du système de soins ?

Pour recueillir vos réponses à ces questions, un enquêteur d'ISL, Institut de Sondage Lavalie, vous rendra visite dans quelques jours. Avec votre accord, il vous posera quelques questions durant environ vingt minutes et vous remettra des questionnaires complémentaires que vous pourrez remplir vous-même.

Au dos de cette feuille, vous trouverez des renseignements sur l'enquête et sur le CREDES.

- Si vous avez des questions à nous poser au sujet de cette enquête, merci de nous contacter au numéro suivant : **01 53 93 43 25**.
- Vous pouvez également utiliser ce numéro pour nous indiquer les moments les plus favorables pour vous joindre.

Nous vous remercions vivement de votre participation à cette enquête.



Dominique Polton
Directrice du CREDES

Association Loi de 1901 1, rue Paul-Cézanne - 75008 PARIS - Tél. Secrétariat : 01.53.93.43.25 - Fax : 01.53.93.43.50

Pourquoi participer à cette enquête ?

Cette enquête permettra d'établir des statistiques relatives à l'ensemble de la population en interrogeant seulement une partie de celle-ci.

Lorsqu'une enquête par sondage est réalisée avec soin et que la plupart des personnes contactées y participe, elle permet d'obtenir des estimations aussi fiables que si l'on interrogeait toutes les personnes vivant en France. Vous avez été tiré au sort pour représenter une partie de la population ; bien que l'enquête soit facultative, le recueil de votre point de vue sur la santé est important, il contribuera à la fiabilité des résultats.

L'objectif de l'enquête

Cette enquête cherche à décrire le type de recours aux soins, l'état de santé, le niveau de protection sociale et l'opinion sur le système de santé des personnes résidant en France en 2002, selon les caractéristiques de ces personnes (âge, sexe, profession,...).

L'information recueillie aidera les pouvoirs publics et les partenaires sociaux à mieux comprendre les problèmes que vous rencontrez et donc à mieux prévoir, à partir des données que vous fournirez, les mesures à mettre en place pour les résoudre.

Cette enquête est prévue pour se prolonger dans le temps. Les critères de sondage retenus devraient permettre de suivre tous les quatre ans l'évolution de l'état de santé et des consommations des ménages contactés.

Qu'est ce que le CREDES ?

Le CREDES est le Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Économie de la Santé. Il est chargé de produire, d'analyser et de diffuser des données sur le fonctionnement de notre système de santé. Il est constitué d'une équipe regroupant des médecins, des économistes, des statisticiens, des informaticiens,...

Comment a-t-on obtenu vos coordonnées ?

Suite à l'avis favorable de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), vos coordonnées ont été communiquées à la société d'enquête par votre Régime de Sécurité sociale.

La confidentialité des données

La réalisation matérielle de la collecte des données est assurée par une société d'enquête spécialisée (ISL). Vos réponses au questionnaire sont couvertes par le secret statistique et médical et ne donneront lieu qu'à des exploitations anonymes ; les procédures mises en place vous le garantissent.

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue **d'intérêt général** sans avoir de caractère obligatoire.

Label n° 2002X706AU du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2002.

En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées au CREDES.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête.

Elle garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de ISL, 6 rue du 4 septembre 92130 Issy les Moulineaux.

CREDES

CENTRE DE RECHERCHE D'ETUDE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE

Paris, le 20 mars 2002

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

La santé est un des enjeux fondamentaux de la société de demain. Comme en 1998, nous vous sollicitons à nouveau, ainsi que 18 000 autres assurés d'un des régimes de Sécurité sociale, pour participer à l'enquête nationale sur la santé, les soins médicaux et la protection sociale ; enquête qui a obtenu le label d'intérêt général du Conseil National de l'Information Statistique.

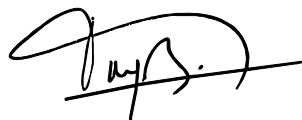
Cette enquête a pour objectif d'apporter des éclairages sur les questions suivantes : en 2002, quels sont les problèmes de santé de la population vivant en France ? Quels soins reçoit-elle ? Quel est son niveau de protection sociale ? Quelle opinion a-t-elle du fonctionnement du système de soins ?

Pour recueillir vos réponses à ces questions, un enquêteur d'ISL, Institut de Sondage Lavielle, vous contactera par téléphone dans quelques jours. Avec votre accord, il vous posera quelques questions durant environ vingt minutes et vous enverra des questionnaires complémentaires que vous pourrez remplir vous-même.

Au dos de cette feuille, vous trouverez des renseignements sur l'enquête et sur le CREDES.

- Si vous avez des questions à nous poser au sujet de cette enquête, merci de nous contacter au numéro suivant : **01 53 93 43 25**.
- Vous pouvez également utiliser ce numéro pour nous indiquer les moments les plus favorables pour vous joindre.

Nous vous remercions vivement de votre participation à cette enquête.



Dominique Polton
Directrice du CREDES

Association Loi de 1901 1, rue Paul-Cézanne - 75008 PARIS - Tél. Secrétariat : 01.53.93.43.25 - Fax : 01.53.93.43.50

Pourquoi participer à cette enquête ?

Cette enquête permettra d'établir des statistiques relatives à l'ensemble de la population en interrogeant seulement une partie de celle-ci.

Lorsqu'une enquête par sondage est réalisée avec soin et que la plupart des personnes contactées y participe, elle permet d'obtenir des estimations aussi fiables que si l'on interrogeait toutes les personnes vivant en France. Vous avez été tiré au sort pour représenter une partie de la population ; bien que l'enquête soit facultative, le recueil de votre point de vue sur la santé est important, il contribuera à la fiabilité des résultats.

L'objectif de l'enquête

Cette enquête cherche à décrire le type de recours aux soins, l'état de santé, le niveau de protection sociale et l'opinion sur le système de santé des personnes résidant en France en 2002, selon les caractéristiques de ces personnes (âge, sexe, profession,...).

L'information recueillie aidera les pouvoirs publics et les partenaires sociaux à mieux comprendre les problèmes que vous rencontrez et donc à mieux prévoir, à partir des données que vous fournirez, les mesures à mettre en place pour les résoudre.

Cette enquête est prévue pour se prolonger dans le temps. Les critères de sondage retenus devraient permettre de suivre tous les quatre ans l'évolution de l'état de santé et des consommations des ménages contactés.

Qu'est ce que le CREDES ?

Le CREDES est le Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Économie de la Santé. Il est chargé de produire, d'analyser et de diffuser des données sur le fonctionnement de notre système de santé. Il est constitué d'une équipe regroupant des médecins, des économistes, des statisticiens, des informaticiens,...

Comment a-t-on obtenu vos coordonnées ?

Suite à l'avis favorable de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), vos coordonnées ont été communiquées à la société d'enquête par votre Régime de Sécurité sociale.

La confidentialité des données

La réalisation matérielle de la collecte des données est assurée par une société d'enquête spécialisée (ISL). Vos réponses au questionnaire sont couvertes par le secret statistique et médical et ne donneront lieu qu'à des exploitations anonymes ; les procédures mises en place vous le garantissent.

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue **d'intérêt général** sans avoir de caractère obligatoire.

Label n° 2002X706AU du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2002.

En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées au CREDES.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête.

Elle garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de ISL, 6 rue du 4 septembre 92130 Issy les Moulineaux.

CREDES

CENTRE DE RECHERCHE D'ETUDE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE

Paris, le 20 mars 2002

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

La santé est un des enjeux fondamentaux de la société de demain. Vous avez été tiré au hasard ainsi que 18 000 autres assurés d'un des Régimes de Sécurité sociale pour participer à l'enquête nationale sur la santé, les soins médicaux et la protection sociale ; enquête qui a obtenu le label d'intérêt général du Conseil National de l'Information Statistique.

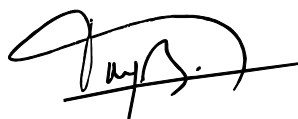
Cette enquête a pour objectif d'apporter des éclairages sur les questions suivantes : en 2002, quels sont les problèmes de santé de la population vivant en France ? Quels soins reçoit-elle ? Quel est son niveau de protection sociale ? Quelle opinion a-t-elle du fonctionnement du système de soins ?

Pour recueillir vos réponses à ces questions, un enquêteur d'ISL, Institut de Sondage Laviolle, vous contactera par téléphone dans quelques jours. Avec votre accord, il vous posera quelques questions durant environ vingt minutes et vous enverra des questionnaires complémentaires que vous pourrez remplir vous-même.

Au dos de cette feuille, vous trouverez des renseignements sur l'enquête et sur le CREDES.

- Si vous avez des questions à nous poser au sujet de cette enquête, merci de nous contacter au numéro suivant : **01 53 93 43 25**.
- Vous pouvez également utiliser ce numéro pour nous indiquer les moments les plus favorables pour vous joindre.

Nous vous remercions vivement de votre participation à cette enquête.



Dominique Polton
Directrice du CREDES

Association Loi de 1901 1, rue Paul-Cézanne - 75008 PARIS - Tél. Secrétariat : 01.53.93.43.25 - Fax : 01.53.93.43.50

Pourquoi participer à cette enquête ?

Cette enquête permettra d'établir des statistiques relatives à l'ensemble de la population en interrogeant seulement une partie de celle-ci.

Lorsqu'une enquête par sondage est réalisée avec soin et que la plupart des personnes contactées y participe, elle permet d'obtenir des estimations aussi fiables que si l'on interrogeait toutes les personnes vivant en France. Vous avez été tiré au sort pour représenter une partie de la population ; bien que l'enquête soit facultative, le recueil de votre point de vue sur la santé est important, il contribuera à la fiabilité des résultats.

L'objectif de l'enquête

Cette enquête cherche à décrire le type de recours aux soins, l'état de santé, le niveau de protection sociale et l'opinion sur le système de santé des personnes résidant en France en 2002, selon les caractéristiques de ces personnes (âge, sexe, profession,...).

L'information recueillie aidera les pouvoirs publics et les partenaires sociaux à mieux comprendre les problèmes que vous rencontrez et donc à mieux prévoir, à partir des données que vous fournirez, les mesures à mettre en place pour les résoudre.

Cette enquête est prévue pour se prolonger dans le temps. Les critères de sondage retenus devraient permettre de suivre tous les quatre ans l'évolution de l'état de santé et des consommations des ménages contactés.

Qu'est ce que le CREDES ?

Le CREDES est le Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Économie de la Santé. Il est chargé de produire, d'analyser et de diffuser des données sur le fonctionnement de notre système de santé. Il est constitué d'une équipe regroupant des médecins, des économistes, des statisticiens, des informaticiens,...

Comment a-t-on obtenu vos coordonnées ?

Suite à l'avis favorable de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), vos coordonnées ont été communiquées à la société d'enquête par votre Régime de Sécurité sociale.

La confidentialité des données

La réalisation matérielle de la collecte des données est assurée par une société d'enquête spécialisée (ISL). Vos réponses au questionnaire sont couvertes par le secret statistique et médical et ne donneront lieu qu'à des exploitations anonymes ; les procédures mises en place vous le garantissent.

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue **d'intérêt général** sans avoir de caractère obligatoire.

Label n° 2002X706AU du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2002.

En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées au CREDES.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête.

Elle garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de ISL, 6 rue du 4 septembre 92130 Issy les Moulineaux.

2.2 La plaquette d'information

L'enquête dans la presse

Des citations et articles dans la presse professionnelle ou grand public.



Selon les résultats de l'enquête Santé et protection sociale réalisé par le CREDES, le profil type du bénéficiaire de la CMU est une jeune chômeuse ayant un niveau d'études peu élevé et issue du milieu ouvrier. En effet, il apparaît que la population couverte par ce système comprend nettement plus de jeunes que la moyenne de la population (42 % de jeunes de moins de 20 ans, contre 24 % pour la population), et davantage de chômeurs (32 % contre 8 %).



CMU : un tiers des personnes concernées pense ne pas y avoir droit

Plutôt jeune et féminine, la population bénéficiaire de la couverture maladie universelle (CMU) est issue, comme on s'y attendait, des milieux ouvriers et employés, et comporte une forte proportion de chômeurs. Mais parmi les plus pauvres, seul un ménage sur deux pense y avoir droit, relève une enquête d'opinion réalisée par le CREDES.



La CMU réduit les inégalités d'accès aux soins

La couverture maladie universelle (CMU) a « réduit les inégalités » d'accès aux soins et de couverture, souligne l'enquête du CREDES sur la santé et la protection sociale. Avec la CMU, neuf personnes sur dix disposaient en 2000 d'une couverture complémentaire, avec des niveaux de prise en charge variables. Cependant, ceux dont les revenus sont juste au-dessus du seuil de la CMU (entre 3 500 et 4 500 francs) sont mal protégés : 15 % doivent acquitter la totalité du ticket modérateur pour tous leurs soins.



... la consommation pharmaceutique varie selon les caractéristiques individuelles et familiales des personnes interrogées. Pour le mois envisagé, quatre personnes sur dix déclarent avoir acquis au moins un médicament prescrit. Cette consommation dépend de l'état de santé : le taux de consommateurs de pharmacie est 2,6 fois plus élevé chez les sujets présentant un risque important sur le plan vital.

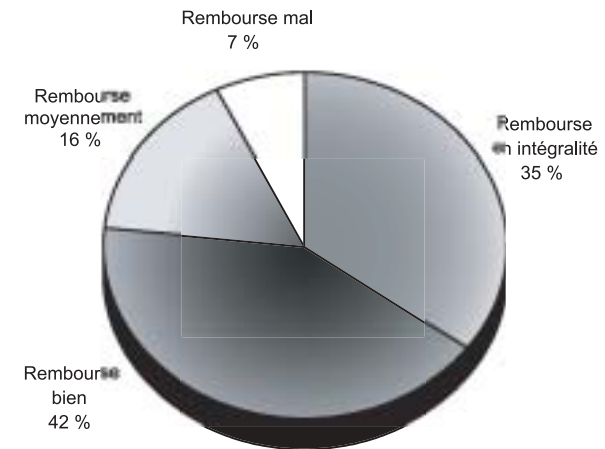


Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé

Enquête sur la santé, les soins et la protection sociale en France en 2002

Plus de 20 000 personnes ont répondu à nos enquêteurs en 2000. Voici quelques résultats obtenus grâce à leur participation.

Comment ces enquêtés perçoivent-ils le niveau de remboursement des soins de spécialiste par leur complémentaire santé ?



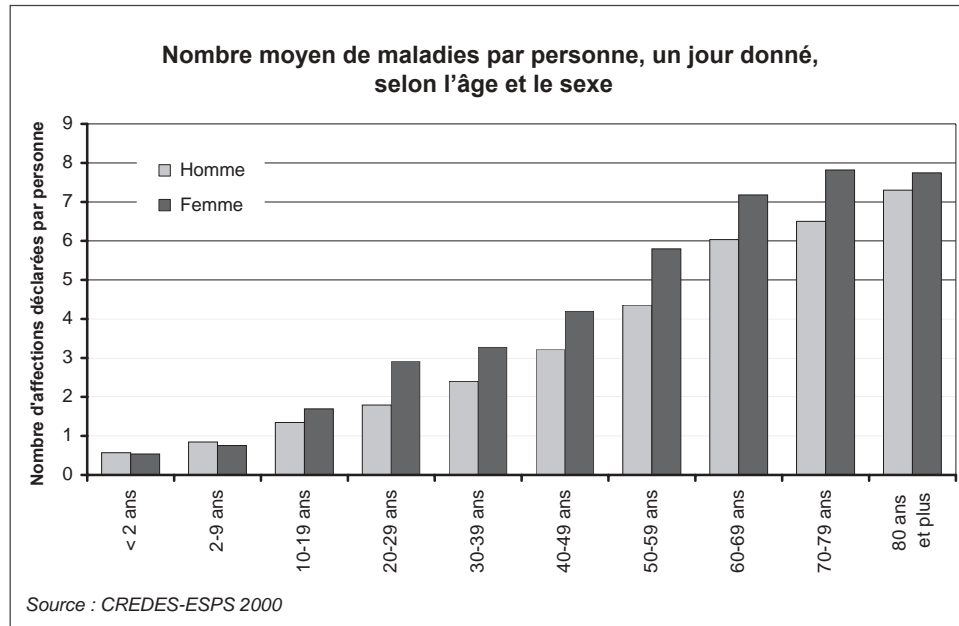
Source : CREDES-ESPS 2000

L'état de santé de la population

En 2000, le jour de l'enquête, une personne déclare, en moyenne plus de 3 problèmes de santé.

Le nombre d'affections augmente avec l'âge : moins d'une maladie pour les enfants, à plus de 7 pour les personnes âgées.

Les femmes déclarent un tiers d'affections de plus que les hommes.



Les maladies les plus fréquentes sont les maladies des os et des articulations, les maladies endocriniennes et du métabolisme (essentiellement le surpoids et l'obésité) et les maladies cardio-vasculaires. Par ailleurs, la moitié de la population présente des troubles de la vue.

Le tiers de la population enquêtée se plaint de douleurs fréquentes. Au-delà de 65 ans, 6 personnes sur 10 souffrent, la moitié de manière importante ou très importante. Les affections responsables sont essentiellement d'origine vertébrale (arthrose, sciatique...). Viennent ensuite les migraines et autres maux de tête.

La consommation de médicaments

Les personnes n'ayant pas de mutuelle ou de complémentaire santé consomment moins de médicaments.

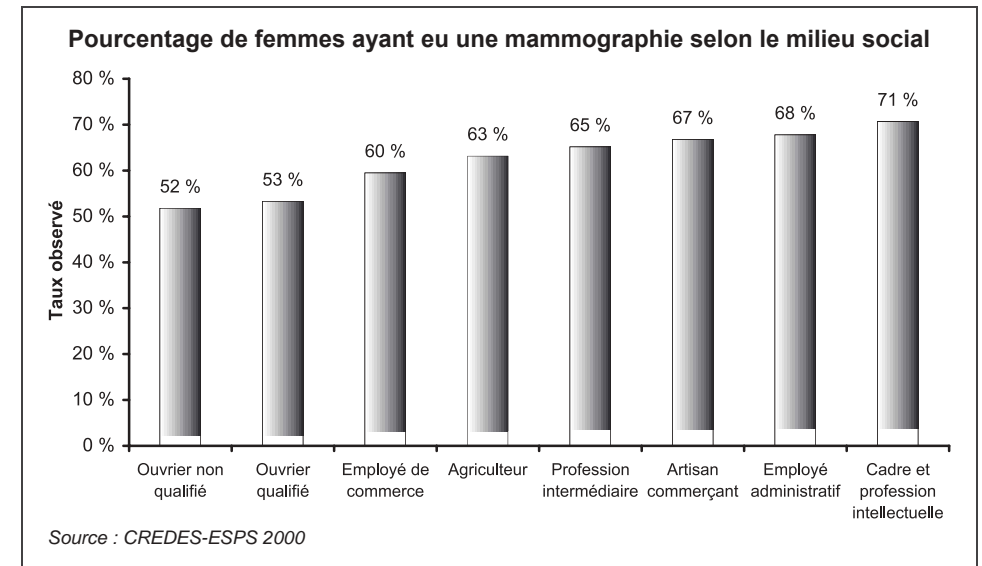
Près de 40 % des personnes qui disposent d'une couverture complémentaire ont acquis au moins un médicament en un mois ; elles sont seulement 30 % lorsqu'elles n'en ont pas.

Même en cas de prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale, les personnes qui n'ont pas de couverture complémentaire consomment moins de médicaments que les autres.

Des problèmes de santé publique

Les femmes de milieux défavorisés font moins de prévention.

Plus de 30 % des femmes de 50 à 69 ans, tranche d'âge particulièrement exposée au risque du cancer du sein, n'ont pas bénéficié d'une mammographie dans les délais recommandés (tous les 2 ans). Ces femmes appartiennent souvent à un milieu défavorisé : chômage, faible niveau d'études, faibles ressources, absence de couverture complémentaire...



2.3 Le questionnaire principal

1. Avez-vous un médecin généraliste habituel ?

1 oui 2 non

1.1 Si oui, est-ce le même pour tous les membres de votre ménage ?

1 oui 2 non

1.2 depuis combien d'années consultez-vous le généraliste qui vous suit actuellement ? |__|__|

2. Il y a environ 5 ans, un carnet de santé bleu et jaune a été envoyé par la Sécurité sociale à tous les adultes. Avez-vous le votre ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas

2.1 Si oui, la dernière fois que vous avez consulté un médecin généraliste, lui avez-vous présenté votre carnet ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas 4 pas vu de généraliste

3. Pensez-vous être à jour de vos vaccinations ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas

4. De combien de personnes se compose votre foyer y compris vous-même ? |__|__|

Note à l'enquêteur : Un étudiant qui revient tous les week-ends est compté dans le ménage

Recueil de la composition du foyer avec les prénoms et le numéros de la personne interviewée (voir page 5)

5. Au cours des 12 derniers mois, l'un des membres de votre foyer y compris vous-même, a-t-il été soigné aux urgences d'un hôpital ou d'une clinique ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas

Si oui, 5.1. Sur ces 12 derniers mois, quelles sont les personnes de votre foyer qui ont été soignées aux urgences ? (plusieurs personnes possibles, relancer)

(liste des prénoms du foyer)

5.2. Et la dernière fois, c'était qui? (liste des prénoms de la réponse précédente)

5.3 Etait ce...

... 1 la journée 2 le soir ou la nuit 3 le week-end ou un jour férié 4 autre

5.4. Qui a conseillé à (prénom) d'aller aux urgences ? (enquêteur ne rien suggérer)

- 1 un service d'urgence (pompiers, samu, sos médecin, le 15, ...)
- 2 un médecin
- 3 un pharmacien ou un autre professionnel de santé
- 4 un ami, un voisin, de la famille
- 5 l'employeur, un collègue sur le lieu du travail
- 6 personne, de ma propre initiative, moi-même
- 7 autres, précisez

5.5 Si 4,5,6,7 pourquoi n'a-t-il ou n'a-t-elle pas vu un médecin de ville ? (enquêteur ne rien suggérer)

- 1 c'était la nuit, le soir, le week-end, un jour férié
- 2 mon médecin habituel n'était pas disponible
- 3 aucun médecin n'était disponible
- 4 autres, précisez

5.6 Toujours cette dernière fois, le médecin des urgences (vous) a-t-il hospitalisé. (prénom) ? 1 oui 2 non 3 ne sait pas

6. Vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ?

1 oui 2 non Si oui : ↓

(Ne pas suggérer)

**6.1 A quels soins avez-vous renoncé ?
(3 réponses possibles)**

	SOIN 1	SOIN 2	SOIN 3
01 - prothèses dentaires	01	01	01
02 - soins dentaires	02	02	02
03 - lunettes (verres, montures, lentilles)	03	03	03
04 - consultations, visites et soins de spécialiste	04 |__|__|	04 |__|__|	04 |__|__|
<i>précisez sa spécialité</i>	.....	.....	.....
05 - consultations, visites et soins de généraliste	05	05	05
06 - radios et autres examens d'imagerie	06	06	06
07 - pharmacie non remboursable	07	07	07
08 - pharmacie remboursable	08	08	08
09 - kinésithérapie, massages	09	09	09
10 - analyses de laboratoires	10	10	10
11 - cure thermale	11	11	11
12 - autres	12 |__|__|	12 |__|__|	12 |__|__|
<i>précisez</i>	.....	.....	.....

6.2 Etait-ce au cours des 12 derniers mois ? 1 oui 2 non 1 oui 2 non 1 oui 2 non
(pour chaque soin)

6.3 Avez-vous renoncé définitivement à ce soin ou l'avez-vous reporté dans le temps ?
(pour chaque soin)

<input type="checkbox"/> 1 renoncé	<input type="checkbox"/> 1 renoncé	<input type="checkbox"/> 1 renoncé
<input type="checkbox"/> 2 reporté	<input type="checkbox"/> 2 reporté	<input type="checkbox"/> 2 reporté
<input type="checkbox"/> 3 nsp encore	<input type="checkbox"/> 3 nsp encore	<input type="checkbox"/> 3 nsp encore

7. Vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vos enfants, à certains soins pour des raisons financières ?

1 oui 2 non 3 pas d'enfants Si oui : ↓

(Ne pas suggérer)

**7.1 A quels soins avez-vous renoncé ?
(3 réponses possibles)**

	SOIN 1	SOIN 2	SOIN 3
01 - Appareil redressement dentaire, orthodontie	01	01	01
02 - soins dentaires	02	02	02
03 - lunettes (verres, montures, lentilles)	03	03	03
04 - consultations et soins de spécialiste	04 |__|__|	04 |__|__|	04 |__|__|
<i>précisez sa spécialité</i>	.....	.....	.....
05 - consultations, visites et soins de généraliste	05	05	05
06 - radios et autres examens d'imagerie	06	06	06
07 - pharmacie non remboursable	07	07	07
08 - pharmacie remboursable	08	08	08
09 - kinésithérapie, massages	09	09	09
10 - analyses de laboratoires	10	10	10
11 - cure thermale	11	11	11
12 - autres	12 |__|__|	12 |__|__|	12 |__|__|
<i>précisez</i>	.....	.....	.....

7.2 Etait-ce au cours des 12 derniers mois ? 1 oui 2 non 1 oui 2 non 1 oui 2 non
(pour chaque soin)

7.3 Avez-vous renoncé définitivement à ce soin ou l'avez-vous reporté dans le temps ?
(pour chaque soin)

<input type="checkbox"/> 1 renoncé	<input type="checkbox"/> 1 renoncé	<input type="checkbox"/> 1 renoncé
<input type="checkbox"/> 2 reporté	<input type="checkbox"/> 2 reporté	<input type="checkbox"/> 2 reporté
<input type="checkbox"/> 3 nsp encore	<input type="checkbox"/> 3 nsp encore	<input type="checkbox"/> 3 nsp encore

8. Avez-vous entendu parler de la couverture maladie universelle appelée aussi CMU ?

1 oui 2 non

Si Oui en Q8 :

9. Actuellement, avez-vous la CMU complémentaire appelée aussi couverture maladie universelle complémentaire ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas

10. L'année dernière, à la même époque, aviez-vous la CMU complémentaire ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas

Si Oui en q9 ou q10 poser q11, q12, q13

11. Pensez-vous que la CMU complémentaire vous a permis, depuis que vous l'avez, de mieux vous soigner ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas

12. Savez-vous que vous devez faire des démarches tous les ans pour renouveler vos droits à la CMU complémentaire ?

1 oui 2 non

13. Savez-vous que vous avez le choix entre la sécurité sociale, des mutuelles ou des assurances pour gérer la CMU complémentaire ?

1 oui 2 non

Si oui en 13,

13.1. Avez-vous changé d'organisme pour la gestion de la CMU complémentaire ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas

Si (non en Q8) ou (oui en Q8 et non en Q9 et Q10) poser 9.1

9.1 Vous savez que la Sécurité sociale ne rembourse qu'une partie des frais médicaux. La CMU complémentaire propose une mutuelle ou assurance gratuite aux personnes dont les ressources mensuelles sont faibles, par exemple moins de 1153 euros (7560 francs) pour un ménage de 4 personnes. [l'exemple est fait en fonction du nombre de personnes dans le ménage²⁵]. Pensez-vous y avoir droit ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas (les cas " nsp " seront traités comme des " non ")

Si oui en 9.1,

9.2. Vous pensez avoir droit à la CMU mais vous ne l'avez pas, pourquoi ? Question ouverte

Si non en 9 et oui en 10,

10.1. Pourquoi avez-vous perdu votre complémentaire CMU ? (question ouverte)

14. Vous ou votre famille, payez-vous un loyer pour votre logement ? (à lister)

1 oui
 2 non, car propriétaire ou en accession à la propriété
 3 non, car logé/hébergé gratuitement

²⁵ Seuils arrondis : 549€ pour une personne seule, 823€ pour 2 personnes, 988€ pour 3, 1153€ pour 4 + 220€ par personne supplémentaire seuils : 3600F pour une personne seule, 5400 F pour 2 personnes, 6480F pour 3, 7560F pour 4 + 1440F par personne supplémentaire

* Affichage pour l'enquêteur : Habituellement, l'hospitalisation se définit comme un séjour avec au moins une nuit à l'hôpital. De plus en plus, il y a des hospitalisations de jour pour certaines opérations simples (cataractes, pose de yoyo, végétations, pour des soins réguliers comme les dialyses, la chimio...)

** c'est-à-dire une institution ou un centre médico-pédagogique, une école pour mal-voyant, un CAT, etc.

Enquêteur : Tous les renseignements relatifs à l'assuré principal (qui est la personne dont le nom et le prénom sont inscrits sur la fiche adresse) sont impérativement inscrits sur la première ligne, que ce soit l'assuré principal qui réponde ou une autre personne. Dans la mesure du possible et pour éviter d'oublier une personne dans le foyer, recenser les autres personnes du foyer par âge décroissant.

19	20	21	22	23	24	25
<p>Quel est le lien de la personne avec l'assuré principal (qui se trouve sur la première ligne)</p> <p>1. conjoint, concubin 2. enfant 3. père, mère 4. frère, sœur 5. autre : précisez 6. n.s.p. 7. refus</p>	<p>La personne vit - elle en couple ACTUELLEMENT ?</p> <p>1. oui 2. non</p>	<p>Quel est l'état matrimonial LÉGAL de la personne (enquêteur : le concubinage ou la vie maritale ne sont pas une situation légale, relancer en citant tous les items)</p> <p>1. mariée ou remariée 2. divorcée 3. veuf/veuve 4. célibataire 5 (blanc) 6. pacs 7 (blanc) 8. nsp 9. refus</p>	<p>Des personnes du foyer sont-elles ABSENTES POUR PLUS D'UN MOIS ? (enquêteur : entourer le chiffre 1 sur la ligne des personnes absentes)</p>	<p>La personne a-t-elle été HOSPITALISÉE au cours des trois derniers mois ? y compris s'il s'agit d'une hospitalisation d'une journée ou de chirurgie ambulatoire *</p> <p>1. oui 2. non</p>	<p>Si oui combien de fois ?</p> <p>sortez le(s) questionnaire(s) rose(s)</p>	<p>Fréquente-t-elle un établissement spécialisé pour HANDICAPÉS ? (C'est-à-dire **)</p> <p>1. oui 2. non</p>
1 2 3 4 5 6 7	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1	1 2	□□□	1 2
1 2 3 4 5 6 7	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1	1 2	□□□	1 2
1 2 3 4 5 6 7	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1	1 2	□□□	1 2
1 2 3 4 5 6 7	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1	1 2	□□□	1 2
1 2 3 4 5 6 7	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1	1 2	□□□	1 2
1 2 3 4 5 6 7	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1	1 2	□□□	1 2
1 2 3 4 5 6 7	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1	1 2	□□□	1 2
1 2 3 4 5 6 7	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1	1 2	□□□	1 2
1 2 3 4 5 6 7	1 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1	1 2	□□□	1 2

32	33	34	35	36	37	38
Est-elle [à citer] : 1. fonctionnaire de l'Etat 2. fonctionnaire des collectivités locales (mairies, hôpitaux publics, conseils régionaux...) 3. salarié d'une entreprise publique ou contractuel de l'état 4. salarié agricole 5. salarié non fonctionnaire, non agricole (dont secteur privé)	Est-elle : 1. OS, manœuvre 2. ouvrier qualifié 3. employé 4. technicien, agent de maîtrise, profession intermédiaire 5. ingénieur, cadre, profession intellectuelle supérieure 6. n.s.p. 7. refus		De quel type est son contrat ? 1. à durée indéterminée (CDI) 2. à durée déterminée de 6 mois ou moins (CDD) 3. à durée déterminée de plus de 6 mois (CDD) 4. intérim 5. travail saisonnier 6. contrat aidé (type CES, CIE, CQ, emploi jeune,...) 7. autre, préciser.....	Craint-elle d'être obligée de cesser son activité professionnelle pour des raisons économiques d'ici un an ?	Combien d'heures travaille-t-elle par semaine hors trajet ?	Votre entreprise (ou administration) est-elle passée aux 35 heures ?
6. non salarié →	1. agriculteur exploitant 2. artisan 3. industriel, commerçant 4. profession libérale	Combien a-t-il de salariés ?	→	1. oui 2. non 3. n.s.p.		1. oui 2. non
Était-elle : 1. fonctionnaire de l'Etat 2. fonctionnaire des collectivités locales (mairies, hôpitaux publics, conseils régionaux...) 3. salarié d'une entreprise publique ou contractuel de l'état 4. salarié agricole 5. salarié non fonctionnaire, non agricole	1. os, manœuvre 2. ouvrier qualifié 3. employé 4. technicien, agent de maîtrise, profession intermédiaire 5. ingénieur, cadre, profession intellectuelle supérieure 6. n.s.p. 7. refus		passer à la personne suivante			
6. non salarié →	1. agriculteur exploitant 2. artisan 3. industriel, commerçant 4. profession libérale	nombre de salariés	passer à la personne suivante			
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7	|_|_|_|_|	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3	|_|_|_|_|	1 2
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7	|_|_|_|_|	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3	|_|_|_|_|	1 2
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7	|_|_|_|_|	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3	|_|_|_|_|	1 2
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7	|_|_|_|_|	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3	|_|_|_|_|	1 2
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7	|_|_|_|_|	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3	|_|_|_|_|	1 2
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7	|_|_|_|_|	1 2 3 4 5 6 7	1 2 3	|_|_|_|_|	1 2

(1) Avant de poser la question par personne, on pose la question pour le ménage (sauf si CMU oui en Q9 ou en Q10):

Q41.1 Actuellement, des personnes de votre foyer bénéficient-elles de la protection complémentaire de la CMU (ou couverture maladie universelle)?

Q42.1 L'année dernière, à la même époque, des personnes de foyer bénéficiaient-elles de la protection complémentaire de la CMU (ou couverture maladie universelle)?

Q43.1 Des personnes de votre foyer perçoivent-elles le REVENU MINIMUM D'INSERTION (R.M.I.)?

(2) Vous m'avez dit que (citer le prénom) ne bénéficiait pas de la CMU. Habituellement, les personnes qui disposent du RMI bénéficient automatiquement de la CMU pour eux-mêmes et leur famille. La CMU donne accès gratuitement au médecin et aux médicaments. Après réflexion, (citer le prénom) bénéficie-t-il (elle) de la CMU ?

39	40	41.2 (1)	42.2 (1)	43.2 (1)	44 (2)
Poursuit-elle actuellement des études ?	(Si non), jusqu'à quel niveau a-t-elle poursuivi ses études ? (Si oui), quel est son niveau d'études actuel ? 1. non scolarisé, jamais scolarisé 2. maternelle, primaire, CEP 3. premier cycle : 6e, 5e, 4e, 3e, technique jusqu'à CAP et BEP 4. second cycle : 2nde, 1re, Terminale, Bac Technique, Bac 5. études supérieures au Bac 6. autres, précisez	Si oui en Q41.1 Quelles sont toutes les personnes de votre foyer qui bénéficient de la protection complémentaire CMU?	Si oui en Q42.1 L'année dernière, à la même époque, la personne avait-elle la CMU ?	Si oui en Q43.1 Quelles personnes perçoivent le RMI ?	<i>[question de relance]</i> Si la personne a le RMI mais pas la CMU, après réflexion, bénéficie-t-elle de la CMU ?
1. oui		1. oui	1. oui	1. oui	1. oui, bénéficie de la CMU
2. non		2. non	2. non	2. non	2. non, ne bénéficie pas de la CMU
		3. n.s.p.	3. n.s.p.	3. n.s.p.	3. n.s.p.
1 2	1 2 3 4 5 6	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2	1 2 3 4 5 6	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2	1 2 3 4 5 6	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2	1 2 3 4 5 6	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2	1 2 3 4 5 6	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2	1 2 3 4 5 6	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2	1 2 3 4 5 6	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3
1 2	1 2 3 4 5 6	1 2 3	1 2 3	1 2 3	1 2 3

LE REGIME DE L'ASSURANCE MALADIE

REGIMES RATTACHES AU REGIME GENERAL	REGIMES NON RATTACHES AU REGIME GENERAL
1. Régime général des salariés 2. Fonctionnaires et ouvriers de l'Etat 3. Agents des collectivités locales 4. EDF-GDF 5. Étudiants 6.: Médecins, dentistes, auxiliaires médicaux conventionnés 7.: Assurés volontaires, assurés personnels 9. Adultes handicapés bénéficiant de l'allocation adulte handicapé (AAH) 10. Invalides de guerre 11.: Titulaires d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale 12. Régime local Alsace-Moselle 13.: Autre régime général (cultes, artistes...) : précisez <i>notez en clair dans la case</i>	15. Régime agricole ASA (salariés agricoles) 16. Régime agricole ASA + Alsace Moselle 17. Régime agricole AMEXA (exploitants agricoles) 18. Régime agricole AMEXA + Alsace Moselle 19.: Assurance Maladie des Professions Indépendantes (AMPI ou CANAM) telle que Artisans, commerçants, industriels, libéraux, médecins à honoraires libres 20 : SNCF, MINES, RATP 21 : Militaires de carrière 22 : Autres régimes particuliers, précisez <i>notez en clair dans la case</i> 23 : Etranger

45. La personne est-elle protégée par l'Assurance Maladie obligatoire de la Sécurité sociale...

... oui, car elle travaille, elle est retraité(e), étudiant(e), veuve de pensionné, invalide, bénéficiaire de la CMU	oui, car elle est AYANT-DROIT d'une personne qui vit avec elle, dans ce foyer	oui, car elle est AYANT-DROIT d'une personne ne vivant pas ici, avec elle	... non,
Quel est son régime ?	De qui est-elle ayant droit ? (n° d'ordre individuel)	Quel est son régime ?	On pose Q45.1
1 | | | | |	2 | | | |	3 | | | | |	4
1 | | | | |	2 | | | |	3 | | | | |	4
1 | | | | |	2 | | | |	3 | | | | |	4
1 | | | | |	2 | | | |	3 | | | | |	4
1 | | | | |	2 | | | |	3 | | | | |	4
1 | | | | |	2 | | | |	3 | | | | |	4
1 | | | | |	2 | | | |	3 | | | | |	4
1 | | | | |	2 | | | |	3 | | | | |	4

Q45.1 (si non en Q45)

Etes-vous bien sûr que (prénom) n'est pas protégé par l'assurance maladie obligatoire de la Sécurité sociale ?

- 1 Oui, je suis sûr qu'elle n'est pas protégée
 2 Non, elle est protégée

Q45.2 (si oui en Q45.1)

Pourquoi (prénom) n'est-il pas protégé ? (question ouverte)

MOTIFS DE PRISE EN CHARGE A 100 %, POUR TOUT OU PARTIE DES SOINS

**46. Etes - vous pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale, l'état ou le département ? oui / non
si oui, pour quels motifs est-il pris en charge à 100 % ? [ne pas citer, sauf si ne sait pas, alors relancer]**

1. Personne en incapacité permanente par suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ⇒ précisez la maladie
2. Titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une retraite ayant succédé à une pension d'invalidité ⇒ précisez la maladie
3. Pensionné malade ou blessé de guerre
4. Personne atteinte d'une maladie " de longue durée " ⇒ précisez laquelle ou lesquelles
5. Femme enceinte à partir du 1^{er} jour du 6^e mois
6. Enfant ou adulte handicapé
7. Régimes spéciaux assurant la gratuité des soins
8. R.M.I. (Revenu Minimum d'Insertion)
9. C.M.U (Couverture Maladie Universelle)
10. Autres ⇒ précisez lequel ou lesquels
11. Ne sait pas

46	47		
La personne est-elle prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale, l'état ou le département ? 1. oui 2. non 3. n.s.p.	Si oui, pour quel(s) MOTIF(S) ? <i>Si cette prise en charge est liée à une maladie ou à un autre motif non précisé dans la liste ci-dessus (codes 4 et 11), écrire le nom de cette maladie ou de cet autre motif</i>		
	motif 1	motif 2	motif 3
1 2 3	|_|_|	|_|_|	|_|_|
1 2 3	|_|_|	|_|_|	|_|_|
1 2 3	|_|_|	|_|_|	|_|_|
1 2 3	|_|_|	|_|_|	|_|_|
1 2 3	|_|_|	|_|_|	|_|_|
1 2 3	|_|_|	|_|_|	|_|_|
1 2 3	|_|_|	|_|_|	|_|_|
1 2 3	|_|_|	|_|_|	|_|_|
1 2 3	|_|_|	|_|_|	|_|_|
1 2 3	|_|_|	|_|_|	|_|_|
1 2 3	|_|_|	|_|_|	|_|_|

48. Quelqu'un dans votre foyer bénéficie-t-il d'une COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE MALADIE, c'est-à-dire d'une mutuelle, d'une assurance ou d'une caisse de prévoyance qui vous rembourse de vos soins médicaux en plus de la Sécurité sociale ?

- ₁ oui → Si oui, passez à la question 50
 ₂ non → Si non et pas CMU passez à la question 51
 ₃ ne sait pas →

49. A poser si c'est un ménage CMU et qu'il déclare ne pas avoir de couverture complémentaire (Non en Q48) : Vous avez déclaré qu'au moins une personne de votre foyer bénéficie de la CMU complémentaire. Normalement toute personne ayant la CMU complémentaire a automatiquement une protection complémentaire qui vient en complément des remboursements de la Sécurité sociale et qui permet d'avoir des soins gratuits. Cette complémentaire est obtenue soit par la Sécurité sociale, soit par une mutuelle ou une assurance. Ce devrait être votre cas.

- ₁ oui, a bien une complémentaire → Si oui, passez à la question 50
 ₂ non, n'en n'a pas → Si non passez à la question 51

50. Nous allons maintenant parler plus précisément des différentes couvertures complémentaires maladie qui existent dans votre foyer

Affichage si ménage CMU : " y compris celles obtenues au titre de la CMU. En effet, vous m'avez déclaré qu'au moins une personne bénéficiait de la CMU complémentaire. La CMU complémentaire donne normalement automatiquement accès à une couverture complémentaire "

50.1 : Citez moi tous les organismes auprès desquels vous-même ou d'autres personnes de votre foyer avez une couverture complémentaire maladie.

A citer parmi une liste des 23 mutuelles, assurances ou caisse de prévoyance (les plus fréquemment rencontrées lors de l'enquête ESPS 2000).

+ la CPAM (pour la CMU)

+ un item « autres » pour les complémentaires n'appartenant pas à la liste.

Q50.2 (si q50.1 = autres)

Quels sont les noms et les adresses de cet organisme ? (sigle et nom complet, adresse ville et code postal)

POUR CHAQUE COMPLEMENTAIRE DECLAREE EN Q50.1

50.3 Quelle est la personne qui est assurée à cette complémentaire, c'est-à-dire qui a souscrit le contrat ?

je ne parle pas des personnes couvertes par cette couverture complémentaire mais bien la personne assurée

50.4 Si ménage CMU : Cette personne est-elle assurée par l'intermédiaire de la CMU ?

- ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

50.5 (Si oui en Q50.4)

Avant d'avoir la CMU, (prénom de l'assuré) avait-il une mutuelle ou une assurance santé ?

- ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

50.5 Cette personne est-elle assurée par l'intermédiaire de son entreprise ?

- ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

50.6 Quelles sont les personnes qui bénéficient de cette couverture complémentaire ? (y compris l'assuré)

Liste des personnes du ménage + possibilités de personnes hors foyer.

50.7 Enquêteur : voulez-vous RAJOUTER une mutuelle qui n'aurait pas été déclarée précédemment ?

- car elle a été oubliée

- ou une mutuelle déjà citée pour une autre personne assurée.

- ₁ oui, je rajoute (on repart à la Q50.1)
 ₂ non, je continue normalement (le questionnaire continue de se dérouler)

(Cette question a été introduite pour récupérer des contrats de couvertures complémentaires non citées en Q50.1)

**Après un bilan des personnes qui ne sont pas couvertes par une couverture complémentaire :
si au moins une personne du ménage ne bénéficie pas d'une couverture complémentaire ;
Si aucune personne du ménage ne bénéficie d'une couverture complémentaire (Question Bis)**

Pour chaque personne non couverte par une complémentaire :

Q51. Etes-vous bien sûr que la personne n'est pas couverte par une mutuelle ?

- oui, il n'est pas couvert (aller en Q53)
 non, il est couvert (aller en Q52)

Q52. Diriez-vous que ?

1. elle est peut-être ayant droit de quelqu'un du ménage
 2. elle est peut-être ayant droit de quelqu'un d'autre
 3. assurée lui même à une mutuelle, *donnez un questionnaire jaune aller en Q56*
 4. autre, précisez

Q53. Pourquoi n'est-elle pas couverte par une mutuelle ?

ou 53.bis Pour quelles raisons aucune personne de votre foyer n'est assurée par une couverture complémentaire ?
(plusieurs réponses possibles)

[Ne pas suggérer]

1. pas malade, en bonne santé
 2. est pris en charge à 100 % par la CMU ou RMI
 3. est pris en charge à 100 % pour autres motifs
 4. raisons financières
 5. est en cours d'adhésion
 6. autre, *précisez*

Q54. A-t-elle déjà été protégée par une couverture complémentaire auparavant ?

ou 54.bis Quelqu'un de votre foyer a-t-il déjà été protégé par une couverture complémentaire auparavant ?

1. oui (*allez à la Q55*)
 2. non (*allez à la Q56*)
 3 n.s.p.

Q55. A quelle occasion a-t-elle perdu cette couverture complémentaire ?

ou 55bis. A quelle occasion cette ou ces personnes ont-elles perdu cette couverture complémentaire ?
(plusieurs réponses possibles)

[Ne pas suggérer]

1. étudiant changeant de statut
 2. cessation d'activité due au chômage
 3. cessation d'activité due à la retraite
 4. changement d'emploi
 5. prise en charge à 100 % par la CMU ou le RMI
 6. prise en charge à 100 % pour d'autres motifs
 7. problèmes financiers
 8. autre, *précisez*

Voici maintenant 3 questions simples sur votre état de santé général

56. Comment est votre état de santé général ? Diriez vous qu'il est...

- 1 très bon 2 bon 3 moyen 4 mauvais 5 très mauvais 6 sans opinion

57. Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ?

- 1 oui 2 non 3 ne sait pas

58. Etes vous limité(e) depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?

- 1 oui 2 non 3 ne sait pas

59. Un médecin a-t-il déjà dit que l'un des membres de votre foyer ou vous-même aviez un diabète ?

- 1 oui 2 non 3 ne sait pas

59.1 Si oui, de qui s'agit-il ? Liste des prénoms

(Question filtre permettant l'envoi d'un questionnaire spécifique sur le diabète)

DEUXIEME VISITE et 3° et 4° appel

3° appel

Voici maintenant quelques questions vous concernant personnellement.

60. Connaissez la carte vitale ?

1 oui 2 non

60.1 Si non, la carte vitale a remplacé la carte de sécurité sociale en papier. C'est une carte à puce, comme une carte de crédit. Elle est de couleur verte.

61. Au cours des 12 derniers mois, avez vous utilisé, pour vous même, votre carte vitale ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas

62. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté, pour vous même, un médecin généraliste ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas

Si oui en Q61 et Q62 :

62.1 Si oui, la dernière fois, avez-vous utilisé votre carte vitale ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas

62.2 Si non, pour quelles raisons n'avez-vous pas utilisé votre carte vitale ? (enquêteur ne rien suggérer)

plusieurs réponses possibles

1 Mon médecin ne la prend pas, mon médecin n'est pas équipé

2 Pas besoin, pas utile

3 A oublié sa carte vitale

4 A perdu sa carte vitale, n'a plus sa carte

5 N'a jamais eu la carte vitale

6 Autres, précisez

7 Ne sait pas

63. Il est envisagé d'enregistrer sur la carte vitale des éléments concernant votre santé tels que les allergies, les maladies chroniques, certains traitements, les vaccinations. Seuls les professionnels de santé pourraient les consulter.

Accepteriez-vous que ces informations figurent sur votre carte ?

1 oui, la totalité 2 oui, mais une partie 3 non

64. Au cours des 12 derniers mois, en dehors d'une urgence, avez vous consulté un médecin à l'hôpital public, je parle bien d'un hôpital public et non d'une clinique privée ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas

64.1 Si oui, pourquoi avoir choisi un médecin d'un hôpital public plutôt qu'un médecin exerçant en ville ou en clinique privée ?

(enquêteur ne rien suggérer) plusieurs réponses possibles

1 Sur les conseils d'un médecin

2 Pour voir mon médecin traitant habituel

3 j'ai plus confiance, la qualité est meilleure

4 C'est plus proche

5 C'est moins cher

6 Je travaille dans cet hôpital ou je connais une personne qui y travaille

7 Pour voir un médecin renommé

8 Pour faire un examen spécifique

9 Autres, précisez

10 Ne sait pas

65. Connaissez-vous l'expression " médicament générique " ?

1 oui 2 non

65. bis Je vous rappelle qu'il s'agit d'un médicament similaire à un médicament qui a été découvert depuis plus de 20 ans. Il porte un nom différent et est moins cher que le produit d'origine.

66. Un médecin vous a-t-il déjà prescrit, pour vous même, un médicament générique ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas

66.1 Si oui, l'a-t-il fait en remplacement d'un traitement que vous aviez l'habitude de prendre ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas

67. Le pharmacien vous a-t-il déjà proposé de remplacer un médicament, prescrit par votre médecin, par un médicament générique ?

1 oui 2 non 3 ne sait pas

67.1 Si oui, avez-vous accepté ? ₁ oui, toujours ₂ oui, mais pas toujours ₃ non, jamais ₄ ne sait pas

67.2 (si Q67.1=2,3) Lorsque vous n'avez pas accepté, pourquoi ? (enquêteur ne rien suggérer) plusieurs réponses possibles

- ₁ Habitué à son médicament
- ₂ Allergie, intolérance
- ₃ Pas confiance
- ₄ Pas la même efficacité
- ₅ Autre, précisez:
- ₆ Ne sait pas

68. Au cours des 12 derniers mois, vous est - il arrivé de demander, pour vous-même, à votre médecin de la rééducation ou de la kinésithérapie dont vous aviez besoin ?

₁ oui ₂ non ₃ refus ₄ ne sait pas

68.1 si oui, combien de séances vous a-t-il prescrit ? ₁ Aucune, il a refusé ₂ 5 et moins ₃ 6 à 10 ₄ 11 et plus ₅ ne sait pas

68.2 c'était pour quel problème de santé ?

69. Au cours des 12 derniers mois, vous est - il arrivé de demander à votre médecin un arrêt de travail de plus de 3 jours, dont vous aviez besoin ?

₁ oui ₂ non ₃ refus ₄ ne sait pas

69.1 Pour quel motif ?

70. La vision que les gens ont de le ur avenir influe sur le ur état de santé, nous allons tenter de mesurer votre opinion sur l'avenir.

Si vous aviez le choix, préféreriez vous

- ₁ toucher avec certitude un chèque de 1 000 euros (6 500 francs) maintenant ou
- ₂ toucher avec certitude un chèque de 1 500 euros (10 000 francs) dans 2 ans

De la même manière, préféreriez vous ?

- ₁ toucher avec certitude un chèque de 1 000 euros (6 500 francs) dans 5 ans ou
- ₂ toucher avec certitude un chèque de 1 500 euros (10 000 francs) dans 7 ans

4^e appel

71. En dehors des consultations, des médicaments ou d'autres soins de santé courants, faites-vous quelque chose régulièrement dans le but d'entretenir ou d'améliorer votre santé ?

₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

71.1 Si oui, que faites-vous ? (enquêteur ne rien suggérer)

- ₁ Alimentation saine, équilibrée
- ₂ Marche à pied
- ₃ Sport
- ₄ Autre, précisez :
- ₅ ne sait pas

72. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu recours, pour des problèmes de santé, à un ostéopathe, un chiropracteur ou chiropraticien ? ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

72.1 Si oui, la dernière fois, s'agissait-il ?

₁ d'un médecin ₂ d'un kinésithérapeute ₃ d'un autre professionnel, précisez

72.2 , la sécurité sociale vous a-t-elle remboursée tout ou partie de ces soins ?

₁ oui, tout ou partie ₂ non ₃ ne sait pas

73. Lors de votre dernière rencontre avec votre généraliste, lui avez-vous demandé de rajouter sur votre ordonnance un ou plusieurs médicaments ?

₁ oui, un ou plusieurs ₂ non, aucun

73.1 Si oui, était-ce :

parce que vous en aviez besoin pour un traitement continu	<input type="checkbox"/> ₁ oui,	<input type="checkbox"/> ₂ non
parce que vous en aviez besoin pour un traitement occasionnel	<input type="checkbox"/> ₁ oui	<input type="checkbox"/> ₂ non
parce que vous souhaitiez vous faire rembourser un médicament déjà acquis	<input type="checkbox"/> ₁ oui	<input type="checkbox"/> ₂ non
pour une autre raison, ↓	<input type="checkbox"/> ₁ oui	<input type="checkbox"/> ₂ non

précisez

73.2 Si oui, pour chaque item, pour quels troubles de santé était destiné ce (ou ces) médicament(s) ? .

74. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté, pour vous même, un ophtalmologue ?

- ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

74.1 Si oui, êtes vous très satisfait, plutôt satisfait, peu satisfait ou pas du tout satisfait des délais pour obtenir un rendez-vous avec lui ?

- ₁ très satisfait
 ₂ plutôt satisfait
 ₃ indifférent
 ₄ peu satisfait
 ₅ pas du tout satisfait

74.2 En général, de combien de temps est ce délai ?

- ₁ moins d'une semaine
 ₂ 1 à 2 semaines
 ₃ 3, 4 semaines ou 1 mois
 ₄ 2 à 3 mois
 ₅ 4 mois ou plus

75. Connaissez-vous le principe du médecin référent ou du contrat de suivi médical avec un médecin généraliste ?

- ₁ oui ₂ non *Si non, passez directement à la question 77*

76. Si oui, depuis janvier 1999, avez-vous signé un contrat de suivi médical avec un médecin généraliste ?

- ₁ oui **76.1** ⇒ **Si oui, quelle est la date de la signature du dernier contrat (mois et année) ?** _ _ / _ _ _ _

- ₂ non **76.2** ⇒ **Si non, pour quelles raisons n'avez-vous pas signé de contrat de suivi médical ?**

(plusieurs réponses possibles) A lire en aléatoire

- ₁ Mon médecin me l'a proposé mais j'ai refusé
 ₂ Aucun médecin ne me l'a proposé
 ₃ J'ai demandé à mon médecin, il a refusé
 ₄ je ne suis pas intéressé
 ₅ autre raison, précisez :
 ₆ ne sait pas

77. De quelle situation votre foyer est-il le plus proche ? A lire en aléatoire

- ₁ Nous ne mangeons pas assez bien pour être en bonne santé
 ₂ Nous mangeons assez bien pour être en bonne santé

77.1 Si oui en 1, est ce pour des raisons financières ? ₁ oui ₂ non ₃ refus

78. La Sécurité sociale mène des actions de prévention auprès de la population, le saviez-vous ?

- ₁ oui ₂ non

78.1 Si oui, avez-vous un exemple en tête ?

- ₁ oui ₂ non

78.2 Si oui, lequel ?

79. Trouvez - vous normal que la Sécurité sociale assure ce rôle de prévention en plus du remboursement de vos prestations ?

- ₁ oui ₂ non ₃ sans opinion

80. Etes-vous de nationalité française ?

- ₁ oui ₂ non ₃ refus

⇒Quelle est votre nationalité ? (en clair)

Depuis quelle année êtes-vous en France ? | _ | _ | _ | _ |

La protection sociale étant liée au niveau de revenu, nous allons maintenant vous poser quelques questions sur les revenus de votre foyer.

80. Dans votre foyer, quelqu'un, y compris vous-même, touche-t-il ...

- 1. des revenus salariés → 1 oui 2 non 3 Ne sait pas
- 2. des revenus agricoles, des bénéfiques industriels et commerciaux (BIC), des bénéfiques non commerciaux (BNC) → 1 oui 2 non 3 Ne sait pas
- 3. des pensions de retraite (y compris pension de reversion) → 1 oui 2 non 3 Ne sait pas
- 4. des allocations chômage (y compris ASS (allocation de solidarité spécifique)) → 1 oui 2 non 3 Ne sait pas

81. Parlons maintenant des prestations familiales liées aux enfants ?

Afficher : A la cmu

Votre foyer perçoit-il

- 1. des allocations familiales ? → 1 oui 2 non 3 Ne sait pas 4 pas d'enfants, plus d'enfants ou pas de grossesse
- 2. l'allocation pour jeune enfant (APJE) → 1 oui 2 non 3 Ne sait pas
- 3. l'allocation parentale d'éducation (APE) ? → 1 oui 2 non 3 Ne sait pas
- 4. l'allocation pour parent isolé (API) ? 1 oui 2 non 3 Ne sait pas

82. Certaines personnes de votre foyer, y compris vous-même, perçoivent-elles d'autres prestations, d'autres allocations, aides diverses telles que :

Afficher : A la cmu

- 1. le RMI (revenu minimum d'insertion) → 1 oui 2 non 3 Ne sait pas
- 2. une prestation relative à une invalidité ou à un handicap (pension d'invalidité, minimum invalidité, AAH (allocation pour adulte handicapé), AES (allocation d'éducation spéciale)) → 1 oui 2 non 3 Ne sait pas
- 3. des rentes accident du travail et maladie professionnelle → 1 oui 2 non 3 Ne sait pas
- 4. le minimum vieillesse → 1 oui 2 non 3 Ne sait pas
- 5. une prestation dépendance (psd ou apa) → 1 oui 2 non 3 Ne sait pas
- 6. des aides financières au logement → 1 oui 2 non 3 Ne sait pas
- 7. autres (dont allocation veuvage, congés maladie de longue durée, ...), → 1 oui 2 non si oui précisez

83. Votre foyer a-t-il d'autres sources de revenus comme par exemple des loyers, d'autres pensions, des revenus financiers,

- 1 oui 2 non 3 Ne sait pas

84. Quel est le montant net pour tout le foyer ...

..... par mois, par an en francs, en euros

- ⇒ Filtrer si oui à la **Q80.1** : ajouter dans l'intitulé de la question 84, " des revenus salariés y compris les 13^e mois, primes, ... ? "
- ⇒ Filtrer si oui à la **80.2** : ajouter dans l'intitulé de la question 84 " des revenus agricoles, des bénéfiques industriels et commerciaux (BIC), des bénéfiques non commerciaux (BNC) "
- ⇒ Filtrer si oui à la **80.3** : ajouter dans l'intitulé de la question 84 " des pensions de retraite (y compris pension de reversion) "
- ⇒ Filtrer si oui à la **80.4** : ajouter dans l'intitulé de la question 84 " des allocations chômage (y compris ASS (allocation de solidarité spécifique) "
- ⇒ Si ne sait pas, aller en Q87 si refus aller en Q88

80. Vous percevez " filtrer selon oui en 81, 82.1, 82.2, 82.4, 82.5 82.6 ", ces prestations sont versées par la CAF ou caisse d'allocation familiale, quel est le montant global perçu ?

par mois, par an en francs, en euros

- ⇒ Si ne sait pas, aller en Q87 si refus aller en Q88

85. Quel est le montant net pour tout le foyer des rentes accident du travail et maladie professionnelle

- ⇒ Filtrer si oui à la **Q82.3**

par mois, par an en francs, en euros

- ⇒ Si ne sait pas, aller en Q87 si refus aller en Q88

86. Quel est le montant net pour tout le foyer des autres sources de revenus (loyers, pensions, revenus financiers)

- ⇒ Filtrer si oui à la **83**

par mois, par an en francs, en euros

- ⇒ Si ne sait pas, aller en Q87 si refus aller en Q88

87. si ne sait pas : Vous ne connaissez pas le détail de vos revenus, il est peut-être plus facile pour vous de nous donner le montant net global de l'ensemble des revenus du foyer..... par mois, par an en francs, en euros

Si refus ou ne sait pas, je peux vous proposer des tranches de revenus. Pouvez - vous m'indiquer la fourchette correspondant à l'ensemble des revenus nets du foyer par mois ou par an ?

PAR MOIS	Entourez	PAR AN
moins de 2 600 francs	1	moins de 31 200 francs
de 2 600 à moins de 3 600 francs	2	de 31 200 à moins de 43 200 francs
de 3 600 à moins de 4 500 francs	3	de 42 000 à moins de 54 000 francs
de 4 500 à moins de 5 500 francs	4	de 54 000 à moins de 66 000 francs
de 5 500 à moins de 6 500 francs	5	de 66 000 à moins de 78 000 francs
de 6 500 à moins de 8 500 francs	6	de 78 000 à moins de 102 000 francs
de 8 500 à moins de 10 500 francs	7	de 102 000 à moins de 126 000 francs
de 10 500 à moins de 12 500 francs	8	de 126 000 à moins de 150 000 francs
de 12 500 à moins de 14 500 francs	9	de 150 000 à moins de 174 000 francs
de 14 500 à moins de 16 500 francs	10	de 174 000 à moins de 198 000 francs
de 16 500 à moins de 20 500 francs	11	de 198 000 à moins de 246 000 francs
de 20 500 à moins de 30 500 francs	12	de 246 000 à moins de 366 000 francs
plus de 30 500 francs	13	plus de 366 000 francs
refus	14	
ne sait pas	15	

ou en euros

PAR MOIS	Entourez	PAR AN
moins de 400 euros	1	moins de 4 800 euros
de 400 à moins de 550 euros	2	de 4 800 à moins de 6 600 euros
de 550 à moins de 690 euros	3	de 6 600 à moins de 8 200 euros
de 690 à moins de 840 euros	4	de 8 200 à moins de 10 000 euros
de 840 à moins de 990 euros	5	de 10 000 à moins de 11 900 euros
de 990 à moins de 1 300 euros	6	de 11 900 à moins de 15 500 euros
de 1 300 à moins de 1 600 euros	7	de 15 500 à moins de 19 200 euros
de 1 600 à moins de 1 900 euros	8	de 19 200 à moins de 22 900 euros
de 1 900 à moins de 2 200 euros	9	de 22 900 à moins de 26 500 euros
de 2 200 à moins de 2 500 euros	10	de 26 500 à moins de 30 200 euros
de 2 500 à moins de 3 100 euros	11	de 30 200 à moins de 37 500 euros
de 3 100 à moins de 4 600 euros	12	de 37 500 à moins de 55 800 euros
plus de 4 600 euros	13	plus de 55 800 euros
refus	14	
ne sait pas	15	

89. Avez-vous des observations ou des commentaires à faire au sujet de cette enquête ?

.....
.....

2.4 Le carnet de soins

Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2002

<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="8">NO</td> </tr> </table>									NO							
NO																

<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td>Année</td><td>Vague</td><td>Mode d'enquête</td><td></td><td></td> </tr> </table>						Année	Vague	Mode d'enquête		
Année	Vague	Mode d'enquête								

**CARNET DE SOINS
DU MÉNAGE**

LES SOINS DE SANTÉ DE L'ENSEMBLE DU MÉNAGE PENDANT 30 JOURS

Du :

Au :

Vous avez vu un **MÉDECIN**,
un **DENTISTE**, une **SAGE-FEMME**
ou effectué des **RADIOS** ou **EXAMENS**.

Notez vos consultations, vos visites,
vos soins ou examens y compris ceux
réalisés au cours d'une consultation ou
d'une visite :

- radiographie,
- échographie,
- scanner,
- frottis,
- électrocardiogramme,
- audiogramme,
- etc.

MÉDECIN, DENTISTE OU SAGE-FEMME

Vous avez vu un **AUTRE
PROFESSIONNEL DE SANTÉ**
ou fait des **ANALYSES** :

- infirmier,
- kinésithérapeute,
- orthophoniste,
- analyse de sang,
- analyse d'urine,
- etc.

INFIRMIER, KINÉ, ANALYSE...

Vous avez **ACHETÉ** ou **LOUÉ** :

- des lunettes,
- des prothèses auditives,
- des collants à varices,
- du matériel médicalisé (déambulateur,
cannes, fauteuil roulant, lit médicalisé,
nébulisateur, couches d'incontinence,
« tire-lait »...),
- etc.

ACQUISITION (hors médicaments)

Vous avez été **HOSPITALISÉ** :

Notez toutes les hospitalisations
y compris les hospitalisations
d'une journée ou moins (par exemple
pour opération de la cataracte,
chimiothérapie, endoscopie...).

HOSPITALISATION

QUE DEVEZ-VOUS NOTER SUR CE CARNET ? DURANT LES 30 JOURS DE RELEVÉ

Inscrivez chaque jour, pour vous-même et chaque personne vivant avec vous,
tous les soins de santé et toutes les acquisitions autres que des médicaments, gratuits ou payants, remboursés ou non, prescrits ou non.

Pour chacun des soins ou des acquisitions, précisez la maladie ou le motif qui en est à l'origine. Indiquez qui vous a conseillé ou prescrit cette séance ou cette acquisition.

Si vous avez eu plusieurs séances identiques et répétitives (exemple : 10 séances de kinésithérapie), au cours des 30 jours, vous pouvez les noter sur une seule ligne en indiquant le nombre de séances.

Inscrivez également si vous avez payé quelque chose et le montant de votre paiement :

Nous cherchons à savoir ce que vous avez réellement réglé, sous forme d'argent liquide, de Carte Bleue ou de chèque, pour ces soins et ces acquisitions :

- La somme à inscrire est celle que vous avez vous-même payée (au médecin, au dentiste, à l'infirmière, au pharmacien ou à l'opticien...), même si cette somme vous est remboursée par la suite ou si elle ne représente qu'une partie du coût total (par exemple si vous avez bénéficié du tiers payant).
- Certaines personnes prises en charge à 100 % pour diverses raisons, peuvent ne rien déboursier ; notez alors que vous n'avez rien payé et précisez la raison de ce paiement nul.
- Si certains soins ont commencé avant le début de l'enquête et que vous devez les régler durant le mois, notez ce que vous avez payé au total mais n'inscrivez que les soins réalisés durant ce mois.

Si, durant les 30 jours de relevé, aucune personne du ménage

- **n'a vu de médecin ou de dentiste**, ou fait d'examens, notez en travers de la première page « Médecin, dentiste ou sage-femme » : **PAS DE SOINS**
- **n'a vu d'autres professionnels de santé**, ou fait d'analyse, notez en travers de la page « Infirmier, kiné, analyse... » : **PAS DE SOINS**
- **n'a acquis de produits**, matériels etc., notez en travers de la page « Acquisition (hors médicaments) » : **PAS D'ACHATS**
- **n'a été hospitalisé**, notez en travers de la page « Hospitalisation » : **PAS D'HOSPITALISATION**

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue **d'intérêt général** sans avoir de caractère obligatoire.
Label n° 2002X706AU du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2002.
En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées au CREDES.
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête.
Elle garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant.
Ce droit peut être exercé auprès de ISL, 6 rue du 4 septembre 92130 Issy les Moulineaux.

DATE jour/mois	PRÉNOM	LIEU DES SOINS A : cabinet du médecin B : chez vous C : hôpital public D : hôpital privé E : clinique F : autre, précisez	QUELS SOINS OU EXAMENS VOUS A-T-ON FAITS ? une consultation, un électro-cardiogramme, une radio du genou, etc.	QUI LES A FAITS ? un généraliste, un spécialiste, précisez sa spécialité une sage-femme, un dentiste, etc.	POUR QUELLE MALADIE ? (précisez laquelle) OU POUR QUEL MOTIF ? précisez lequel, par exemple : grossesse, accident, contraception, vaccination, prévention...	QUI VOUS A CONSEILLÉ CETTE SÉANCE ? A : personne B : le même médecin qui m'a demandé de revenir C : un généraliste D : un spécialiste, précisez sa spécialité E : autre (dentiste, ami...), précisez	VOUS A-T-ON PRESCRIT UN ARRÊT DE TRAVAIL ? oui/non	AVEZ-VOUS PAYÉ QUELQUE CHOSE ? A : oui, la totalité B : oui, mais une partie seulement, précisez pourquoi C : non, précisez pourquoi	SI OUI, COMBIEN AVEZ- VOUS PAYÉ ? (en euros)
-------------------	--------	---	--	---	--	---	--	---	---

Exemples ↓

26/02	Florence	A	prélèvement de gorge	généraliste	angine	E : mon mari	oui	A	20 €
3/03	Sébastien	C : hôpital public	radio des poumons	radiologue	toux	d : pneumologue	non	C : cmu	0 €

Exemple de l'enquête ↓

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Commencez à noter ci-dessous vos consultations, visites, examens, soins... ↓

2.6 Le questionnaire hospitalisation

9. Principal motif d'hospitalisation :

- ₁ grossesse, accouchement
- ₂ maladie, *laquelle*
- ₃ examen ou mise en observation, *précisez la maladie*

Accident de la circulation

₄ dans le cadre professionnel

₅ dans le cadre privé

Accident de la vie courante

₆ accident domestique

₇ accident scolaire

₈ accident sportif

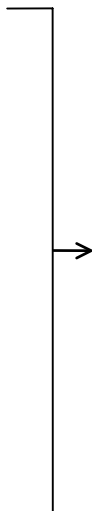
₉ autre accident de la vie courante

Autre accident

₁₀ accident au cours du travail

₁₁ autre accident

₁₂ autre motif, *précisez*



→ Pour les accidents, précisez la nature de la blessure
ou du traumatisme

.....

.....

.....

10. Y-a-t-il eu intervention(s) chirurgicale(s) ? ₁ oui ₂ non

Si oui, *laquelle ou lesquelles* ?

11. Dans l'ensemble, qu'avez-vous pensé de l'accueil que vous ont réservé le personnel administratif, le personnel soignant et les médecins ?

- ₁ très satisfaisant ₂ satisfaisant ₃ peu satisfaisant ₄ médiocre

12. Si vous deviez à nouveau être hospitalisé, reviendriez-vous dans cet établissement ?

- ₁ oui ₂ non

13. Recommanderiez-vous cet établissement à un ami ?

- ₁ oui ₂ non

14. Si cette hospitalisation s'est répétée plusieurs fois au cours des trois derniers mois, indiquez le nombre de fois où vous avez été hospitalisé

(même établissement, même motif, même durée, par exemple pour une dialyse ou pour une chimiothérapie) : |__|__|

2.7 Le questionnaire diabète

2		
Année	Vague	Mode d'enquête

QUESTIONNAIRE DIABETE

N° adresse	N° individuel
Prénom :	

Il serait préférable que la personne dont le prénom figure ci-dessus remplisse ce questionnaire. Si cela n'est pas possible (cas des enfants par exemple), une autre personne du foyer peut le remplir à sa place. Dans tous les cas, indiquez ci-dessous le prénom de la personne qui remplit le questionnaire.

Prénom de la personne qui remplit ce questionnaire :

D'après les réponses aux questions que nous avons posées concernant toutes les personnes de votre foyer, il semble qu'un médecin vous ai déjà dit que vous aviez un diabète.

1. Est-ce exact ?

- ₁ oui
₂ non ⇒ Si non, aller à la question 22

2. Si oui, il y a combien d'années qu'un médecin vous a dit, pour la première fois, que vous aviez un diabète ? . |__|__| ans

3. Au cours de quelles circonstances a-t-on découvert votre diabète ?

- ₁ parce que vous aviez tout le temps soif, et/ou tout le temps envie d'uriner et/ou maigri
₂ parce que vous avez fait un malaise ou un coma
₃ parce que vous aviez un problème au niveau du cœur, des artères, des reins, des nerfs ou des yeux
₄ au cours ou après une grossesse ⇒ **persiste-t-il actuellement ?** ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas
₅ sur une analyse de sang ou d'urine effectuée pour une autre raison ou en médecine du travail
₆ autres, précisez :

4. Actuellement êtes-vous traité(e) pour le diabète par comprimés ? ₁ oui ₂ non

↪ Si oui, depuis combien d'années ? |__|__| ans

5. Actuellement êtes-vous traité(e) par injections d'insuline ? ₁ oui ₂ non

↪ Si oui, depuis combien d'années ? |__|__| ans

6. Vous a-t-on donné, par écrit, un régime alimentaire ou des conseils pour votre alimentation à cause de votre diabète ?

- ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

7. Votre médecin vous a-t-il demandé de faire de l'exercice physique ?

- ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

8. Avez-vous déjà entendu parler de l'hémoglobine glyquée, encore appelée HbA1c ?

- ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

9. Avez-vous déjà fait un dosage de l'hémoglobine glyquée ?

- ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

↪ Si oui, de quand date votre dernier dosage d'hémoglobine glyquée ? |__|__| |__|__|__|__|
mois année

↪ Si oui, connaissez-vous votre dernier résultat d'hémoglobine glyquée ? ₁ oui ₂ non

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue **d'intérêt général** sans avoir de caractère obligatoire. Label n° 2002X706AU du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2002.
En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées au CREDES.
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête.
Elle garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de ISL, 6 rue du 4 septembre 92130 Issy les Moulineaux.

2.8 Le questionnaire couverture complémentaire

Année 2	Vague	Mode d'enquête
------------	-------	-------------------

QUESTIONNAIRE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE
--

N° adresse

MUTUELLE OU ASSURANCE : N°
(zone réservée au chiffrement)

Code CC : | | | | | | | | | |
(zone réservée au chiffrement)

Prénoms des personnes protégées : Nom, adresse et ville de la mutuelle ou assurance :
--

Il serait préférable que l'assuré, c'est-à-dire la personne qui a souscrit le contrat, remplisse ce questionnaire. Si cela n'est pas possible, une autre personne peut le remplir à sa place. Dans tous les cas, indiquez ci-dessous le prénom de la personne qui le remplit.

1. Prénom de la personne qui remplit ce questionnaire : [] nind

2. Si le nom et l'adresse de la mutuelle ou de l'assurance reportés ci-dessus sont inexacts ou incomplets, veuillez noter ci-dessous le nom correct ou l'adresse correcte :

NOM DE LA MUTUELLE OU ASSURANCE :

ADRESSE DE LA MUTUELLE OU ASSURANCE :

VILLE :

3. Si d'autres personnes que celles notées dans le cadre ci-dessus sont protégées par cette couverture complémentaire, notez leur prénom ci-après. En revanche, si des personnes sont notées à tort, les barrer dans le cadre ci-dessus.

.....

4. Comment l'assuré, c'est-à-dire la personne qui a souscrit le contrat, a-t-il obtenu cette mutuelle ou assurance ?

• L'assuré est salarié ⇒ 1 par son entreprise actuelle ou son administration ; elle est.... 1 obligatoire 2 facultative
 2 par ses propres moyens, par une démarche personnelle

• L'assuré est non salarié ⇒ 3 par son milieu professionnel (loi Madelin, ...)
 4 par ses propres moyens, par une démarche personnelle

• L'assuré est retraité, veuf ⇒ 5 a conservé celle de son ancienne entreprise (ou celle de son conjoint décédé)
 6 par ses propres moyens, par une démarche personnelle

• L'assuré est étudiant ⇒ 7 par son école, son université, sa fac, ... (mutuelle étudiante)
 8 sans lien avec le milieu universitaire

• Autre situation (chômeur, au foyer...) ⇒ 9 par ses propres moyens, par une démarche personnelle
 10 autres, précisez [] aut1

5. Les cotisations pour cette mutuelle (ou assurance) sont payées par...

1 l'assuré lui-même (y compris en cas de prélèvement sur le salaire)


2 l'assuré et son employeur/comité d'entreprise (CE)

3 l'employeur/CE seulement

4 autre, précisez :

5 ne sait pas

[] aut2

Tournez la page 

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue **d'intérêt général** sans avoir de caractère obligatoire. Label n° 2002X706AU du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2002.
En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées au CREDES.
La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête.
Elle garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de ISL, 6 rue du 4 septembre 92130 Issy les Moulineaux.

6. Pour chacun des soins suivants, comment cette couverture complémentaire rembourse-t-elle la part qui n'est pas prise en charge par le régime de la Sécurité sociale ?

	lunettes	prothèses dentaires	soins de spécialistes	forfait hospitalier
très bien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
bien	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
moyennement	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
très mal	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
pas du tout	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
ne sait pas	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7

7. Compte tenu des remboursements auxquels vous avez droit, les cotisations payées pour ce contrat maladie vous paraissent-elles ?

- 1 très chères 2 plutôt chères 3 plutôt peu chères 4 peu chères 5 ne sait pas

8. L'année dernière, à la même époque, l'assuré était-il déjà protégé par une mutuelle (ou assurance) ?

- 1 oui, déjà par cette mutuelle (ou assurance)
 2 oui, mais par une autre mutuelle (ou assurance) ⇒ 9. Pourquoi a-t-il changé ?
 3 non

Cette partie du questionnaire est destinée à déterminer le niveau de couverture complémentaire maladie dont disposent les personnes résidant en France. Aujourd'hui, cette information est mal connue et il est impossible d'évaluer la somme dépensée pour se soigner qui n'est remboursée, ni par l'Assurance Maladie, ni par les mutuelles ou les assurances. C'est pourquoi il est très important que vous répondiez aux questions qui suivent ; elles permettront de connaître vraiment les sommes engagées pour se soigner et qui restent à votre charge.

10. Si vous consultez un médecin SPECIALISTE pour une simple consultation et qu'il vous fait payer plus de 22,87 euros (150 francs), cette mutuelle ou cette assurance vous rembourse-t-elle la somme au-delà de 22,87 euros ? (cette somme supplémentaire correspond à des dépassements d'honoraires ou à des honoraires libres).

- 1 oui, en totalité 2 oui, en partie 3 non 4 ne sait pas

Le tarif d'une simple consultation de spécialiste, c'est-à-dire une consultation sans examen ou soin très particulier, est fixé par la Sécurité sociale à 22,87 euros (certains médecins ont arrondi à 23 euros).

Pour remplir la suite de ce questionnaire, il est utile d'avoir sous les yeux le contrat ou la notice explicative que vous a fourni cette mutuelle (ou assurance).

11. Pouvez-vous recopier exactement le niveau de remboursement proposé par cette mutuelle (ou cette assurance) pour les prothèses dentaires et les lunettes (monture et verres) :

*Exemples : 200 % du tarif de responsabilité sous déduction des prestations de la Sécurité sociale,
 100 % des frais réels, moins les remboursements de la Sécurité sociale, dans la limite de 250 % du tarif de convention, forfait de 50 euros
 5 % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)...*

- pour les prothèses dentaires :
- pour les lunettes (monture et verres) :

12. Quel est le nom de la formule, de l'option ou du contrat de votre mutuelle (ou assurance)?

2.9 Le questionnaire couverture complémentaire CMU

2
 Année Vague Mode
 d'enquête

**QUESTIONNAIRE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE
 CMU (Couverture maladie universelle)**

N° adresse

MUTUELLE OU ASSURANCE :

N°
 (zone réservée au chiffrage)

Code CC : | | | | | | | |
 (zone réservée au chiffrage)

Prénoms des personnes protégées :
Nom, adresse et ville de la mutuelle, assurance ou caisse de Sécurité sociale :

Il serait préférable que l'assuré, c'est-à-dire la personne qui a souscrit le contrat, remplisse ce questionnaire. Si cela n'est pas possible, une autre personne peut le remplir à sa place. Dans tous les cas, indiquez ci-dessous le prénom de la personne qui le remplit.

1. Prénom de la personne qui remplit ce questionnaire : nind

2. Si le nom et l'adresse de la mutuelle, de l'assurance ou caisse de Sécurité sociale reportés ci-dessus sont inexacts ou incomplets, veuillez noter ci-dessous le nom correct ou l'adresse correcte :

NOM de la mutuelle ou assurance ou caisse de Sécurité sociale :

ADRESSE :

VILLE :

3. Si d'autres personnes que celles notées dans le cadre ci-dessus sont protégées par cette couverture complémentaire, notez leur prénom ci-après. En revanche, si des personnes sont notées à tort, les barrer dans le cadre ci-dessus.

.....

4. Pour chacun des soins suivants, comment cette couverture complémentaire prend-elle en charge les soins suivants ?

	lunettes	prothèses dentaires	soins de spécialistes	forfait journalier
très bien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
bien	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
moyennement	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
très mal	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
pas du tout	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
ne sait pas	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7

5. L'année dernière, à la même époque, l'assuré était-il protégé par une mutuelle (ou une assurance) ?

- 1 oui, à la cmu
 2 oui, à une mutuelle par son entreprise
 3 oui, à une mutuelle prise par ses propres moyens
 4 non
 5 ne sait pas
- 1 oui, à la cmu
 2 oui, à une mutuelle par son entreprise
 3 oui, à une mutuelle prise par ses propres moyens
 4 non
 5 ne sait pas

6. Depuis que vous bénéficiez de la cmu, vous est-il arrivé de payer directement, une partie ou la totalité de vos soins ?

- 1 oui 2 non 3 ne sait pas

Vu l'avis favorable du Conseil National de l'Information Statistique, cette enquête est reconnue **d'intérêt général** sans avoir de caractère obligatoire.
 Label n° 2002X706AU du Conseil National de l'Information Statistique, valable pour l'année 2002.
 En application de la loi n°51-711 du 7 juin 1951, les réponses à ce questionnaire sont protégées par le secret statistique et destinées au CREDES.
 La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à la présente enquête.
 Elle garantit aux personnes physiques concernées un droit d'accès et de rectification pour les données les concernant. Ce droit peut être exercé auprès de ISL, 6 rue du 4 septembre 92130 Issy les Moulineaux.

Annexe 3

Résultats des tests

sur les nouvelles questions 2002

En 2002, les nouvelles questions du questionnaire principal qui risquaient de poser des problèmes de compréhension ont été testées.

Ce test a été réalisé au téléphone, auprès d'un échantillon représentatif de 500 personnes. 10 questions ont été testées dont certaines ont été posées en question ouverte de manière à relever des items cohérents, et pouvoir ainsi les introduire dans le questionnaire définitif

Les questions sur le recours aux urgences ont été bien comprises. Cependant, quand nous demandions « C'était pour qui ? », il semble qu'il y ait une confusion entre l'accompagnateur et le patient. Nous modifions donc la question « C'était pour soigner qui ? ». Nous ajoutons également l'item « Employeur, patron, collègue... » à la question « C'était sur les conseils de qui ? ».

La question « pourquoi n'avez-vous pas choisi d'aller voir un médecin en ville ? » était testé en ouvert. Cette question continuera à être posée en question ouverte sans aucune suggestion de l'enquêteur pour ne pas influencer les réponses et augmenter artificiellement la réponse « parce que c'était urgent ». Seules 8 personnes sur 49 répondent « parce que c'était urgent » ; si nous suggérons cette réponse tous la feront. Toutefois, l'enquêteur disposera de 2 réponses précodées : Week end ou Nuit, et Aucun médecin disponible.

La question sur la connaissance des actions de prévention de la Sécurité sociale a été bien comprise. Toutefois, il a été décidé de demander un exemple quand les personnes déclaraient connaître ces actions. L'ajout de cet exemple permettra d'approcher plus précisément le niveau de cette connaissance.

La 2^e partie de la question sur l'utilisation de la carte sésame vitale est inexploitable à l'issue du test car certaines personnes n'ont pas vu de professionnel de santé au cours des 12 derniers mois. Aussi nous avons décidé d'ajouter des questions filtres sur la consommation de soins. Pour ne pas trop alourdir ces questions, nous limitons notre questionnement au généraliste et au spécialiste. D'autre part, le précodage de la question ouverte sur le motif de non utilisation de la carte vitale a été restreint à 6 items (mon médecin ne la prend pas, n'est pas équipé ; pas besoin, pas utile ; a oublié sa carte vitale ; a perdu sa carte vitale, n'a plus sa carte ; n'a jamais eu la carte vitale ; autres, précisez). Par ailleurs, il a été décidé que les réponses à la question d'opinion concernant l'inscription des maladies sur la carte vitale seraient présentées à l'enquête de manière aléatoire.

À la question « En dehors des soins de santé habituels, consultations, médicaments, faites-vous quelque chose régulièrement dans le but d'entretenir ou d'améliorer votre santé ? Si oui, que faites-vous ? », un grand nombre de réponses ont porté sur d'autres soins de santé. La question a donc été reformulée : « En dehors des consultations, des médicaments ou d'autres soins de santé courants, faites-vous quelque chose régulièrement dans le but d'entretenir ou d'améliorer votre santé ? ». La question testée en question ouverte le restera. L'enquêteur ne devra rien suggérer ; toutefois pour l'aider à codifier les réponses, il disposera de 4 items précodés : Alimentation saine, équilibrée ; Marche à pied ; Sports ; Autres, précisez.

La question ouverte sur les raisons des consultations en hôpital public a été bien comprise. Elle continuera à être posée en question ouverte, mais l'enquêteur disposera d'un précodage en 8 items (sur les conseils d'un médecin ; pour voir mon médecin traitant habituel ; j'ai plus confiance, la qualité est meilleure ; c'est plus proche ; c'est moins cher ; je travaille dans cet hôpital ou je connais une personne qui y travaille ; pour voir un médecin renommé ou faire un examen spécifique ; autres, précisez).

Les nouvelles questions sur les médicaments génériques ont été bien comprises. La question sur le motif de refus des génériques sera posée sous forme de question ouverte. Un précodage en 5 items sera proposé à l'enquêteur pour faciliter sa codification (habitué à son médicament ; allergie, intolérance ; pas confiance ; pas la même efficacité ; autre, précisez).

La question « Souffrez-vous d'une maladie ou d'un problème de santé chronique ? » a été testée pour vérifier si les individus connaissaient le terme « maladie chronique ». Des précisions concernant le nom des maladies ont été demandées dans le test pour vérifier qu'il s'agissait bien de maladies chroniques. Ces précisions ne seront pas demandées dans l'enquête. Sur les 157 personnes déclarant au moins une maladie chronique : 181 maladies déclarées sont effectivement des maladies chroniques. Une personne cite une maladie non chronique et un examen de santé. Trois personnes refusent de répondre, une n'a pas de maladie et une cite une affection qui est illisible.

À la question sur les préférences pour le présent, les sommes proposées (entre 1000 francs et 2000 francs) n'ont pas permis d'obtenir des résultats cohérents, probablement car ces sommes sont trop faibles. Les montants ont été modifiés à 6 500 et 10 000 francs (1000 et 1500 euros).

Annexe 4

Calendrier prévisionnel de l'enquête

Tableau 2
Calendrier théorique d'une enquête ESPS se déroulant l'année N

	ESPS	Appariement
Automne N -1	Préparation des questionnaires ESPS N Passage CNIS Lettres aux Caisses pour tirage échantillon SPS N	
Mi-janvier N	Envoi fichier CANAM et MSA au Centi (CNAMTS) Tirage du fichier de la CNAMTS Re-numérotation des fichiers (NNI en N0)	
Début février	Centi envoi les fichiers CNAMTS à ISL Centi envoi leurs fichiers à la CANAM et à la MSA CANAM et MSA envoi à ISL	
Février / mars N	Traitement des fichiers par ISL Préparation du logiciel de chiffrement Préparation des questionnaires CAPI /CATI et des instructions enquêteurs	
Mi-mars N	Envoi des Lettres Annonce de l'enquête Vague 1 Briefs Enquêteurs	
Début avril N	Début du terrain ESPS vague 1	
Avril/ mai/ juin N	2 visites en FAF 4 appels au téléphone Relecture données médicales et non médicales	
Fin juin N	Fin du terrain Vague 1	
Juillet N	Fin du chiffrement médical et non médical Vague 1	
Août N	Apurement des fichiers par ISL Vague 1	
Fin août N	Envoi des Lettres Annonce de l'enquête Vague 2	
Mi-septembre N	Envoi à la saisie QCC, QCCCMU Restitution des fichiers Vague 1 Briefs Enquêteurs Vague 2 Début du terrain ESPS vague 2	
Mi-sept. à mi-déc. N	2 Visites en FAF 4 appels au téléphone Relecture données médicales et non médicales Vague 2 Création et apurement des fichiers SAS Vague 1	
Fin décembre N	Fin du terrain Vague 2	
Janvier N+1	Fin du chiffrement médical et non médical Vague 2 Apurement des fichiers par ISL Vague 2	

	ESPS	Appariement
Mi-février N+1	Envoi à la saisie QCC, QCCcmu Restitution des fichiers Vague 2	
Mi-fév. / mars / avr N+1	Création et apurement des fichiers SAS Vague 2	
Mi-mai N+1		Envoi des fichiers de prestations CNAMTS à l'INSEE Envoi des fichiers de prestations CANAM à l'INSEE Envoi des fichiers de prestations MSA à l'INSEE Test de lecture des fichiers des caisses
Juin / juil. / août N+1	1res exploitations 1ers résultats rapides et provisoires Suite des apurements Saisi du niveau de CC par étudiant	Envoi des fichiers personne, ménage et bilan à l'INSEE Re-numérotation des fichiers par l'INSEE (N0 en N1)
Fin septembre N+1	Publication du rapport annuel	Début de l'appariement
Oct. / nov. / déc. N+1	Création des fichiers ESPS définitifs Création du document des dessins de fichiers <i>Préparation des questionnaires ESPS N +2</i> <i>Passage CNIS</i> <i>Lettres Caisse pour tirage échantillon SPS N +2</i>	Appariement suite
Fin décembre N+1 Fin mars N+2 Été N+2	Fichiers ESPS N + Document OK	Envoi des fichiers de l'enquête à l'INSEE pour renumé- Fichiers Appariement N (hors budget global) OK Incorporer prestations hospitalisation N+2

Annexe 5

Instructions aux enquêteurs et aux médecins codificateurs

CREDES

L. Auvray - A. Doussin - S. Dumesnil - P. Le Fur

Septembre 2002

**ENQUÊTE SANTÉ ET PROTECTION SOCIALE
INSTRUCTIONS AUX ENQUÊTEURS
MODALITÉ FACE A FACE
*VAGUE 2 - 2002***

Attention : les informations contenues dans ce document ne sont pas exhaustives ; il s'agit des cas les plus fréquents, mais les possibilités, notamment en terme de législation, sont très nombreuses. Noter donc avec précision les déclarations des enquêtés.

Le questionnaire principal *1^{re} visite*

Les données recueillies lors de cette enquête par ISL sont strictement anonymes de telle sorte que les données transmises au CREDES ne comportent aucune coordonnée permettant d'identifier les personnes interrogées.

Pourquoi, si l'enquête est anonyme l'assuré principal est enquêté pour la 2^e, 3^e ou 4^e fois en quelques années ? Tout simplement parce qu'il possède des caractéristiques particulières liées à sa date de naissance, sa commune de naissance et son numéro d'ordre de naissance dans cette commune.

DONNÉES DE METHODE

- Dans quel cas n'avez-vous pas à effectuer l'interview ?

L'assuré principal ne fait plus partie du foyer :

- * l'assuré principal est décédé,
- * l'assuré principal est domicilié dans une maison de retraite ou une autre institution (institution pour personnes âgées, congrégation religieuse, ...) ; noter cette information. Ne pas faire l'enquête.

Dans les 2 cas précédents, **vous ne devez pas réaliser l'interview**, même si vous avez contacté une autre personne dans le foyer.

- * L'assuré principal n'habite pas ou plus à cette adresse. Dans ce dernier cas, essayez d'obtenir ses nouvelles coordonnées, et vous y rendre si ce n'est pas trop éloigné. Si vous obtenez l'adresse mais qu'elle est trop éloignée, la transmettre à ISL qui transférera l'adresse vers un nouvel enquêteur basé plus près. Si vous n'obtenez pas la nouvelle adresse, noter l'information mais **vous ne devez pas réaliser l'interview**.

- Dans quel cas pouvez-vous interroger une autre personne du foyer ?

L'assuré principal fait bien partie du foyer, c'est-à-dire habite bien à cette adresse mais :

- * il est absent pour plus d'une semaine et l'enquêteur n'a pas la possibilité d'attendre son retour (quel que soit le motif de son absence : en vacances ...),
- * il refuse de répondre (quelle que soit la raison de son refus), ou il souhaite que ce soit une autre personne (plus au courant des problèmes de santé du foyer) qui réponde,
- * il ne peut pas répondre pour diverses raisons (ne comprend pas le français, n'est jamais là aux heures possibles d'enquête, ...).

Dans les trois cas précédents, **vous devez chercher si une autre personne majeure du foyer accepte de répondre à sa place**.

A noter qu'il est hors de question d'interroger une personne mineure. une seule exception : si un adulte est présent physiquement mais ne peut pas répondre lui même car il ne parle pas le français. On peut interroger en sa présence un enfant de plus de 15 ans qui servira de traducteur.

- Dans quel cas devez-vous prendre rendez-vous ou revenir à un autre moment ?

L'assuré principal fait bien partie du foyer mais :

- * il est absent pour moins d'une semaine (quel que soit le motif de son absence),
- * il n'est pas présent au moment de l'enquête, mais on vous indique à quel moment revenir.

INTERVIEW

Les questions figurant sur le questionnaire principal sont à poser à **la seule personne qui répond**.

Q17 : Cette question figurait avant dans le questionnaire Santé (96 % des personnes ont un médecin habituel). Ici, on cherche aussi à mesurer la notion de médecin de famille.

Q20 : Le carnet de santé

Le carnet de santé est un document qui concerne uniquement les personnes de plus de 16 ans ; c'est un document différent du carnet de santé de l'enfant.

Il a été délivré, il y a environ 5 ans, par l'organisme d'assurance maladie dont relève le patient. Pratiquement toutes les personnes concernées ont reçu leur carnet. Ils sont bleu et jaune et ont une forme en rectangle allongé. Sur ce carnet, les médecins consultés peuvent noter « les constatations pertinentes pour le suivi du patient », par exemple les divers actes, examens et prescriptions effectués pour ce patient. Le patient est censé, lorsqu'il consulte un médecin (quel qu'il soit), présenter son carnet de santé au praticien.

Ces questions ont pour objectif de recueillir des informations sur l'utilisation du carnet de santé.

Q22 : Il n'existe aucune source d'information sur la couverture vaccinale des adultes ; les adultes sont-ils correctement vaccinés ? Cette question va permettre de savoir si les enquêtés pensent être correctement vaccinés.

Q23 : La composition du ménage

L'assuré principal doit **obligatoirement être noté sur la première ligne**, même si ce n'est pas lui qui est interrogé. C'est le seul moyen pour le CREDES de le reconnaître par la suite et donc d'effectuer les redressements ultérieurs. Essayer de classer les membres du foyer par âge décroissant, après le 1^{er} prénom qui s'affiche automatiquement (prénom de l'assuré principal). Si toutefois vous vous rendez compte d'une erreur de classement, il est inutile de tout décaler pour corriger (le risque d'erreur lors de la correction est trop important). En effet, cette façon de procéder vous est conseillée afin de n'oublier personne dans le foyer mais ne présente pas d'avantage au moment de l'exploitation des données.

Si le ménage comporte plus de 10 personnes, vous disposez d'une fiche complémentaire papier. Il faut autant que possible essayer de n'y noter que des enfants, car l'information qui y est notée est beaucoup moins riche que celle qui figure dans votre micro.

Un collégien ou un lycéen en pension fait parti du ménage. Un étudiant déclaré spontanément par ses parents comme faisant parti du ménage, quel que soit son lieu d'habitation, est membre du ménage. En cas de question des parents, appliquez la règle suivante : un étudiant qui revient tous les week-end est compté comme faisant parti du ménage. Un étudiant qui loge dans un foyer dit collectif : résidence universitaire, foyer) est considéré comme faisant parti du ménage. Pour les autres cas, l'étudiant ne fait pas parti du ménage.

Q 26 : Prénoms

Faites vous épeler les prénoms. En effet, l'orthographe des prénoms que vous aurez tapés, sera utilisée ensuite pour préparer les questionnaires auto-administrés que vous laisserez dans le ménage. Il n'est jamais agréable de remplir un document avec des fautes du style Annique, en place d'Annick. N'oubliez pas que l'on demande un gros service aux enquêtés (remplir des questionnaires), faites tout pour les rendre coopératifs.

Q31 : Le recours aux urgences est de plus en plus fréquent. Nous voulons mesurer ce recours et ses motivations.

Q32 : On veut toutes les personnes soignées dans les 12 derniers mois même s'il y en a plusieurs. Attention, on ne veut pas le prénom des personnes qui accompagnent le malade. Si une mère accompagne son fils, on ne veut que le prénom du fils pas celui de la mère. Elle n'a pas été soignée.

Attention à la question 35, dans l'item 5, on intègre la notion d'un problème sur le lieu du travail. Si c'est un collègue de travail, en dehors du travail, il faudra plutôt le mettre dans « ami ».

Attention à la question 37, Attention à la nuance entre « médecin habituel » et « Aucun médecin » n'était disponible. Dans le premier item, c'est le médecin habituel qui n'était pas là, ce n'est pas n'importe quel médecin.

Q 40 : Il s'agit du renoncement à des soins pour des raisons financières de la seule personne interrogée. On ne s'intéresse donc pas aux renoncements du conjoint ou des enfants de l'enquêté.

Par contre, à la question suivante, on s'intéresse aux renoncements à des soins pour des raisons financières des enfants de l'enquêté (**Q46**).

Q41, Items 1 et 2 : Attention à la différence entre prothèse dentaire et soins dentaires. Les prothèses (couronnes, bridge,...) sont très mal remboursées alors que les soins de dentistes (soins pour les caries, détartrage,...) sont remboursés comme les soins de médecins.

Q41, Items 7 et 8 : Pour qu'un médicament soit remboursable par la Sécurité sociale, il doit être impérativement prescrit, c'est-à-dire figurer sur une ordonnance. Par contre, tous les médicaments prescrits ne sont pas remboursables ; pour être remboursables ils doivent en plus figurer sur la liste des médicaments remboursés par la Sécurité sociale. Il y a des médicaments remboursables à 100 %, à 65 % et à 35 %.

Renoncer à un moment donné à des soins peut conduire soit à y renoncer de manière définitive, soit à reporter ces soins à plus tard.

Q 53 et suivantes : La CMU

CMU = Couverture Maladie Universelle

Depuis le 1er janvier 2000, la loi sur la couverture maladie universelle offre aux personnes dont les revenus sont les plus faibles, une couverture maladie complémentaire. Les personnes bénéficiant de la CMU complémentaire ont la possibilité de choisir l'organisme qui leur fournira leur couverture complémentaire ; ce peut être une mutuelle, une assurance, une caisse de prévoyance, mais aussi leur propre caisse de Sécurité sociale (CPAM = Caisse Primaire d'Assurance Maladie). A noter qu'en dehors de la CMU les organismes de couverture complémentaire maladie sont les mutuelles, les assurances et les caisses de prévoyance.

Le bénéfice de la CMU est accordé sous condition de ressources du ménage (déclaré comme ménage CMU).

Une personne dont les revenus sont inférieurs à 549 euros (3600 francs) peut en bénéficier.

Peuvent également en bénéficier :

les personnes vivant dans un ménage de 2 personnes dont les revenus sont inférieurs à 823 euros (5400 francs),

les personnes vivant dans un ménage de 3 personnes dont les revenus sont inférieurs à 988 euros (6480 francs),

les personnes vivant dans un ménage de 4 personnes dont les revenus sont inférieurs à 1153 euros (7560 francs).

Pour les ménages de 5 personnes et plus, rajouter 220 euros (1440 francs) par personne supplémentaire.

Pour simplifier la présentation de la CMU par l'enquêteur, seul le seuil correspondant à la taille du ménage sera affiché dans la question 59.

Il y a environ 5 millions de bénéficiaires de la CMU complémentaire soit environ 8 % de la population. Parmi eux, 88 % ont choisi la Sécurité sociale comme centre gestionnaire.

Attention cependant, car nous n'enquêtons pas des ménages CMU mais des « ménages tout cours ». Étant donné les seuils, certaines personnes n'ont pas intérêt à se déclarer en ménage ; par exemple, 2 personnes vivant ensemble et ayant chacune 3000 francs de revenus pourraient chacune prétendre à la CMU. Par contre, si elles déclarent vivre ensemble, elles ne pourront pas y prétendre puisque leurs revenus (6000 francs) dépassent le seuil fixé à 5400 francs. C'est notamment pour cette raison que l'on demandera à la question 99, pour chaque personne du ménage, si elle bénéficie de la CMU.

A l'intérieur du ménage CMU, lorsqu'une personne dit avoir la CMU, toutes les personnes du ménage CMU en bénéficient également.

◆ COMPOSITION DU MENAGE SUITE

Q 64 - Q 65 : Assurez-vous que les **dates de naissance** soient correctement déclarées par l'enquêté, et ce au jour, mois et année près. C'est en effet un élément indispensable à l'identification précise d'une personne. Si la personne interrogée ne connaît pas les différentes dates de naissance lui demander de se renseigner d'ici la prochaine fois. Le fait d'avoir une déclaration exacte des dates de naissance, permet, pour les personnes enquêtées à différentes reprises, de suivre l'évolution de leur santé à 4, 8 voir 12 ans d'intervalle. En effet, l'appariement des données se fait essentiellement sur la date de naissance et le sexe. Ainsi, les données relatives à un même enquêté relevées en 1998 et en 2002 ne pourront être fusionnées que si sa date de naissance (jour, mois et année) est la même en 98 et 2002 ; dans le cas contraire les informations longitudinales sont perdues.

Si vous demandez des compléments d'informations sur les dates de naissance (ou sur tout autre variable) NOTER votre demande sur la feuille commentaire afin de ne pas oublier de la demander lors de la visite suivante.

Q 67 : Il s'agit du lien avec l'assuré principal, c'est-à-dire la personne que vous avez noté obligatoirement sur la 1^{re} ligne

Q 69 : Nouvelle question indispensable pour relever le concubinage.

Q 70 : Cette année, contrairement aux années précédentes, il s'agit de relever la situation matrimoniale **LEGALE**. Que la personne vive en couple ou non, elle doit donner son statut légal.

Pour être classée « célibataire » une personne ne doit jamais avoir été mariée. A partir du moment où elle s'est mariée, elle est soit encore mariée, soit divorcée, soit veuve.

Si les personnes se déclarent en « concubinage ». Cela ne représente pas réellement un statut légal. Il faut relancer en citant tous les items.

Q71 – Q72 : Ne pas oublier de noter les personnes absentes pour plus d'un mois, car par définition elles ne pourront pas remplir le carnet de soins, et il faut donc le savoir. En effet, il ne faudra pas la compter comme non consommatrice, mais bien comme absente (qui peut donc ou non être allée chez le médecin ou vu une infirmière).

Q 74 Q 75 : Si une personne du foyer a été **hospitalisée** au cours des trois mois précédant l'enquête, il lui sera adressé un questionnaire rose appelé « questionnaire hospitalisation »²⁶ ; on lui adressera autant de questionnaires qu'il y a eu d'hospitalisations. **ATTENTION c'est vous qui faites le filtre du questionnaire**

Les hospitalisations comprennent également les hospitalisations d'une journée et la chirurgie ambulatoire. En effet, de plus en plus d'opérations « simples » comme la cataracte,... s'effectue dans la journée.

Toutefois, si la personne a été hospitalisée à plusieurs reprises pour le même motif, la même durée, dans un même service d'hospitalisation, de jour par exemple (10 séances de chimiothérapie anticancéreuse...), on ne lui adressera qu'un seul questionnaire, et **VOUS** noterez le nombre d'hospitalisations concernées. Notez cette information sur la feuille commentaire.

Q 77 : Demander si une personne du foyer fréquente un établissement pour **handicapés**. Ces établissements sont :

- les CAT = Centre d'Aide par le Travail,
- les IME = Institut Médico-Educatif,
- les IMP = Institut Médico-Pédagogique,
- les IMPro = Institut Médico-Professionnel,
- les MAS = Maison d'Accueil Spécialisée,
- Les écoles spécialisées pour mal-voyants ou déficients auditifs ...

◆ **RECUEIL DE L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE (Q 79 - Q 81)**

Les enquêtés pouvant être surpris qu'on leur pose des questions relatives à leur profession dans une enquête sur la santé, il faut absolument introduire ces questions avec la phrase suivante :

L'état de santé pouvant être lié aux conditions de travail, je vais maintenant vous poser quelques questions sur votre activité professionnelle.

• **Occupation principale (Q79)**

La notion d'activité prévaut sur la notion d'inactivité ; une personne ayant un emploi sera notée active, même si cette personne est en congé maladie au jour de l'enquête. Une personne au chômage sera notée chômeur et non en tant que personne inactive (la population active comprend les actifs travaillant et les personnes au chômage). Les personnes veuves et inactives (il s'agit le plus souvent des femmes au foyer qui ont perdu leur conjoint (ce qui est différent d'une veuve retraitée) seront isolées de façon à pouvoir leur demander la profession exercée par leur conjoint (défunt). Un inactif avec une pension d'invalidité est une personne qui a obligatoirement déjà travaillé et qui doit avoir moins de 60 ans. Il s'agit d'une personne qui touche une pension d'invalidité de la Sécurité sociale pour compenser une perte de revenu liée à une perte de travail (partielle ou totale) suite à une maladie ou un handicap. Au delà de 60 ans, il perçoit une retraite succédant à sa pension d'invalidité.

Attention, pour les autres inactifs, bien noter (en clair) la raison de leur inactivité (le plus souvent il s'agit de personnes handicapées).

²⁶ Cf. Explication sur le questionnaire hospitalisation page 15

Profession (Q 86)

Il est important de bien détailler la profession exercée (qu'elle soit ou non en rapport avec les diplômes détenus). En effet, la codification INSEE distingue certaines professions en fonction par exemple du type d'entreprise où est employée la personne.

Attention, par exemple, à ne pas utiliser certains termes isolément :

- **Femme de ménage** chez un particulier est différent de femme de ménage dans un hôtel ou de femme de ménage dans une entreprise.
- **Secrétaire** de direction est différent de secrétaire bilingue qui est différent de dactylo...
- Un **technicien** peut être un technicien de surface (c'est-à-dire une femme de ménage) ou une personne ayant un diplôme de technicien (technicien en informatique, en chimie...).
- Un **enseignant** peut être un instituteur, un professeur des écoles, de collège, de lycée, un professeur agrégé dans un collège, un maître de conférence, un assistant, un professeur d'université

Pour les personnes travaillant dans un établissement hospitalier, chercher à savoir si celui-ci est privé ou public. S'il s'agit d'un établissement privé : faire préciser s'il est « à but lucratif » ou « à but non lucratif ».

Dans tous les cas, pour aider à la codification des régimes de Sécurité Sociale et des couvertures complémentaires, noter le nom ou le statut de l'entreprise où travaillent les enquêtés (uniquement quand il s'agit de très grandes entreprises : EDF, RATP, Assistance Publique de Paris, Renault, Michelin...)

• Statut de la personne

Q 87 : On cherche à obtenir le statut des personnes dans leur entreprise, essentiellement pour pouvoir effectuer des cohérences avec les régimes d'assurance maladie. Les personnes se déclarant « assimilés fonctionnaires », tentez d'obtenir plus de renseignements sur la profession, si vous ne les obtenez pas les placer en 2 (fonctionnaires des collectivités locales). Attention aux agriculteurs qui peuvent être ou bien salariés ou bien exploitants agricoles. Attention aux contractuels comme dans l'enseignement, qui ne sont pas fonctionnaires mais simplement des salariés de l'éducation nationale, il en est de même pour l'armée.

A noter que la plupart des salariés du privé (mais aussi certains du secteur public) correspondent à l'avant dernier item « salarié non fonctionnaire, non agricole (dont secteur privé) ».

Q 88 : On demande à l'individu, de se classer lui-même dans l'échelle des emplois. Cette question aide à la codification de la profession. Ce n'est pas à l'enquêteur de faire ce travail, mais bien à l'enquêté.

Q 90 : L'INSEE distingue certaines professions selon la taille des entreprises. Il en est ainsi des patrons d'entreprise de moins de 10 salariés qui sont assimilés à des artisans commerçants, alors que ceux de 10 salariés ou plus sont isolés en tant que chefs d'entreprise.

Q 91 : Les contrats aidés sont les CIE (Contrat Initiative Emploi), les contrats jeunes (CIE pour les jeunes), les CQ (Contrats de Qualification), les emplois jeunes ...

Les autres contrats sont à noter en clair : contrats d'adaptation, d'orientation, les stages d'expérience professionnelle, les stages d'adaptation à l'entreprise...

Q 93 : Question relative à la crainte d'un éventuel chômage.

Q94 : Il s'agit bien du nombre d'heures travaillées HORS TRAJET. Certaines professions sont particulières car elles n'ont que du trajet : le représentant qui monte dans sa voiture le matin pour se rendre chez un client est déjà au travail. Par contre, s'il se rend une fois par semaine à son siège social, ceci est considéré comme son trajet hebdomadaire.

Q 97 : Niveau d'études

CEP : certificat d'étude primaire,

CAP : certificat d'aptitude professionnelle,

BEP : brevet d'enseignement professionnel.

◆ **LA CMU**

Q 99-102 : La couverture complémentaire CMU

Elle est prévue pour les personnes ayant des revenus limités. Elle est donc à poser à l'ensemble des personnes, puisque (pour le moment) on ne connaît pas le revenu des ménages interrogés.

On interroge également sur la situation de l'année dernière. Certaines personnes avaient la CMU l'année dernière mais ne l'ont plus. En effet, une démarche est nécessaire pour renouveler les droits à la CMU complémentaire. Certaines personnes n'ont peut-être pas fait cette démarche. D'autre part, certains ménages n'ont plus droit à la CMU complémentaire car leurs revenus ont augmenté.

Q 103 : Le RMI

Rappelons que le bénéfice du RMI est accordé à un ménage. C'est donc l'ensemble du ménage qui devrait bénéficier des avantages liés au RMI.

Normalement, les RMIstes et leur famille bénéficient automatiquement de la CMU complémentaire et sans aucune démarche à effectuer. Toutefois, certaines personnes peuvent ne pas le savoir.

Q 105 : Relance CMU, RMI

Cette question a pour objectif d'aider à formuler une réponse positive lorsque l'on en attend une (de droit), et donc de récupérer parmi les RMIstes des bénéficiaires de la CMU.

◆ **LA PERSONNE EST-ELLE PROTÉGÉE PAR L'ASSURANCE MALADIE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ? (Q 106 - Q 112)**

Une personne peut être soit assurée, soit ayant droit d'un assuré (c'est-à-dire qu'elle bénéficie de la Sécurité sociale par l'intermédiaire de quelqu'un d'autre).

• **Les personnes assurées**

Attention toute personne qui travaille est assurée elle-même (sauf si elle n'a pas acquis suffisamment d'heures dans les mois précédents).

Une personne assurée peut être affiliée au régime général ou à un des régimes rattachés au régime général (80 % de la population), ou bien être assurée à un autre régime que le régime général : régime des agriculteurs appelé MSA (8 %), régime des indépendants appelé CANAM ou encore AMPI (Assurance Maladie des Professions Indépendantes) (5 %). Ce sont les 3 principaux régimes, les autres étant plus marginaux ...

Certaines personnes peuvent être assurées à deux régimes de sécurité sociale : c'est le cas des personnes qui sont à la fois salariées et indépendantes (exemple d'un médecin qui exerce à la fois à l'hôpital (il est alors salarié) et dans un cabinet libéral (il est alors indépendant)). Vous devez alors saisir le régime que la personne considère comme principal (c'est-à-dire celui auquel il adresse ses demandes de remboursements de soins médicaux).

A l'intérieur du régime général, on trouve différents régimes qu'il est important de relever précisément, car tous ces régimes ne remboursent pas les soins de la même façon.

Quelques précisions sur certains d'entre eux :

- Régime des fonctionnaires : s'adresse, comme son nom l'indique, aux fonctionnaires mais plus spécifiquement aux fonctionnaires de l'état
- Agents des collectivités locales : il s'agit par exemple des employés de mairie, des personnels de l'assistance publique de Paris, des personnels des hôpitaux publiques Si ces personnes se déclarent au régime des fonctionnaires, relancer et enregistrer la dernière réponse.
- Médecins, dentistes, auxiliaires libéraux : les médecins et dentistes conventionnés du secteur 1 (Honoraires égaux au tarif conventionnel) peuvent bénéficier de ce régime (cf. question 137 ligne 6). Les autres médecins conventionnés du secteur 2 (honoraires libres) sont affiliés, soit à un régime qui n'est pas rattaché au régime général (le régime des indépendants), soit à ce régime rattaché au régime général.
- Assurés volontaires, assurés personnels : C'est un régime en voie de disparition du fait de la création de la CMU de base. Normalement on ne devrait plus en trouver mais il est possible que les individus s'y déclarent encore. Les personnes sans ressources ou à très faibles ressources étaient inscrites à l'assurance personnelle par le Bureau d'Aide Sociale qui payait les cotisations ce qui leur ouvrait droit à l'A.M.G. Les RMIstes étaient également inscrits à l'assurance personnelle.
- Adultes handicapés bénéficiant de l'A.A.H. (Allocation pour Adultes Handicapés) : cette allocation est versée aux handicapés ayant un niveau de ressources très faible. Si une personne est inactive pour un handicap, relancer si elle ne se déclare pas à l'A.A.H.
- Titulaire d'une pension d'invalidité de la Sécurité sociale : il faut être invalide, avoir déjà travaillé, ou travailler avec un certain niveau d'invalidité, avoir moins de 60 ans. Au delà de cet âge, la pension est transformée en retraite.
- Le régime Alsace - Moselle ne se rencontre que dans ces 2 régions car il faut y vivre pour en bénéficier. C'est un régime qui rembourse mieux que le régime général, mais les cotisations y sont également plus élevées.
- Pour les autres régimes, précisez en clair de quel régime il s'agit.
- Pour les étrangers et les personnes françaises assurées à l'étranger. Les personnes françaises assurées à l'étranger sont souvent des frontaliers travaillant dans le pays voisin de leur résidence.

Parmi les régimes non rattachés au régime général :

- **Le régime agricole** : l'organisme qui gère ce régime s'appelle la Mutualité Sociale Agricole (M.S.A.), qui ne doit pas être confondu avec une mutuelle ; cet organisme gère l'assurance maladie des salariés et exploitants agricoles. A l'intérieur du régime agricole, on trouve 2 régimes : le régime des SALariés agricoles appelé ASA (à noter que les salariés du Crédit Agricole ainsi que ceux de certaines sociétés de l'agro-alimentaire sont également affiliés au régime ASA) et le régime des EXploitants agricoles appelé AMEXA. Des lignes spécifiques sont prévues si le régime local Alsace-Moselle vient s'ajouter à ces régimes.
- **La CANAM** : Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes. Cet organisme gère les cotisations et prestations des artisans, des industriels, des commerçants et des professions libérales (en partie). La CANAM peut également porter le nom de AMPI (Assurance maladie des professions indépendantes) et le nom de NON NON (non salarié, non agricole). La gestion au niveau local est souvent assurée par des organismes agréés. Si l'enquête ne connaît que le nom de cet organisme, le noter (Louis dispose d'une liste de ces organismes).

- Le régime des militaires de carrière ne couvre que les militaires de carrière. Les militaires du contingent sont généralement couverts par leur précédent régime (avant l'incorporation)
- Les régimes spéciaux : RATP, Mines, SNCF. Lorsque leurs bénéficiaires consultent des médecins agréés, ils ne déboursent rien.
- Les autres régimes particuliers : il y en a 3 principaux : la banque de France, les clercs de notaires et la Compagnie Générale des Eaux. Précisez de quel régime il s'agit.

- **Les ayants-droit**

Ce sont des personnes qui ne sont pas assurées elles-mêmes et qui dépendent donc de quelqu'un d'autre pour leur couverture sociale. La quasi totalité des ayants-droit ne disposent pas de carte de Sécurité sociale, ils sont inscrits sur la carte de l'assuré dont ils sont ayants-droit. Un ayant droit peut être :

- le conjoint marié ou le concubin qui n'est pas lui-même assuré social, soit parce qu'il n'a pas travaillé une période suffisante, soit parce qu'il n'a jamais travaillé.

Le conjoint divorcé peut conserver sa qualité d'ayants droit 1 an après le divorce ; ce délai peut être prolongé jusqu'à ce que le dernier enfant ait atteint l'âge de 3 ans. Le conjoint d'un assuré décédé se trouve dans les mêmes conditions de droits que le conjoint divorcé.

En cas de décès, le statut d'ayants droit n'est maintenu que temporairement. Le conjoint survivant doit, pour bénéficier de l'Assurance maladie, soit reprendre une activité professionnelle, soit bénéficier d'une pension de réversion versée par un régime de retraite, soit d'une allocation d'insertion versée par les ASSEDIC, soit demander la CMU de base.

- l'enfant à charge, âgé de moins de 16 ans, éventuellement de 18 ans s'il est en apprentissage et qu'il n'est pas lui-même assuré, ou même de 20 ans s'il poursuit des études, ou est dans l'incapacité physique de se livrer à un travail salarié par suite d'infirmité. Toutefois, un enfant « de la DDASS », quel que soit son âge, peut être ou bien assuré ou bien ayant droit. S'il est déclaré assuré, il doit être placé au régime général.

On peut être ayant droit d'une personne qui habite dans le foyer (c'est le cas le plus fréquent) ou d'une personne ne vivant pas dans le foyer : ce peut être par exemple le cas d'un enfant de parents divorcés qui peut rester ayant droit de celui qui n'est plus au foyer.

Attention : si une personne déclare être ayant droit de deux personnes (exemple : un enfant ayant droit de ses deux parents), noter seulement le n° de l'individu qui prend en charge le plus souvent les remboursements.

- **Les personnes non assurées** : Normalement, il ne devrait plus y en avoir du fait de la CMU, sauf pour les personnes en situation irrégulière (que l'on est pas chargé de contrôler).

- ◆ **LES PERSONNES PRISES EN CHARGE À 100 % PAR LA SECURITE SOCIALE (OU EXONÉRÉES DU TICKET MODÉRATEUR) (Q114-117)**

Ce sont des personnes qui, pour des motifs divers, sont remboursées de la totalité de leurs dépenses en soins de santé par la Sécurité sociale dans la limite du tarif conventionnel et, pour certaines personnes, uniquement dans la mesure où ces soins sont en rapport avec le motif de leur prise en charge à 100 %. Une personne peut avoir plusieurs motifs de prise en charge à 100 % (3 motifs sont prévus à cet effet).

Qu'est ce que le ticket modérateur ? Par exemple lorsque l'on achète un médicament prescrit remboursable à 65 % (un antibiotique par exemple), la sécurité sociale rembourse 65 % du prix du médicament. Il reste 35 % qui sont à la charge du patient ou de sa couverture complémentaire et qui s'appelle le ticket modérateur.

Parmi les différents motifs de prise en charge, on trouve (entre autres) :

des motifs médicaux :

- l'incapacité permanente qui fait obligatoirement suite à un accident du travail ou à une maladie professionnelle (elle concerne donc des personnes qui ont déjà travaillé),
- les titulaires d'une pension d'invalidité, c'est-à-dire les personnes ayant déjà travaillé et atteintes d'une maladie ou d'un handicap (non liés au travail) qui diminue ses capacités de travail et donc ses ressources. Sont également exonérées les personnes titulaires d'une retraite ayant succédé à une pension d'invalidité.
- les pensionnés ou blessés de guerre (article 115) ou d'attentats,
- les femmes enceintes à partir du 1er jour du 6e mois,
- les handicapés dont le handicap nécessite une prise en charge médicale, qu'ils fréquentent ou non un établissement pour handicapés,
- les causes les plus fréquentes d'exonération du ticket modérateur sont les maladies de longue durée, qui sont au nombre de 32. Noter avec le plus de précision la ou les maladies ouvrant droit à exonération (une même personne peut en effet être prise en charge pour plus d'une maladie). Lorsque les personnes sont exonérées pour affection de longue durée, elles ne sont prises en charge à 100 % que pour les soins relatifs à cette ou ces pathologies. Exemple : une personne prise en charge à 100 % pour son diabète, et qui fait une angine, sera remboursée des soins pour angine exactement de la même façon que vous et moi (si toutefois vous n'êtes pas exonérés). A noter, que les ordonnances de ces personnes en ALD (Affection de Longue Durée) comportent deux zones. Une zone sur laquelle le médecin note les médicaments en relation avec la maladie exonérante (et qui seront donc remboursés à 100 % par la sécurité sociale) et une autre sur laquelle il note les médicaments qui ne sont pas en relation avec la maladie exonérante et qui seront donc partiellement remboursés par la Sécurité sociale

des motifs non médicaux :

- régimes spéciaux assurant la gratuité des soins (c'est à la personne elle-même de le déclarer et vous n'avez pas à relancer pour cet item), EDF, RATP, SNCF, sous réserve, pour les soins de médecin, de consultez chez un médecin agréé.
- les personnes qui bénéficient de la CMU complémentaire ne font pas l'avance de frais y compris du ticket modérateur. Toutefois, certains peuvent ne pas le savoir, c'est pour cela que l'on pose la question. Si jamais un CMUiste déclare ne pas être pris en charge à 100 % relancer puis inscrivez la réponse donnée après relance
- le fait de bénéficier du RMI implique théoriquement une prise en charge automatique par la CMU donc la personne devrait normalement se considérer à 100 %.

Q119 et suivantes : COUVERTURE COMPLÉMENTAIRE MALADIE

Une couverture complémentaire maladie peut être obtenue auprès d'un organisme (mutuelle, assurance privée ou caisse de prévoyance) qui verse un remboursement complémentaire à celui de la Sécurité sociale. Pour la CMU, cette couverture complémentaire peut aussi être obtenue auprès de la caisse de sécurité sociale de l'individu. Dans ce dernier cas, l'enquêté déclarera avoir comme mutuelle sa Sécurité sociale.

De la même façon que pour l'assurance maladie, il existe des ayants-droit et des assurés. Toutefois, un assuré au régime de base de la Sécurité sociale peut être ayant droit pour une mutuelle (ex: une femme qui travaille - qui est donc assurée à la Sécurité sociale - et dont le mari bénéficie d'une couverture complémentaire peut être ayant droit de son mari pour la couverture complémentaire). L'assuré, au sens de la couverture complémentaire est la personne qui a souscrit le contrat auprès de l'organisme. Attention : si plusieurs personnes du foyer se déclarent assurées auprès du même orga-

nisme, c'est qu'il s'agit de plusieurs contrats différents. Il faudra donc saisir autant de fois le nom de cet organisme qu'il y a de personnes assurées. Auparavant, relancer pour être bien sûr qu'elles sont bien assurées et non ayant droit.

Une même personne peut être protégées par plusieurs couvertures complémentaires.

Dans certains cas, les remboursements de la couverture complémentaire peuvent être gérés par le même organisme que celui qui assure les remboursements de la Sécurité sociale : il s'agit des mutuelles décompteuses. C'est le cas d'un certain nombre d'étudiants affiliés au régime étudiant (LMDE (ex MNEF), SMEREP) (environ 1/3 prennent aussi l'option couverture complémentaire). C'est le cas des fonctionnaires (MGEN, MGPTT, MGP, Mutuelle de la Marine...). C'est aussi le cas pour certains agents des collectivités locales (MNH) et pour certains départements, C'est également le cas des organismes conventionnés de la CANAM, qui gèrent souvent, en plus du régime obligatoire, l'adhésion à une couverture complémentaire.

Faites très attention : la MSA est le nom de la Sécurité Sociale agricole. Toutefois, dans 24 des 96 départements de France métropolitaine, la MSA assure aussi, pour ceux qui le souhaitent, le rôle de couverture complémentaire sous le même nom de MSA (ce qui complique bien les choses). Il en est ainsi dans les Côtes d'Armor, l'Allier, la Corrèze ... Donc si l'enquêté vous déclare MSA en mutuelle, relancer.

Le bénéfice d'une couverture complémentaire peut provenir d'un contrat passé par l'intermédiaire d'une entreprise ou d'un contrat négocié directement par l'assuré.

Il sera envoyé aux enquêtés autant de feuilles jaunes qu'il y a d'organismes et de personnes assurées différentes. ATTENTION c'est **VOUS** qui faites le filtre du questionnaire

- **Relance pour les personnes non couvertes par une complémentaire maladie, alors que certaines autres le sont (Q137 – 149)**

Lors du premier questionnement sur les complémentaires la personne interrogée a pu de bonne foi répondre que X ou Y n'avait pas de complémentaire. On lui redemande donc s'il est sûr des réponses qu'il a données à ce moment là.

S'il est sûr que certaines personnes ne disposent pas de complémentaire on lui demande :

- 1 pour quelle raison n'en a (ont) t elle(s) pas,
- 2 cette ou ces personne(s) a t elle été protégée antérieurement par une mutuelle ou une assurance,
- 3 si c'est le cas, pourquoi a t elle perdu cette couverture.

S'il n'est pas sûr de lui, on demande pour quelle raison il n'en est plus très sûr, et on enverra un questionnaire jaune (couverture complémentaire) aux personnes concernées.

Pour ces questions, nous proposons certaines réponses mais ne rien suggérer, vous choisirez vous-même l'item correspondant à la réponse et en cas de doute ou de motifs ne correspondant pas aux items proposés, vous utiliserez le « autre ».

- **Relance pour les ménages dans lesquels aucune personne ne bénéficie d'une complémentaire maladie**

Demander :

- 1 pour quelle raison les personnes du foyer n'en ont elles pas,
- 2 ces personnes ont elles été protégées antérieurement par une mutuelle ou une assurance,
- 3 si c'est le cas, pourquoi ont elles perdu cette couverture complémentaire maladie.

- **Relance pour les bénéficiaires de la CMU**

Les bénéficiaires de la CMU peuvent choisir leur complémentaire maladie auprès d'une mutuelle, d'une assurance, d'une prévoyance ou de leur caisse de Sécurité sociale.

L'enquêté déclare que la ou les CMUistes n'ont pas de complémentaire

Il est possible que certaines personnes ne sachent pas qu'elles ont une couverture complémentaire au titre de la CMU. La question 148 permet de rappeler que les CMUistes ont une complémentaire maladie. Soit la personne confirme qu'elles n'en ont pas et on lui demande pourquoi ?, soit elle déclare qu'elles ont effectivement une complémentaire. Dans ce cas, il faut leur demander l'organisme choisi, et s'il ne savent pas mettre en NSP.

L'enquêté déclare que la ou les CMUistes ont au moins une complémentaire

Si l'enquêté d'un ménage CMUiste déclare avoir au moins une complémentaire dans son ménage, noter en premier la couverture obtenue grâce à la CMU. Il est possible qu'il y ait d'autres complémentaires dans ce ménages, les noter à la suite.

Q 153-154: Si une personne du foyer souffre de diabète, il lui sera adressé un questionnaire violet appelé « questionnaire diabète »²⁷. **ATTENTION c'est vous qui faites le filtre du questionnaire**

Si la personne vous dit qu'on ne lui a pas dit qu'elle avait un diabète mais qu'elle a trop de sucre dans le sang et qu'elle fait un régime ou prend un traitement pour cela alors saisissez « oui » et notez l'information sur la feuille commentaire. Par exemple, « pas diabète mais trop de sucre ».

La 1^{re} visite est terminée.

Annoncer la fin du questionnaire initial

Pré-remplir les questionnaires auto-administrés que vous allez laisser dans le ménage.

Donner les explications nécessaires, notamment concernant pour les personnes âgées et les plus défavorisés (pb de lecture et d'écriture).

Faire les exemples du carnet de soins.

Prendre rendez-vous pour la deuxième visite qui ne pourra pas avoir lieu avant le 32^e jour suivant la date de la 1^{re} visite.

Noter les éventuelles remarques des enquêtés et les éventuelles particularités relevées lors de l'entretien.

NOTER les compléments d'informations à demander lors du prochain entretien : comme par exemple les dates de naissance les professions exactes...)

Si des personnes demandent elles-mêmes les résultats de l'enquête, noter leurs coordonnées sur un papier indépendant du questionnaire et le transmettre au responsable de l'enquête qui centralisera les demandes. Par contre, ce n'est pas à vous de proposer les résultats. En effet, le CREDES ne pourrait satisfaire à cette forte demande.

²⁷ Cf. Explication sur le questionnaire diabète.

Le questionnaire santé *Questionnaire saumon*

Ne pas oublier de noter en haut de chaque questionnaire le n° adresse, le n° individuel, le n° de la vague, et le mode d'enquête (2 pour face-à-face).

Il est envoyé un questionnaire par membre du ménage

Dans la mesure du possible, chaque personne rempli elle même son questionnaire santé y compris les adolescents (sauf les enfants, les handicapés...). Si c'est vous-même qui replissez sous la dictée de l'enquêté, notez sous la dictée de qui, par exemple : « enquêteur sous la dictée de Germaine ».

Q2 concerne toute la vie

Q5 Laisser les personnes interpréter seules le sens de « combien de fois... »

Q7 La liste des maladies a pour objectif d'aider les enquêtés à déclarer les maladies dont ils sont atteints le jour où ils remplissent leur questionnaire. Les maladies déclarées un jour donné forme la morbidité prévalente. Précisez aux enquêtés qu'il leur faut écrire de la manière la plus précise possible le nom exact de la maladie, ce qui va permettre de la chiffrer de la manière la plus juste possible, et ainsi d'obtenir une bonne photographie de la santé de la population résidant en France. Il ne faut pas que les gens se contentent de cocher des cases car dans une même case il y a des maladies différentes (ex : tuberculose pulmonaire et bronchite tout le monde comprend que ce n'est pas pareil). Il ne faut pas non plus qu'il se contente de souligner certains termes car lorsqu'ils ont 7 ou 8 maladies différentes on ne sait plus ce qui est coché, rayé...

Précisez aux enquêtés que l'exploitation des maladies, comme celle des produits pharmaceutiques, est réalisée par des médecins et qu'ils ont besoin du maximum de précision pour bien qualifier les maladies.

Q8 appareil de redressement dentaire = appareil d'orthodontie (peut être précisé aux enquêtés si demande)

Q10 et Q11: les médicaments consommés la veille

Il s'agit de recueillir la vraie consommation de médicaments (celle qui est absorbée) au cours des 24 dernières heures. Il faut demander aux personnes de bien préciser le nom du produit et son dosage, ainsi que la forme (comprimés, suppositoires, gouttes, sirop, etc.), la quantité de médicaments contenue dans une boîte et le nombre d'unités consommées au cours des 24 dernières heures. Pourquoi tant de précision ? Tout simplement parce qu'à un médicament ainsi défini correspond un seul code et un seul prix. Enfin, ils doivent également noter si ce médicament a été prescrit par un médecin c'est-à-dire acheté avec une ordonnance ou non. Un médicament acheté sans ordonnance même si c'est le pharmacien qui l'a conseillé ou le médecin qui l'a prescrit mais lors d'une maladie précédente est considérée comme non prescrit.

Q 13 : les accidents de la vie courante

Ce sont tous les accidents autres que les accidents de la circulation, ceux du travail et les agressions, qui ont conduit à rencontrer un professionnel du domaine de la santé (le pharmacien est aussi un professionnel de la santé, mais pas l'armoire à pharmacie de la famille).

Q 15 Quelle que soit l'activité. L'important c'est que les personnes interrogées la considèrent comme une activité physique.

Q 17 q18 q19 En cas de demande d'explication on peut reprendre les définitions dans les encadrés sur le questionnaire en donnant d'autres exemples, c'est tout. L'objectif qui ne doit pas être précisé aux personnes interrogées n'est pas de mesurer la quantité d'alcool consommée mais de repérer des comportements de consommation (normale, excessive, dangereuse).

Q20 à Q22 « la dernière injection... » : il peut s'agir de la vaccination en elle-même ou d'un rappel.

Q24 Peut cocher plusieurs vaccinations y compris « ne sait plus quel vaccin ». Par exemple, la personne se rappelle avoir été vaccinée 3 fois au cours des 10 dernières années, 1 fois contre l'hépatite B, une fois contre l'hépatite A et une autre fois mais ne se rappelle plus du vaccin : elle coche alors « hépatite B », « autres vaccins », et « ne sait plus quel(s) vaccin(s) ».

Q25 Pour votre information : la coloscopie est un examen du colon c'est à dire du gros intestin. Les gens se rappellent en général très bien de cet examen du fait de sa préparation qui est désagréable : la veille il faut boire une très grande quantité d'un produit qui nettoie les intestins, cela donne évidemment la diarrhée et parfois des nausées et vomissements. L'examen est réalisé sous anesthésie générale et dure à peine une demi heure. En général les gens rentrent chez eux dans la journée. On introduit un endoscope dans l'intestin par l'anus, cet appareil permet de visualiser les parois du colon et de faire des prélèvements ou d'enlever des polypes.

Enfin, si cela est nécessaire *pour rassurer les enquêtés*, leur préciser que les données médicales qu'ils fournissent sont traitées par des médecins, et que de plus, ces données arrivent anonymisées.

Avec chaque questionnaire Santé, vous pouvez donner une enveloppe permettant aux personnes, une fois leur questionnaire rempli, de le mettre sous plis clos. L'objectif de ces enveloppes prévues pour les questionnaires Santé est de préserver l'anonymat à l'intérieur du ménage enquêté, pour ceux qui le souhaitent. Par exemple l'adolescent qui va dire qu'il fume ou la jeune fille qui va déclarer prendre la pilule peuvent ainsi le faire sans que les parents puissent le voir.

Le questionnaire hospitalisation

Questionnaire rose

Ne pas oublier de noter en haut de chaque questionnaire le n° adresse, le n° individuel, le n° de la vague, et le mode d'enquête (2 pour face-à-face).

Remplissage du questionnaire par l'enquêté :

On demande l'adresse exacte de l'établissement d'hospitalisation car celui-ci sera codé par le code Finess des Établissements Sanitaires et Sociaux (1 code correspond à 1 établissement précis). Ensuite en fonction du service d'hospitalisation et de la durée de celle-ci le CREDES, après avoir consulté les documents indiquant les prix pratiqués par chaque établissement et chaque service, pourra affecter un prix moyen à cette hospitalisation.

Il faut remplir un questionnaire par hospitalisation. Mais s'il y a eu, dans la période des trois mois, plusieurs hospitalisations pour le même motif dans le même établissement pour la même durée (par exemple pour dialyse, chimiothérapie etc.), l'enquêté doit remplir un seul questionnaire rose. Le nombre total d'hospitalisations devra être noté dans les deux cases situées à la fin du questionnaire (Q14).

Attention, pour la question 9, indiquez aux enquêtés, qu'il faut préciser la nature des accidents et des maladies.

Le questionnaire couverture complémentaire
Questionnaire jaune

Ne pas oublier de noter en haut de chaque questionnaire le n° adresse, le n° de la vague et le mode d'enquête (2 pour face-à-face).

Il faut que ce soit l'assuré, c'est-à-dire la personne qui a souscrit/signé le contrat qui remplisse le questionnaire portant sur son contrat. Une phrase introductive le signale aux enquêteurs. Si c'est une autre personne qui répond, elle doit se mettre à la place de l'assuré, elle doit répondre pour l'assuré. Si c'est vous-même qui remplissez sous la dictée de l'enquêté, notez sous la dictée de qui, par exemple : « enquêteur sous la dictée de Germaine ».

Q2 : Le nom et l'adresse de la couverture complémentaire permettent d'attribuer un code à la mutuelle. Il nous faut donc le nom ainsi que les sigles, l'adresse avec le plus de détail possible. Nous avons une liste de toutes les complémentaires rencontrées depuis le début de l'enquête et nous attribuons le code avec cette liste.

Q4 : On cherche à savoir comment l'assuré a obtenu sa complémentaire maladie : individuellement ou avec intervention de l'entreprise. Dans ce dernier cas, le contrat peut être soit obligatoire, soit facultatif. Attention on demande bien comment l'assuré a obtenu sa complémentaire maladie. On ne s'intéresse pas aux autres personnes.

Item 10 : on ne doit pas avoir de prénom ni de « par mon père, par mon mari décédé, ... ». Si c'est le cas, il faut redemander comment cette personne notée ici (sûrement l'assuré) a obtenu la couverture complémentaire.

Q5 : une seule réponse possible

Nous souhaitons savoir qui paye pour la complémentaire. L'assuré peut assumer seul la charge de sa complémentaire santé. C'est forcément le cas s'il l'a obtenu par ses propres moyens. Il est aussi possible que la complémentaire soit obtenue par l'intermédiaire de l'entreprise, dans ce cas, le prélèvement se fait souvent directement sur le salaire. Le montant des mensualités apparaît sur la feuille de paye. Certaines fois, l'employeur ou le Comité d'entreprise payent une partie (ou la totalité) des cotisations.

Q6 et 7 : on s'intéresse à l'opinion de l'enquêté, quels que soient les montants réels de remboursements ou de cotisations.

Le forfait hospitalier (ou forfait journalier) est dû pour chaque journée d'hospitalisation. Son montant était de 70 francs en 2001 soit 10,67 euros. Il correspond aux frais d'hébergement et d'entretien.

Q8 : On veut savoir si l'année dernière à la même époque l'assuré avait une complémentaire santé et si c'était la même. Cette question va nous permettre de savoir si les gens changent souvent de complémentaire santé.

Q9 : Cette question ne doit - être remplie que si on a l'item 2 à la précédente. L'enquêté doit noter en clair, pourquoi il a changé de complémentaire.

Q10 : Certains spécialistes, dit de secteur 2, sont autorisés à dépasser le tarif fixé par la Sécurité sociale. Le tarif était en 2001 de 150 francs. Actuellement, le tarif est donc de 22,87 euros. Il faut cependant savoir que certains médecins ont arrondi cette somme à 23 euros. Toutefois, les 13 centimes correspondent à un dépassement. Il est probable qu'au cours de l'année 2002, ce tarif de 22,87 euros soit augmenté et arrondi par l'état et la Sécurité sociale.

Q11 : Il s'agit d'une question pour laquelle les enquêtés doivent sortir un document personnel. Il doit utiliser leur contrat ou la notice explicative de la complémentaire santé et recopier ce qui y est inscrit pour leur remboursement de prothèses dentaires et de lunettes. On leur demande de recopier même s'ils ne comprennent pas, en effet, les niveaux de remboursement sont expliqués de façon très compliqués.

On cherche à évaluer le montant restant à la charge de l'enquêté c'est-à-dire le montant qui n'est remboursé ni par la Sécurité sociale ni par la couverture complémentaire (mutuelle, assurance). Pour ce faire, on demande à l'enquêté de recopier **mot pour mot** le niveau de remboursement de sa mutuelle ou assurance figurant sur le contrat qui le lie à cette complémentaire. On lui demande de fournir cette information uniquement pour les **prothèses dentaires** (couronnes, bridges, dentiers) et pour les **lunettes**. Il doit utiliser, soit le contrat qui le lie à sa complémentaire, soit un dépliant explicatif et/ou publicitaire. Les exemples sont donnés à titre indicatif et reflètent bien la complexité de ces explications.

Q12 : le nom de la formule permet également de connaître le niveau de remboursement de la complémentaire. Il permettra d'aider au codage de la question précédente.

Le questionnaire couverture complémentaire CMU
Questionnaire vert

Ne pas oublier de noter en haut de chaque questionnaire le n° adresse, le n° de la vague et le mode d'enquête (2 pour face-à-face).

Il faut que ce soit l'assuré, c'est-à-dire la personne qui a souscrit/signé le contrat qui remplisse le questionnaire portant sur son contrat. Une phrase introductive le signale aux enquêtés. Si c'est une autre personne qui répond, elle doit se mettre à la place de l'assuré, elle doit répondre pour l'assuré.

Les 4 premières questions reprennent les questions du questionnaire couverture complémentaire. On a simplement ajouté la possibilité de noter l'adresse d'une caisse de Sécurité sociale, puisque les CMUistes peuvent être couverts par une complémentaire prise auprès de leur caisse.

A la question 5, on veut savoir si l'année dernière à la même époque l'assuré avait une complémentaire santé, si c'était la même et comment il l'avait obtenu .

Le questionnaire diabète
Questionnaire mauve

Toutes les personnes repérées par la question filtre 153-154 du questionnaire CAPI sont concernées par ce questionnaire.

Ne pas oublier de noter en haut de chaque questionnaire le n° adresse, le n° de la vague et le mode d'enquête (2 pour face-à-face), le prénom de la personne concernée.

Insister pour que le prénom de la personne qui remplit le questionnaire soit noté. Si c'est vous-même qui remplissez sous la dictée de l'enquêté, notez sous la dictée de qui, par exemple : « enquêteur sous la dictée de Germaine ».

Pour votre information : le diabète est une maladie chronique. Les diabétiques ont trop de sucre dans le sang, leur glycémie (taux sanguin de sucre) est trop élevée. Il existe 2 types de diabète : le

diabète de type 1 apparaît dans l'enfance ou plutôt chez les adolescents ou les adultes jeunes, le seul traitement associe un régime spécifique **et** l'insuline obligatoirement administrée par injections (il n'existe pas d'insuline par voie orale), celles-ci peuvent être faites par le patient ; le diabète de type 2 apparaît en général après 40 ans, il est traité par le régime seul ou selon sa gravité en association avec des médicaments en comprimés (dits hypoglycémifiants oraux) ou de l'insuline (donc des injections). Le diabète, de type 1 ou 2, provoque après plusieurs années, s'il n'est pas correctement traité, l'obstruction des artères avec des complications graves cardiaques, oculaires (jusqu'à la cécité), rénales, neurologiques, etc.

Q 1 : Si la personne répond « non », nous souhaitons qu'elle réponde à la dernière question (q22) pour lui donner le sentiment qu'elle a quand même rempli le questionnaire et doit donc le conserver et vous le rendre. Insister pour qu'elle remplisse la dernière question.

Si la personne vous dit qu'on ne lui a pas dit qu'elle avait un diabète mais qu'elle a trop de sucre dans le sang et qu'elle fait un régime ou prend un traitement pour cela alors demandez lui de cocher oui et de remplir l'ensemble du questionnaire.

Q3 : ⇒ ITEM 4= diabète découvert pendant la grossesse : on peut avoir un diabète en cours de grossesse qui va disparaître ensuite (mais peut réapparaître avec l'âge). Même si la femme pense que son diabète ne persiste plus elle « doit » répondre à l'ensemble du questionnaire.

⇒ ITEM 5 : il faut cocher cet item si l'examen n'avait pas été fait spécifiquement pour confirmer le diagnostic de diabète car sinon tous peuvent le cocher, le diagnostic étant toujours fait par une analyse de sang .

Q8 : **En cas de demande sur cet examen, vous répondez que vous ne savez pas de quoi il s'agit. Pour votre information** : volontairement, nous n'expliquons pas ce qu'est l'hémoglobine glyquée car les patients correctement pris en charge devraient connaître ce terme.

Idem pour toutes les questions suivantes.

Q17 :Les artères du cœur sont les coronaires.

Q19 : y compris actuellement

Plaie du pied, durant plus d'un mois donc longtemps, se situant le plus souvent sur la plante des pieds et formant une espèce d'ulcère infecté.

Q21 Les hypoglycémies sévères sont des malaises dues à une chute du taux de sucre dans le sang. (Pour votre information : en général, dus à un traitement hypoglycémiant mal adapté ou de vomissements, etc. Ces malaises peuvent être très graves avec perte de connaissance).

<p>Le carnet de soin <i>carnet bleu</i></p>
--

Ne pas oublier de noter en haut de chaque questionnaire le n° adresse, le n° de la vague et le mode d'enquête (2 pour face-à-face).

Dans le carnet de soins, **pendant une période de 30 jours**, la consommation de soins de **tous les membres du ménage** (hormis les médicaments : cf ci-dessous) doit être relevée.

Sur la page de couverture il faudra noter précisément les dates de début et de fin de recueil. La date de début correspond au lendemain de votre visite. Un mois de date à date signifie 30 jours de relevé : **se référer au calendrier à la fin du document.**

Par rapport aux enquêtes précédentes, la partie médicament a été supprimée.

Le carnet de soins se compose de quatre parties :

- la 1^{re} concerne les consultations et soins de médecins, de dentistes ou de sages-femmes,
- la 2^e les soins de kiné, infirmiers, orthophonistes, orthoptistes, (toutes les professions dites paramédicales)... analyses de sang, d'urines, de selles... etc.
- La 3^e les acquisitions, c'est à dire les achats ou locations, autres que les médicaments : lunettes, lentilles de contact, prothèses auditives, mais aussi tire-lait, pèse bébé, fauteuil roulant, couches pour adultes incontinents, cannes, compresses...
- La 4^e les hospitalisations pendant le mois de relevé.

N'oubliez pas de faire avec eux un exemple sur chacune des parties.

Remarques communes sur les 4 parties :

⇒ Le débours

C'est la somme qu'une personne sort physiquement de son portefeuille, ou paie sous forme de chèque ou de carte de crédit. Attention, les sommes doivent être remplies en **euros**.

Doivent être notés tous les soins reçus, gratuits ou payants, remboursés ou non, prescrits ou non, qu'ils aient un caractère régulier ou occasionnel. Insister sur la partie paiement, pour que face à chaque soin, soit noté le prix payé, et s'il n'y a **pas de débours** (0 €) ou un **débours partiel**, la raison de ce non débours ou de ce débours partiel (c'est impératif pour que le CREDES puisse reconstituer les dépenses). A titre d'exemple, une personne qui a consulté un généraliste dans le cadre d'un dispensaire (et qui présente sa carte de sécurité sociale) va payer 5,55 € au lieu des 18,50 € habituels. Le débours (qui devra être noté dans le carnet) sera donc de 5,55 € et la dépense pour la société de 18,50 € (5,55 € pour le patient et 12,65 € pour la sécurité sociale). Dans ce même cas de figure, une personne prise en charge à 100 % ne va rien payer. C'est ce que l'on appelle un débours nul. Pourtant on voit bien que le médecin sera payé et que donc la dépense sera pour la société de 18,50 € (pour la sécurité sociale). Prenons un autre cas : supposons que votre oncle soit généraliste, il ne vous fait pas payer ; on voit bien dans ce cas qu'il n'y a pas déplacement d'argent et que la société ne paiera rien, c'est un acte gratuit. Dans les deux derniers cas, prise en charge à 100 % et acte gratuit, le débours est nul, c'est à dire noté 0 € dans le carnet, mais dans le premier cas la dépense pour la société sera de 18,50 € et dans le second de 0 €. Avec la cause du débours nul ou partiel, le CREDES pourra calculer des débours par personne ou famille mais aussi le coût pour la société.

A la question « Avez-vous payé quelque chose ? » : il y a plusieurs réponses possibles :

- Le patient paie la totalité de la dépense.
- L'enquêté ne paie pas la totalité du prix, mais une partie seulement ; il peut s'agir d'un tiers payant Sécurité sociale ou d'un tiers payant mutuelle (il doit le préciser).
- L'enquêté ne paie rien, le produit peut lui avoir été délivré gratuitement par le médecin ou le pharmacien (ce qui est rare). Il peut également s'agir d'une personne prise en charge à 100 % et demandant à bénéficier du tiers payant ou un tiers payant sécurité sociale + mutuelle (ce qui est fréquent). **Bien faire préciser la raison du non paiement, c'est capital pour l'étude des dépenses.**

⇒ Les lieux des soins :

Les consultations, les examens ou les soins peuvent avoir été réalisés au cabinet du médecin, au domicile du patient, dans un hôpital public ou privé (clinique). En distinguant hôpital public et privé on cherche à mesurer ce qui est fait dans les hôpitaux publics en consultation externe, et qui est très mal connu (contrairement à ce qui est fait dans le secteur privé).

⇒ Les séances ou soins répétitifs :

Dans la partie « médecin, dentiste, sage-femme, radios,... » exceptionnellement, par exemple en cas de séances répétitives quotidiennes (visite quotidienne de la sage-femme au domicile de la femme enceinte qui doit impérativement rester allongée), l'enquêteur notera dans la même case la date de début et la date de fin des soins, puis dans la colonne « quels soins » la nature des soins mais aussi le nombre de séances.

Dans la partie « autre professionnel de santé et analyses », en cas de séances et soins répétitifs durant une période donnée (soins infirmiers, soins de kinésithérapie, rayons, chimiothérapie...), l'enquêteur notera sur une même ligne la date de début des soins et la date de fin des soins. Il notera dans la colonne « nombre de séances pour le même motif » la quantité de séances.

⇒ Carnet de soins vide :

Si un carnet de soins est vide, il faut **obligatoirement** faire préciser s'il n'y a pas eu de consommation durant cette période ou si le ménage a refusé de remplir le carnet. S'il a refusé, il doit noter en gros sur la première page REFUS DE REpondre ; s'il n'y a pas eu de consommation durant le mois de relevés demander à l'enquêteur de noter impérativement dans chaque partie : ABSENCE DE SOINS.

Remarques par « partie » :

⇒ « Médecin, dentiste, sage-femme... » :

Attention l'enquêteur doit noter un éventuel arrêt de travail prescrit par un médecin, une sage femme ou un dentiste.

⇒ Les analyses :

Les enquêteurs doivent les noter sur le carnet de soins au jour du prélèvement. Quand ils vont payer ils complètent sur cette même ligne la somme qu'ils ont déboursé. On ne demande pas le détail des analyses mais seulement de noter s'il s'agit d'une analyse de sang, d'urines, de selles ou d'un frottis.

⇒ Les « acquisitions » :

doivent être notés tous les appareils (...) et matériels médicalisés (lunettes, cannes, prothèses auditives, couches pour adultes incontinents, fauteuil roulant, lit médicalisé, seringues,...) **achetés, loués ou reçus gratuitement pendant les 30 jours de relevés, que ceux ci soient prescrits ou non.**

⇒ Les hospitalisations:

L'enquêteur notera les hospitalisations durant les 30 jours de remplissage du carnet de soins avec la date d'entrée et la date de sortie de l'hôpital, il notera le service dans lequel le malade a été hospitalisé. ATTENTION le questionnaire hospitalisation rose est destiné aux hospitalisations ayant eu lieu dans les 3 mois précédant le début de l'enquête, et le carnet de soin est fait pour noter les hospitalisations au cours du mois d'enquête. On disposera donc au total d'informations relevant les hospitalisations sur 4 mois (3+1).

NE PAS OUBLIER : Pour que l'enquêteur comprenne bien la manière de remplir ce carnet, faire un exemple de chaque type avec lui. Il doit noter ces exemples dans les parties réservées à cet effet. Les

dates de ces exemples doivent être antérieures aux dates d'enquêtes pour qu'il n'y ait pas de confusion entre les vraies consommations et les exemples. L'exemple fait sur le questionnaire doit ensuite être barré par l'enquêté, toujours pour qu'il n'y ait pas de confusion possible. Enfin, vous devez faire ces exemples avec l'enquêté et les noter sur la fiche « Exemple de carnet de soins ». N'oubliez pas de noter le n° adresse sur la « fiche exemple » en haut à droite.

Deuxième visite

Deux missions :

1. La vérification des questionnaires est essentielle lors de cette visite.

Attention aux carnets de soins vides ! Il faut **obligatoirement** faire préciser si le ménage a oublié ou refusé de le remplir ou s'il n'y a pas eu de consommations durant la période d'enquête. S'il a refusé noter en gros sur la première page REFUS DE REpondre ; s'il n'y a pas eu de consommations durant le mois de relevé demander à l'enquêté de noter ABSENCE DE SOINS dans chaque partie.

De même, s'il n'y a pas de maladie déclarée sur le questionnaire santé (saumon), demander à l'assuré si c'est un refus, si ce n'est pas le cas lui demander de noter « ABSENCE DE MALADIE ».

Aucun document vierge ne sera accepté s'il ne porte pas l'une des indications ci-dessus. Seule exception, les questionnaires santé mis sous enveloppe.

RAPPEL : si un questionnaire santé est mis sous enveloppe, il est **absolument exclu** d'ouvrir l'enveloppe.

Si la deuxième visite ne peut pas avoir lieu, ne pas oublier d'en **indiquer les raisons** sur votre chemise adresse.

2. Poser les dernières questions

Si possible, poser ces questions, à la même personne que lors de la première visite.

Q 29-35 : Il s'agit de mesurer l'utilisation de la carte vitale chez le médecin généraliste. Attention, on s'intéresse à l'utilisation de l'interviewé lui-même et non pour ses enfants.

Q 36-38 : Il s'agit bien d'un médecin hospitalier consulté, dans les 12 derniers mois, dans le cadre d'un hôpital **public**. L'objectif est de tenter de mesurer les recours aux services des hôpitaux publics, qui semblent de plus en plus fréquents.

Lorsque que l'on demande pourquoi ils ont choisi un médecin d'un hôpital public, surtout ne pas suggérer des réponses, ne pas lire la liste. Il faut mettre la réponse dans un des items proposés et si cela n'est pas possible, mettre dans « autres ».

Q 39-46 : Un médicament générique correspond à un médicament similaire à un produit découvert depuis plus de 20 ans. En effet, au bout de cette période, ce produit tombe dans le domaine public et peut donc être reproduit par d'autres laboratoires que celui qui l'a découvert 20 ans auparavant. Ces médicaments portent des noms différents des noms d'origine et sont moins onéreux.

On veut savoir si les médecins prescrivent des génériques pour remplacer un traitement habituel ou plutôt pour un nouveau traitement.

Q47-51 : On cherche à mesurer les demandes initiées par les patients. Si la personne trouve la question choquante, ne pas insister, noter le refus et continuer.

Q52-53 : Cette question permet de repérer les personnes qui prennent des risques, de celles qui sont plutôt prudentes.

Q54 : Surtout ne rien suggérer, ne pas hésiter à mettre en « autre ».

Q57-60 : L'ostéopathie et la chiropraxie sont des méthodes de soins qui font appel à la manipulation des différentes parties du corps. Ces soins spécifiques ne sont pas remboursés par la Sécurité sociale. Cependant, si le professionnel est aussi un médecin généraliste ou un kiné, la Sécurité rembourse sur la base du tarif de la consultation de généraliste ou un kiné.

Nous cherchons à mesurer le recours à ces spécialités non reconnues.

Q61-64 : il s'agit de mesurer les demandes d'ajout de médicaments faites éventuellement par les patients, en plus des médicaments prescrits pour le ou les motifs qui ont conduit à consulter le généraliste. Il s'agit bien de la dernière rencontre avec un **généraliste**.

Les informations concernant le nom des maladies doivent être relevées telles quel. Il n'y a pas de relance à faire.

Q65-67 : question d'opinion sur les délai d'obtention de rendez-vous chez les ophtalmologues

Q68 : Certains généralistes ont opté pour devenir médecins référents. Leurs patients peuvent signer avec eux un contrat de suivi médical, dans lequel ils s'engagent à le consulter en priorité, et en contrepartie, ils ne déboursent qu'une partie du prix de la consultation. Les médecins quant à eux s'engagent à prendre en charge l'ensemble du suivi des patients, et décident donc de les adresser aux divers spécialistes, s'ils l'estiment utile.

Q71 : Si la personne n'a pas signé de contrat, lire les items et cocher la ou les réponses correspondantes (les items sont proposés en aléatoire). En cas de doute, mettre la réponse dans la rubrique « autre ». Si la personne ne sait pas quoi répondre, essayer de relancer. Si elle ne sait vraiment pas, coder « Ne sait pas ».

Q73 : question d'opinion sur l'alimentation.

Q76 : Quand on demande quel exemple, si finalement la personne ne sait pas répondre, ne pas insister, mettre « ne sait pas » : NSP.

Q82 et suivantes : Il est **impératif** de lire la phrase introductive sur le revenu, car sinon certaines personnes pourraient ne pas comprendre pourquoi on leur demande leur revenu dans une enquête sur la santé.

Le recueil du revenu est très important car les comportements sont différents selon le niveau de revenu.

De plus, les revenus nous intéressent également pour les personnes juste au dessus du seuil de la CMU. Il est donc important de recueillir pour tout le monde le revenu avec le plus de détails possible. Il faut également essayer de relancer les personnes qui sont concernées par la CMU (voir affichage).

Pour **LES REVENUS DU TRAVAIL**, pensez à regarder sur la pochette l'activité et la profession des personnes.

◆ **Pension de retraite :**

Le droit à une retraite à taux plein est ouvert à partir de 60 ans si la personne a cotisé 160 trimestres, et au plus tard à 65 ans si ce nombre de trimestre de cotisation n'est pas atteint avant.

◆ **Pension de réversion :**

Versée au conjoint survivant âgé d'au moins 55 ans, marié deux ans ou ayant eu un enfant de ce mariage et non remarié. Elle est égale à 54 % de la pension du défunt sous conditions de ressources et de cumul.

◆ **Allocation chômage :**

Les salariés du secteur privé involontairement privés d'emploi peuvent prétendre à un revenu de remplacement. Voici 2 exemples d'allocation :

- **Allocation unique dégressive (AUD) :** correspond aux prestations des Assédic qui diminuent progressivement au fur et à mesure de l'allongement du chômage.
- **Allocation de solidarité spécifique (ASS) :** Destinée à tout chômeur cessant d'être indemnisé par le régime d'assurance chômage, sous conditions de 5 ans d'activité au cours des 10 dernières années. Pour en bénéficier, la personne ne doit pas avoir atteint 60 ans et ne pas totaliser les 160 trimestres d'assurance vieillesse requis pour bénéficier d'une retraite à taux plein et doit avoir des ressources en dessous d'un certain plafond.

Le plafond de ressources par mois (au 1^{er} janvier 2000) :

* si personne seule :	5 884,90 F
* si couple :	9 247,70 F
Montant journalier normal maximum :	84,07 F
Montant journalier majoré sous conditions :	120,76 F

Pour **LES ALLOCATIONS LIÉES AUX ENFANTS**, s'il n'y a pas d'enfants coder « pas d'enfant » au 1^{er} item. Si il y a plusieurs enfants et que la personne répond « non », relancer. Attention, une femme enceinte peut toucher l'APJE.

◆ **Allocations familiales :**

Une personne qui a au moins 2 enfants à sa charge, a droit aux Allocations Familiales quels que soient sa situation familiale et le montant de ses revenus.

Un enfant est à la charge d'une personne si cette dernière assure financièrement l'entretien et assume la responsabilité de l'enfant. Cet enfant est alors reconnu à charge pour le versement des prestations jusqu'au mois précédent :

- * ses 20 ans
- * ses 21 ans pour le complément familial et les aides au logement s'il est né après le 31-12-1979.

Elle reçoit chaque mois :

* si elle a 2 enfants :	108,86 €
* si elle a 3 enfants :	248,33 €
* par enfant supplémentaire :	139,47 €

En plus des allocations familiales de base, pour les enfants âgés de 11 à 20 ans (ou 21 ans), existe une majoration dont le montant est de :

- * 30.62 € par enfant de 11 à 16 ans
- * 54.43 € par enfant de plus de 16 ans

Attention : si la personne n'a que deux enfants à charge, elle ne recevra pas de majoration pour l'aîné.

◆ **Allocation pour jeune enfant (APJE) :**

Une personne qui attend un enfant ou a un enfant de moins de 3 ans et dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond a droit à l'APJE (Allocation Pour Jeune Enfant) du 5e mois de sa grossesse et après la naissance jusqu'au mois précédant les 3 ans de l'enfant.

Si les ressources de sa famille ne dépassent pas certaines limites, la personne recevra 156,31 € par mois.

◆ **Allocation parentale d'éducation (APE) :**

Cette allocation a pour objectif de permettre à une personne de s'occuper de ses enfants. Ces droits dépendent de son activité professionnelle (actuelle et passée) et des enfants qu'elle a à sa charge.

Attention l'APE ne peut pas se cumuler avec l'Allocation pour Jeune Enfant, sauf pour une nouvelle grossesse.

Le montant de l'allocation dépend de la situation professionnelle, elle recevra chaque mois :

- * si la personne ne travaille pas 487,97 €
- * si elle travaille au maximum 50 % de la durée mensuelle du travail fixée dans l'entreprise 320.67 €
- * si elle travaille entre 50 % et 80 % de la durée mensuelle du travail fixée dans l'entreprise 242.51 €

◆ **Allocation pour parents isolés (API) :**

Une personne qui attend un bébé et est célibataire, séparée, divorcée, veuve, ou qui a un ou plusieurs enfants à charge et est veuf(ve), séparé(e), divorcé(e) depuis moins de 18 mois, doit avoir la moyenne de ses ressources mensuelles des 3 derniers mois inférieure au montant maximal de l'API pour y avoir droit.

Le montant mensuel dépend du nombre d'enfants à charge, il est égal à la différence entre le montant maximum de l'API et le total des ressources : salaires, pension alimentaire, certaines prestations, ... de la personne.

Le montant mensuel maximum de l'API est de :

- * si la personne attend un enfant 512.81 €
- * si elle a un enfant 683.75 €
- * majoration par enfant en plus 170.54 €

Pour les **AUTRES AIDES, PRESTATIONS, ALLOCATIONS ...**, si les personnes peuvent avoir droit à la CMU, faite attention à cette partie. Au besoin, citer les items.

◆ **Revenu minimum d'insertion (RMI) :**

Pour bénéficier du RMI, la personne doit avoir peu ou pas de ressources et avoir au moins 25 ans, ou être plus jeune et attendre un enfant ou avoir au moins un enfant à sa charge. Ses ressources, certaines prestations familiales comprises, ne doivent également pas dépasser certaines limites.

Le montant mensuel est égal à la différence entre le montant maximum du RMI et le montant total de ses ressources mensuelles (y compris certaines prestations).

Le montant maximum dépend du nombre d'enfants à charge.

Nombre d'enfants	Personne vivant seule	Personne vivant en couple
0	405.62 €	608.43 €
1	608.43 €	730.12 €
2	730.12 €	851.81 €
par enfant en plus	+162.25	+162.25

◆ **Pension d'invalidité :**

Elle compense en partie la perte de salaire de l'assuré résultant d'une réduction de la capacité de travail. Pour en bénéficier, une personne doit être salariée ou chômeur indemnisé, âgée de moins de 60 ans, avec une capacité de travail réduite des deux tiers du fait de la maladie ou d'un accident non professionnel. Elle doit également justifier d'un minimum d'heures de travail au cours des 12 derniers mois civils ou d'un montant minimum de cotisations sur les salaires perçus au cours des ces 12 mois.

Le montant de la pension est calculé :

- * sur la base d'une rémunération moyenne qui prend en compte ses dix meilleures années de salaire,
- * et dépend du groupe d'invalidité dans lequel la personne se trouve, selon qu'elle peut ou non continuer à exercer une activité professionnelle et qu'elle a ou non besoin d'une tierce personne pour accomplir les actes de la vie courante.

Le montant mensuel minimal est de 233.98 € et le montant maximal est compris entre 705.60 € et 1176 € selon le niveau d'invalidité.

◆ **Minimum invalidité :**

Il garantit un revenu minimum aux personnes déclarées invalides par un régime de sécurité sociale, ayant peu ou pas cotisé, de moins de 60 ans et résidant en France. Si les ressources sont inférieures à un plafond, le versement d'une allocation différentielle permet de porter les revenus au minimum d'invalidité. Elle est donc variable.

Le plafond annuel des ressources est de :

- * si personne seule 5545.15 €
- * si ménage 7677.92 €

Montant mensuel maximum :

- * personne seule 233.98 €

◆ **Allocation pour adulte handicapé (AAH) :**

Une personne handicapée, dont les ressources sont modestes, quelle que soit sa situation familiale peut avoir le droit à cette allocation. Elle doit : être française ou étrangère en situation régulière en France, résider en France. Le taux d'incapacité de la personne doit être reconnu par la COTOREP (commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) au moins égal à 80 %, ou s'il est inférieur elle doit être reconnue dans l'impossibilité de travailler. La personne doit avoir moins de 60 ans au moment de la demande si son taux d'incapacité est inférieur ou égal à 80 %.

Ses ressources en 2002 ne doivent pas dépasser :

* personne seule	6699.68 €
* couple	13399.35 €
* majoration par enfant à charge	3349.84 €

Le montant maximum de l'allocation est de 569.38 € par mois.

Un couple bénéficiant de l'AAH peut cumuler cette allocation.

◆ **Allocation d'éducation spéciale (AES) :**

Une personne qui a un enfant handicapé de moins de 20 ans. Si cet enfant est à sa charge, quels que soient sa situation familiale et le montant de ses revenus, la personne a droit à cette allocation.

Les droits dépendent du taux d'incapacité de l'enfant. Ce taux est apprécié par la commission départementale d'éducation spéciale (CDES). Celle-ci se prononce également sur l'attribution de l'allocation, des compléments, et sur leur durée de versement.

Une personne a droit à l'allocation si son enfant a :

- * une incapacité d'au moins 80 %
- * ou une incapacité comprise entre 50 % et 80 %, et est inscrit dans un établissement spécialisé ou bénéficie de soins à domicile.

Le montant dépend de l'incapacité de l'enfant. La personne recevra 109.40 € par mois et par enfant + un complément éventuel soumis à conditions.

◆ **Rente accident du travail et maladie professionnelle :**

Les salariés sont couverts par des règles particulières en cas d'accidents du travail, de trajet ou de maladie professionnelle.

◆ **Minimum vieillesse :**

Il garantit un revenu minimum aux personnes ayant peu ou pas cotisé, d'au moins 65 ans (60 ans si inapte) et résidant en France. Si les ressources sont inférieures à un plafond, le versement d'une allocation différentielle permet de porter les revenus au minimum vieillesse. Elle est donc variable.

Plafond annuel des ressources :

* personne seule :	6997.74 €
* ménage :	12257.01 €

Montant mensuel maximum :

* personne seule	569.38 €
* ménage (si les 2 conjoints y ont droit)	1021.41 €

◆ **Prestation dépendance :**

Depuis le 1^{er} janvier 2002, cette prestation s'appelle l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA). Elle remplace la Prestation Spécifique Dépendance (PSD).

Pour les personnes de 60 ans et plus ayant des difficultés pour accomplir les gestes ordinaires de la vie courante (perte d'autonomie) et ayant une résidence stable et régulière en France. Elle est donc versée aux personnes considérées comme dépendantes selon certains critères définis par une grille (AGGIR).

Une allocation maximum de 1066 euros par mois (environ 7000F). Son montant varie selon le niveau de dépendance et de ressources des individus.

◆ **Aides financières au logement :**

- **Allocation logement :** Pour en bénéficier, une personne doit avoir des ressources modestes. Cette allocation ne dépend ni de l'âge, ni de la situation familiale et professionnelle.
- **Aide personnalisée au logement :** Pour en bénéficier, une personne doit payer un loyer et son logement doit être conventionné ou rembourser un prêt aidé (PAP, PAS, ou PC). Ses ressources doivent être modestes. Cette allocation ne dépend ni de l'âge, ni de la situation familiale et professionnelle.

◆ **Allocation veuvage :**

Elle est versée au conjoint survivant.

◆ **Congés maladie de longue durée :**

Il fait suite à une interruption d'activité qui a duré six mois.

En fin d'interview noter impérativement le nombre de questionnaires récupérés. Noter si les questionnaires santé étaient sous enveloppe (cachetée ou non) ou sans enveloppe.

Enfin, si pour une raison ou pour une autre vous ne récupérez pas tous les questionnaires, notez impérativement les raisons de cette absence de questionnaire, en dessous du bilan. S'il manque des questionnaires sans explication, vous serez relancé par la « direction terrain ».

Calendrier de remplissage du carnet de soins 30 jours, au total

Début en Septembre		Début en Octobre		Début en Novembre	
Jour de début du carnet	Jour de fin inclus	Jour de début du carnet	Jour de fin inclus	Jour de début du carnet	Jour de fin inclus
1-sept	30-sept	1-oct	30-oct	1-nov	30-nov
2-sept	1-oct	2-oct	31-oct	2-nov	1-déc
3-sept	2-oct	3-oct	1-nov	3-nov	2-déc
4-sept	3-oct	4-oct	2-nov	4-nov	3-déc
5-sept	4-oct	5-oct	3-nov	5-nov	4-déc
6-sept	5-oct	6-oct	4-nov	6-nov	5-déc
7-sept	6-oct	7-oct	5-nov	7-nov	6-déc
8-sept	7-oct	8-oct	6-nov	8-nov	7-déc
9-sept	8-oct	9-oct	7-nov	9-nov	8-déc
10-sept	9-oct	10-oct	8-nov	10-nov	9-déc
11-sept	10-oct	11-oct	9-nov	11-nov	10-déc
12-sept	11-oct	12-oct	10-nov	12-nov	11-déc
13-sept	12-oct	13-oct	11-nov	13-nov	12-déc
14-sept	13-oct	14-oct	12-nov	14-nov	13-déc
15-sept	14-oct	15-oct	13-nov		
16-sept	15-oct	16-oct	14-nov		
17-sept	16-oct	17-oct	15-nov		
18-sept	17-oct	18-oct	16-nov		
19-sept	18-oct	19-oct	17-nov		
20-sept	19-oct	20-oct	18-nov		
21-sept	20-oct	21-oct	19-nov		
22-sept	21-oct	22-oct	20-nov		
23-sept	22-oct	23-oct	21-nov		
24-sept	23-oct	24-oct	22-nov		
25-sept	24-oct	25-oct	23-nov		
26-sept	25-oct	26-oct	24-nov		
27-sept	26-oct	27-oct	25-nov		
28-sept	27-oct	28-oct	26-nov		
29-sept	28-oct	29-oct	27-nov		
30-sept	29-oct	30-oct	28-nov		
		31-oct	29-nov		

Principes de chiffrage des indicateurs de morbidité - ESPS 2000/2002

Afin de maintenir une certaine pérennité dans l'attribution des indicateurs synthétiques de morbidité dans l'enquête ESPS, les principes de chiffrage ci-dessous n'ont pas été modifiés en 2002.

Les indicateurs de morbidité utilisés par le CREDES dans ses enquêtes sont le risque vital et l'invalidité (RV et INV). Par indicateurs il faut comprendre indications synthétiques c'est à dire synthèse : en l'occurrence synthèse de l'influence de la morbidité sur le pronostic vital, et synthèse de l'influence des diverses pathologies sur le niveau d'invalidité. Par invalidité il ne faut pas comprendre uniquement invalidité physique, mais aussi invalidité psychique. Tout le monde comprend bien qu'une personnes atteinte d'une psychose maniaco-dépressive présente une certaine invalidité, tout comme d'ailleurs une personne angoissée, qui bégaye, ou qui présente des troubles du sommeil.

On demande aux médecins chargés du chiffrage d'effectuer ces synthèses lorsqu'ils ont fini de chiffrer un dossier.

Cette synthèse est une étape primordiale, fondamentale, capitale du chiffrage. En effet, les notes attribuées aux individus vont permettre de les classer de manière simple en différents groupes selon une échelle de gravité au plan médical et au plan du handicap. Ceci permet de suivre dans le temps l'amélioration ou au contraire la détérioration de l'état de santé global de la population (évolution entre 1970-1980-1991...). Ceci est différent du suivi de la prévalence des maladies, car dans ce cas on observe uniquement l'évolution d'une seule maladie ou d'un seul groupe de maladies.

Il faut bien se rendre compte qu'il est impossible à quiconque, si l'on ne dispose pas d'un outil synthétique, d'ordonner les individus selon leur état de santé. En effet, ce qui est compliqué n'est pas d'affecter un degré de gravité à un individu qui déclare une seule affection, mais bien de hiérarchiser les individus qui présentent un grand nombre de maladies. Pour le moment, l'informatique (l'intelligence artificielle) n'est pas capable de réaliser ce type de travail, et donc vous seuls, parce que vous êtes médecins, pouvez le faire.

Toutes les affections ne sont pas à prendre en compte pour affecter un risque vital ou une invalidité. Seules les affections de type chroniques ou répétitives sont à prendre en compte, à l'exception des pathologie aiguës entraînant un risque très important de complication. Une grippe, une rhinopharyngite, une mononucléose, une mycose uro-génitale, même si elles entraînent une certaine invalidité momentanée, ne provoqueront jamais (ou quasiment jamais) une invalidité durable. De même, elles n'entraîneront jamais (ou quasiment jamais) de risque sur le plan vital. Par contre, la probabilité d'un risque sur le plan vital et d'une invalidité existe pour une personne présentant un antécédent de paludisme (RV 2, INV 1) ou une hépatite B (RV 3, INV 1).

Attention, l'âge en tant que tel n'est pas un facteur qui, pris isolément, influe sur les indicateurs de morbidité. Par contre, pour une pathologie donnée, il influe sur le niveau de ces indicateurs. Ainsi, une insuffisance cardiaque à 40 ans est de pronostic plus péjoratif qu'une insuffisance cardiaque à 85 ans. Inversement, des varices à 40 ans sont susceptibles de moins se compliquer que des varices à 85 ans.

Cette synthèse ne doit en aucun cas être influencée par la note que se donne l'individu sur son propre état de santé. Cette note correspond à une appréciation subjective que porte l'individu sur son état de santé. Les indicateurs quant à eux se veulent plus objectifs, puisqu'ils sont attribués par les médecins codificateurs qui réalisent, au vue du dossier, une véritable synthèse médicale (la plus réaliste possible) de l'état de santé des enquêtés. Les deux niveaux seront ensuite croisés, et permettront de déterminer des populations de comportement différent, en fonction de leur état de santé subjectif et « objectif ».

Pour vous aider à effectuer ce travail, vous disposez d'une liste de pathologies auxquelles sont affectés des niveaux minimum de risque vital et d'invalidité. Ces niveaux sont appréciés pour la seule maladie prise isolément. Il est bien évident que l'association de plusieurs pathologies vient souvent aggraver le score de la pathologie prise isolément. En tout état de cause, lorsqu'un même individu souffre de plusieurs pathologies les notes de chaque affection ne se cumulent pas entre elles pour donner la note finale. On retient au minimum la note la plus élevée des affections citées, mais c'est à vous d'apprécier l'influence, parfois péjorative, que peut avoir une association de pathologies sur les indicateurs.

Depuis 1997, les médecins du CREDES ont affecté à toutes les pathologies (de la table maladie) prise isolément un risque vital et une invalidité minimale. La liste ainsi obtenue est intégrée dans votre logiciel de saisie. Si vous noter un individu à un niveau trop bas par rapport à la note la plus élevée correspondant à sa maladie la plus « grave », vous verrez apparaître un message qui vous informera de cette notation est a priori trop basse. Il s'agit bien d'un a priori, car vous seul êtes capable de juger de la note à affecter. Il s'agira donc d'un garde fou, pour éviter d'éventuelles oublis de pathologies.

Attention la note minimale porte sur la pathologie existante, et non sur la pathologie opérée, sur son antécédent ou sur ses séquelles. Il faut donc adapter la note en fonction du stade de la maladie. Exemple : Cancer du colon Rv=4 et INV = 4, cancer du colon opéré depuis 10 ans Rv = 3 et INV = 1, 2 ou 3 selon le type de l'intervention et les séquelles entraînées.

Prenons quelques exemples :

Une séquelle de fracture de la rotule est théoriquement à RV = 0 et INV = 3. Si vous constatez dans d'autres questions que cette personne est dans l'obligation d'utiliser une canne de manière permanente, vous passerez à INV = 4.

Une séquelle de fracture de la clavicule est à RV = 0 et INV = 1. Si vous constatez que cette personne se plaint d'une limitation permanente de ses mouvements pour faire sa toilette, vous passerez l'INV à 3.

Un spina bifida peut avoir tous les niveaux de gravité. Le niveau le moins grave est noté à RV = 0 et INV = 1. S'il s'avère que votre enquêté présente un spina bifida plus grave, vous pourrez monter le niveau d'INV à 2, voire 3 ou même 4, et même lui affecter un certain degré de risque vital.

Le niveau minimal peut également être lié à l'âge. Ainsi, une laryngite chez un adulte ou un enfant à un RV à 0 et une INV à 0. Par contre, cette laryngite chez le nourrisson lui fait courir un risque, certes très très faible, mais un risque quand même. Aussi, lui affecte-t-on un RV à 1.

Autre exemple par rapport à l'âge, ATCD d'hystérectomie : une hystérectomie ayant eu lieu il y a longtemps chez une personne âgée aura un RV à 0 et une INV à 0. Par contre, une hystérectomie chez une femme jeune entraînera de toute façon une invalidité INV= 3 (du fait de la stérilité) et un RV dépendant du motif de l'hystérectomie (cancer, tumeurs bénignes...).

Le niveau minimal peut également être influencé par la durée de l'affection : une asthénie a une INV à 0, car elle est généralement de courte durée. Si elle dure depuis plusieurs années, on passe à au moins 1 (souvent problèmes psychiatrique sous-jacent).

Le niveau minimal peut également être influencé par un appareillage plus ou moins gênant. Ainsi, une personne portant un dentier aura une invalidité à 2, celle portant une couronne ou un bridge aura une invalidité à 1, et celle ayant seulement des caries aura une invalidité à 0.

Risque Vital pour le tabac :

	Moins de 5 cigarettes	De 5 à 20 cigarettes	Plus de 20 cigarettes	Ancien fumeur, quelle que soit la quantité
Moins de 5 ans	Rv = 0	Rv = 1	Rv = 1	Rv = 0
de 5 à 10 ans	Rv = 0	Rv = 1	Rv = 2	Rv = 1
Plus de 10 ans	Rv = 1	Rv = 2	Rv = 3	Rv = 2

Une femme sous pilule ne peut pas avoir un risque vital inférieur à 1, quel que soit le cas de figure. Par contre, si elle fume le risque vital sera au minimum à 2. Pour savoir si elle est sous pilule, il faut revenir aux médicaments consommés la veille, ou aux médicaments acquis et notés sur le carnet de soins (il n'y a en effet pas de question spécifique sur la contraception).

Quand on ne sait pas quelle sera l'évolution d'une affection, on met le risque minimum. Ainsi, une aménorrhée de quelques mois peut avoir 36 explications. Ne sachant pas laquelle est la bonne, on chiffre un RV à 0 et une INV à 0. Par contre, une aménorrhée qui dure depuis plusieurs années entraîne automatiquement une stérilité ce qui entraîne une invalidité à 2 ou 3 selon les cas.

Risque vital

- 0 : aucun indice de risque vital,
- 1 : pronostic péjoratif très très faible,
- 2 : pronostic péjoratif faible,
- 3 : risque possible sur le plan vital,
- 4 : pronostic probablement mauvais (DC > 50% dans les 10 ans)
- 5 : pronostic sûrement mauvais (dans les 5 ans),
- 8 : impossible à déterminer (par manque d'information),
- 9 : personne décédée en cours d'enquête.

Le niveau du risque vital est établi en faisant la synthèse :

- des pathologies existantes sur le questionnaire santé (QS),
- de l'éventuelle prise en charge à 100% (quelque soit son motif, en dehors des femmes enceintes et des régimes ou statuts assurant la gratuité des soins). Il faut se rappeler que l'exonération du ticket modérateur traduit l'aide que consent la société pour prendre en charge une maladie grave.
- de la notion « ne travaille pas pour raison de santé ». Quelqu'un qui a du arrêter son activité professionnelle pour maladie est forcément gravement atteint,
- des commentaires des enquêteurs sur le questionnaire principal. Il ne faut jamais omettre de regarder ces commentaires qui vous donne souvent de précieuses indications. L'exemple le plus marquant est : « mon mari vous a dit souffrir d'un ulcère de l'estomac, en fait c'est un cancer mais il ne le sait pas ».
- de la lourdeur des traitements en cours sur le carnet de soins ou le questionnaire santé, voire de la consommation de certains médicaments, telles les pilules.
- des antécédents chirurgicaux sur le questionnaire santé et sur l'éventuel questionnaire hospitalisation,
- du port d'une prothèse sur le questionnaire santé,
- de la notion de tabagisme ou d'antécédent de tabagisme,
- des éventuels questionnaires hospitalisation et établissement spécialisé.

Un exemple pour vous indiquer comment faire une synthèse du risque vital :

Un enquêté de 65 ans qui a une artérite des MI (note 3 quand isolée), une HTA traitée (note 2 quand isolée) et une angine de poitrine (note 3 quand isolée) aura un risque vital à 4. Par contre, si ce même individu continue à fumer il aura un risque vital à 5, c'est à dire le risque vital le plus péjoratif.

Quelqu'un qui a un cancer du poumon aura un risque vital à 5, alors que s'il s'agit d'un cancer du poumon traité depuis par exemple 3 ans (ATCD cancer du poumon) le risque vital ne sera qu'à 4.

Une personne présentant une dépression (Rv = 2) et une HTA (Rv = 2) aura un risque vital global à 2 puisque ces deux affections n'interfèrent pas l'une sur l'autre.

Invalidité

- 0 : pas de gêne,
- 1 : gêné de façon infime,
- 2 : peu gêné,
- 3 : gêné, mais mène une vie normale,
- 4 : doit restreindre un peu ses activités professionnelles ou domestiques,
- 5 : activité réduite et/ou ralentie,
- 6 : n'a pas d'autonomie domestique,
- 7 : alitement permanent,
- 8 : impossible à déterminer (par manque d'information),
- 9 : personne décédée en cours d'enquête.

Le niveau du degré d'invalidité est établi en faisant la synthèse :

- des pathologies existantes sur le questionnaire santé (QS),
- de l'éventuelle prise en charge à 100% (quelque soit son motif, en dehors des femmes enceintes et des régimes ou statuts assurant la gratuité des soins). Il faut se rappeler que l'exonération du ticket modérateur traduit l'aide que consent la société pour prendre en charge une maladie grave.
- de la notion « ne travaille pas pour raison de santé ». Quelqu'un qui a du arrêter son activité professionnelle pour maladie est forcément gravement atteint,
- des commentaires des enquêteurs, sur le questionnaire principal,
- de la lourdeur des traitements en cours, sur le carnet de soins ou le questionnaire santé,
- des antécédents chirurgicaux sur le questionnaire santé et sur l'éventuel questionnaire hospitalisation,
- du niveau de handicap pour se déplacer ou faire sa toilette :
 - Je ne me lève pas de mon lit INV = 7 (avec aussi un RV au minimum à 3 (risque de phlébite, d'escarres...),
 - Je peux me lever un peu INV = 6,
 - Je peux me déplacer avec l'aide d'une autre personne INV = 5,
 - Je peux me déplacer avec un appareil ou une canne INV = 4,
 - Je n'ai besoin d'aucune aide, mais je ressens certaines limitations INV = 3.
 - Je fais ma toilette seul INV = 3,
 - Je la fais avec une aide INV = 4/5.
- du port d'une prothèse et de l'état dentaire sur le QS. Si les gens ont toutes leurs dents soit intactes, soit traitées (caries traitées), il n'ont aucune invalidité. Par contre, s'ils ont perdu une partie de leurs dents leur invalidité est à 1 pour ce motif. S'ils ont perdu la totalité ou presque, de leurs dents, leur invalidité pour ce motif est à 2. S'ils portent une prothèse dentaire fixe leur invalidité est à 1, et s'ils portent une prothèse amovible, elle est à 2.
- du port de lunettes qui entraîne automatiquement une invalidité à 1, ou du port d'un appareil auditif qui entraîne une invalidité à 3.
- des éventuels questionnaires hospitalisation et établissement spécialisé.

Le degré d'invalidité doit être **permanent** (HTA) ou répétitif (asthme) pour être pris en compte. Ainsi, une fracture du poignet droit chez un adolescent qui occasionne une forte invalidité momentanée, n'a que très peu de probabilité d'entraîner une invalidité permanente ensuite ; cette fracture n'est pas à prendre en compte dans la note d'invalidité. A l'inverse, cette même fracture du poignet chez une personne de 85 ans risque dans la plupart des cas d'entraîner des séquelles permanentes et sera donc prise en compte dans le degré d'invalidité.

Une invalidité à 0 implique l'absence de toute maladie permanente. Dès qu'il existe une affection permanente ou un trouble saisonnier il existe un certain degré d'invalidité : presbytie = 1, rhume des foins = 2, sinusite chronique = 2, surdité unilatérale partielle = 1, asthme = 3 (avec RV=2), ATCD de cholécystectomie = 1, constipation = 1, syndrome prémenstruel = 1...

**Quelques exemples
de risque vital et d'invalidité minimum
pour des affections prises isolément**

	RV	Inv
Alcoolisme	3	3
Anxiété, angoisse	0	2
Angine de poitrine	3	4
Artérite	3	4
Asthme	2	3
Aérophagie	0	2
Adénome de la prostate	1	3
Acné	0	1
Arthrose membre sup.	0	2
Arthrose membre inf.	0	3
Asthénie	0	0
Allergie (variable minimum)	0	2
Anémie permanente	1	1
Athérosclérose	2	2
Anévrisme aorte	4	5
Amputation de 2 doigts	0	3
Bronchite chronique	3	3
Brucellose	1	0
Cancer de l'estomac	4	4
ATCD cancer de l'estomac	3	3
Cancer du poumon	5	5
Caries	0	0
Cataracte	0	3
Cécité unilatérale	0	3
Cœur - mal. de cœur (vraie maladie) = cardiopathie mal définie	3	3
Constipation	0	1
Colite	0	2
Cholécystectomie	0	1
Contraception orale	1	0
Contraception et tabac	2	0
Cystite SAI	0	0
Cystite fréquente	0	2
Cors aux pieds	0	1
Cellulalgie	0	1

Diabète ID	3	4
Diabète NID	2	3
Dépression sans traitement ou sous antidépresseurs	2	3
Dépression avec tt. Antipsychotique	2	4
Déchaussement des dents	0	2
Digestion difficile, flatulence	0	2
Dyslexie	0	2
Diverticule colon	1	2
Epilepsie	2	4
Emphysème	3	4
Eczéma	0	2
Enurésie	0	2
Fibrome	1	2
Goutte	2	3
Glaucome	0	4
Gastrectomie (séquelles)	3	4
Genu Valgum	0	1
Hépatite virale A	0	1
Hépatite B	3	1
Hémiplégie	3	5
HTA	2	2
Hémorroïdes	0	2
Hernie hiatale	0	2
Hépatite aiguë, virale SAI	1	1
Hypercholestérolémie seule	2	2
Hyperthyroïdie	1	2
Impuissance sexuelle	0	3
Incontinence urine	0	3
Insuffisance cardiaque	3	4
Insuffisance rénale (dialysée)	3	5
Insuffisance rénale (non dialysée)	2	0
Infarctus	3	3
Lunettes (sauf cas spécial)	0	1
Luxation congénitale	0	2
Migraines	0	2
Maux de tête	0	2
ATCD mammectomie	3	3
Tr. de la mémoire	0	2
Tr. de la ménopause	0	2
Mastose	1	2

Obésité	2	2
Ostéoporose	0	2
Parkinson	3	4
Prothèse dentaire fixe	0	1
Prothèse dentaire complet ou amovible	0	2
Prolapsus	0	3
Psoriasis	0	2
Polyarthrite	0	3
Polyarthrite rhumatoïde	1	4
Pieds plats	0	1
Polynévrite	3	4
Phlébite	3	2
Pace Maker	2	2
Pancréatite chronique	3	4
Rétinopathie, décollement rétine	0	2
Rhume des foins	0	2
R. M.	3	4
Sciatique	0	3
Surdité unilatérale SAI	0	1
Surdité SAI	0	2
Sinusite chronique	0	2
Silicose	3	3
Scoliose	0	2
SEP	3	3
ATCD tuberculose, primo-infection	1	0
Troubles circulatoires	1	2
Trachéite chronique	0	1
Tr. des règles	0	2
Tr. du sommeil	0	1
Tremblements	0	3
Troubles du rythme	2	2
Ulcère estomac	2	2
Ulcère variqueux	2	4
Varices	1	2
Vésicule (calculs)	0	1
Verrue	0	1
Vertiges	0	2

Annexe 6

Détails des résultats de participation

Tableau 3
Comparaison des données de l'enquête ESPS 2000 avec les données de la CNAMTS

	Résultats de l'ESPS 2000			Données Assurance Maladie au 31 décembre 1999 *	
	Données brutes	Données pondérées		Effectif	Pourcentage
		Effectif	Pourcentage		
Population protégée par la Sécurité sociale	20 022	20 015	99,9 %	58 746 500	99,8 %
Ensemble Régime général	17 447	17 655	88,1 %	49 208 966	83,6 %
- Régime général des salariés	13 384	13 856	69,1 %		
- Régime rattaché	4 005	3 748	18,7 %		
- Régime général SAI	58	51	0,3 %		
Ensemble Régime spécial	2 452	2 226	11,1 %	9 537 534	16,2 %
- Mutualité Sociale Agricole	1 244	1 046	5,2 %	4 234 764	7,2 %
- CANAM	916	733	3,7 %	2 905 264	4,9 %
- Autre régime spécial**	292	448	2,2 %	2 397 506	4,1 %
Régime SAI	104	102	0,5 %		
Assuré à l'étranger**	19	32	0,2 %		
Non protégée	14	17	0,1 %	100 000	0,2 %
Inconnu	10	14	0,1 %		
Ensemble des enquêtés	20 045	20 045	100,0 %	58 846 500	100,0 %

* Sources : Cnamts et Eco-Santé France 2001.

** Ces régimes ne font pas partie de l'échantillon.

CREDES-ESPS 2000

Tableau 4
Bilan des adresses ESPS 2000 selon la modalité d'enquête

	Avant le terrain		Téléphone			Déplacement			Ensemble		
	Nb.	% / total	Nb.	% / total	% / champ	Nb.	% / total	% / champ	Nb.	% / total	% / champ
Doublons	452	32,0	7	0,1		23	0,4		482	2,6	
Hors champs	191	13,5	140	1,3		199	3,4		530	2,9	
NPAI	-	-	-	-	-	772	13,3	14%	772	4,2	4%
Adresse incomplète	712	50,5	-	-	-	185	3,2	3%	897	4,9	5%
Aucune personne jointe	-	-	438	4,0	4%	785	13,5	14%	1 223	6,7	7%
Mauvaise coordonnée	-	-	1 331	12,1	12%	380	6,6	7%	1 711	9,4	10%
Déménagement	-	-	267	2,4	2%	621	10,7	11%	888	4,9	5%
Absent longue durée	-	-	41	0,4	0%	96	1,7	2%	137	0,8	1%
Éliminés (y.c. adresse cpam, excentré...)	56	4,0	10	0,1	0%	2	0,0	0%	68	0,4	0%
Total non joints	768	54,4	2 087	19,0	19%	2 841	49,0	51%	5 696	31,3	33%
Acceptation	-	-	5 337	48,6	49%	1 750	30,2	31%	7 087	39,0	41%
Refus	-	-	3 406	31,0	31%	989	17,1	18%	4 395	24,2	26%
Total joints			8 743	79,6	81%	2 739	47,3	49%	11 482	63,1	67%
Ens. adresses dans le champ	768	54,4	10 830	98,6	100%	5 580	96,3	100%	17 178	94,4	100%
Total	1 411	100,0	10 982	100,0		5 797	100,0		18 190	100,0	

Tableau 5
Bilan des adresses ESPS 2000 selon la vague d'enquête

	Avant le terrain		Vague 1			Vague 2			Ensemble		
	Nb.	% /total	Nb.	% / total	% / champ	Nb.	% / total	% / champ	Nb.	% / total	% / champ
Doublons	452	32,0	9	0,1		21	0,3		482	2,6	
Hors champs	191	13,5	161	1,9		178	2,1		530	2,9	
NPAI	-	-	334	4,0	4%	438	5,2	5%	772	4,2	4%
Adresse incomplète	712	50,5	85	1,0	1%	100	1,2	1%	897	4,9	5%
Aucune personne jointe	-	-	532	6,3	6%	691	8,2	8%	1 223	6,7	7%
Mauvaise coordonnée	-	-	763	9,1	9%	948	11,3	12%	1 711	9,4	10%
Déménagement	-	-	429	5,1	5%	459	5,5	6%	888	4,9	5%
Absent longue durée	-	-	74	0,9	1%	63	0,8	1%	137	0,8	1%
Éliminés (y.c. adresse cpam, excentré...)	56	4,0	8	0,1	0%	4	0,1	0%	68	0,4	0%
Total non joints	768	54,4	2 225	26,5	27%	2 703	32,2	33%	5 696	31,3	33%
Acceptation	-	-	3 631	43,3	44%	3 456	41,2	42%	7 087	39,0	41%
Refus	-	-	2 362	28,2	29%	2 033	24,2	25%	4 395	24,2	26%
Total joints			5 993	71,4	73%	5 489	65,4	67%	11 482	63,1	67%
Ens. adresses dans le champ	768	54,4	8 218	98,0	100%	8 192	97,6	100%	17 178	94,4	100%
Total	1 411	100,0	8 388	100,0		8 391	100,0		18 190	100,0	

Tableau 6
Répartition des doublons et des assurés hors champs dans l'enquête ESPS 2000

	Avant le terrain		1ère vague		2ème vague		Ensemble		
	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	% hors champs
<i>Doublons</i>	452	44,7	9	0,9	21	2,1	482	47,6	
Assuré décédé	106	10,5	68	6,7	102	10,1	276	27,3	52,1
Assuré en maison de retraite	54	5,3	42	4,2	31	3,1	127	12,6	24,0
Adresse ménage non ordinaire	0	0,0	33	3,3	29	2,9	62	6,1	11,7
Assuré à l'hôpital ou en clinique	21	2,1	0	0,0	0	0,0	21	2,1	4,0
SDF	0	0,0	5	0,5	2	0,2	7	0,7	1,3
Assuré en prison	4	0,4	0	0,0	0	0,0	4	0,4	0,8
Dom-tom, Etranger	6	0,6	8	0,8	5	0,5	19	1,9	3,6
Hors champs Sai	0	0,0	5	0,5	9	0,9	14	1,4	2,6
<i>Total hors champs</i>	191	18,9	161	15,9	178	17,6	530	52,4	100,0
Total	643	63,5	170	16,8	199	19,7	1012	100,0	

Tableau 7
Répartition des motifs de refus parmi les assurés joints dans l'enquête ESPS 2000

	Téléphone			Face à face			Ensemble		
	Effectif	% / refus	% /	Effectif	% / refus	% /	Effectif	% / refus	% / joints
Ensemble des refus	3 406	100	39 %	989	100	36 %	4 395	100	38 %
Problème de santé, trop âgé									
A déjà répondu à l'enquête	521	15,3		81	8,2		602	13,7	5 %
Parle ou comprend mal le français	149	4,4		20	2		169	3,8	1 %
Pas le temps, pas intéressé	1 255	36,8		476	48,1		1 731	39,4	15 %
Hostile à cette enquête, aux sondages	431	12,7		147	14,9		578	13,2	5 %
Hostile à la Sécurité sociale, craint un contrôle	17	0,5		3	0,3		20	0,5	0 %
Influencé par un tiers	26	0,8		6	0,6		32	0,7	0 %
Raccroche au nez, n'ouvre pas	232	6,8		97	9,8		329	7,5	3 %
Enquête non obligatoire	106	3,1		-	0		106	2,4	1 %
Chutes en cours d'enquête	125	3,7		-	0		125	2,8	1 %
Problème hors santé	38	1,1		20	2		58	1,3	1 %
Autres	158	4,6		43	4,3		201	4,6	2 %
Ensemble des acceptés	5 337		61 %	1 750		64 %	7 087		62 %
Ensemble des assurés joints	8 743		100 %	2 739		100 %	11 482		100 %

Tableau 8
Taux de questionnaires auto-administrés exploitables de 1989 à 2000

		Questionnaire santé		Carnet de soins	
		Face à face	Téléphone	Face à face	Téléphone
1989	Vague 1	93,8	84,2	93,4	78,4
	Vague 2	93,5	86,7	92,4	82,8
1990	Vague 1	85,3	84,7	84,1	81,9
	Vague 2	93,2	89,3	91,4	83,9
1991	Vague 1	93,5	88,0	76,2	82,5
	Vague 2	92,8	93,0	87,5	92,3
1992	Vague 1	88,6	93,9	87,2	94,1
	Vague 2	88,4	93,5	88,2	91,9
1993	Vague 1	92,6	93,9	95,0	92,8
	Vague 2	84,1	93,1	84,1	92,3
1994	Vague 1	85,6	73,3	85,4	66,4
	Vague 2	89,4	75,9	83,3	70,8
1995	Vague 1	89,3	74,0	84,7	67,7
	Vague 2	84,9	71,8	80,7	65,2
1996	Vague 1	84,9	74,9	82,0	67,4
	Vague 2	82,3	76,8	79,9	71,9
1997	Vague 1	83,4	74,6	79,2	67,6
	Vague 2	75,5	73,1	75,4	67,0
1998	Vague 1	78,2	66,5	77,1	60,4
	Vague 2	80,2	70,4	79,0	65,2
2000	Vague 1	79,7	70,5	79,0	64,1
	Vague 2	77,1	70,9	76,1	64,5

Tableau 9
Participation dans l'enquête ESPS 2000
Calage sur les données des enquêtes précédentes

	Effectif	Répartition par rapport aux adresses ...		
		tirées	exploitées	jointes
adresses tirées	18 190	100,0 %		
adresses non exploitées	1 411	7,8 %		
adresses exploitées	16 779	92,2 %	100,0 %	
ménages non joints (y.c hors champs)	5 297		31,6 %	
ménage joints	11 482		68,4 %	100,0 %
acceptation	7 087		42,2 %	61,7 %
refus	4 395		26,2 %	38,3 %

Tableau 10
Participation de 1988 à 2000

	1988			1989			1990			1991		
	Effectif	% du total des adresses	% des ménages dans le champs	Effectif	% du total des adresses	% des ménages dans le champs	Effectif	% du total des adresses	% des ménages dans le champs	Effectif	% du total des adresses	% des ménages dans le champs
Adresses exploitées	5 290	100,0 %		5 363	100,0 %		6 092	100,0 %		6 226	100,0 %	
Ménages non joints	1 554	29,4 %		1 460	27,2 %		2 107	34,6 %		1 996	32,1 %	
Ménages joints	3 736	70,6 %	100,0 %	3 903	72,8 %	100,0 %	3 985	65,4 %	100,0 %	4 230	67,9 %	100,0 %
dont :												
ménage ayant accepté	2 625		70,3 %	3 057		78,3 %	3 214		80,7 %	3 017		71,3 %
refus	833		22,3 %	669		17,1 %	497		12,5 %	877		20,7 %
impossibilité	278		7,4 %	177		4,5 %	274		6,9 %	336		7,9 %
refus et impossibilité	1 111		29,7 %	846		21,7 %	771		19,3 %	1 213		28,7 %
Nbre de personnes enquêtées	7 984			9 236			9 707			8 951		
Nbre de personnes retenues	7 742			9 000			9 490			8 701		

	1992			1993			1994			1995		
	Effectif	% du total des adresses	% des ménages dans le champs	Effectif	% du total des adresses	% des ménages dans le champs	Effectif	% du total des adresses	% des ménages dans le champs	Effectif	% du total des adresses	% des ménages dans le champs
Adresses exploitées	6 517	100,0 %		7 995	100,0 %		7 966	100,0 %		7 594	100,0 %	
Ménages non joints	2 095	32,1 %		2 322	29,0 %		3 053	38,3 %		2 567	33,8 %	
Ménages joints	4 422	67,9 %	100,0 %	5 673	71,0 %	100,0 %	4 913	61,7 %	100,0 %	5 027	66,2 %	100,0 %
dont :												
ménage ayant accepté	3 266		73,9 %	4 081		71,9 %	3 386		68,9 %	3 479		69,2 %
refus	846		19,1 %	1 208		21,3 %						
impossibilité	310		7,0 %	384		6,8 %						
refus et impossibilité	1 156		30,9 %	1 592		40,8 %	1 527		31,1 %	1 548		30,8 %
Nbre de personnes enquêtées	9 559			11 804			10 141			10 157		
Nbre de personnes retenues	9 295			11 521			9 934			9 962		

	1996			1997			1998			2000		
	Effectif	% du total des adresses	% des ménages dans le champs	Effectif	% du total des adresses	% des ménages dans le champs	Effectif	% du total des adresses	% des ménages dans le champs	Effectif	% du total des adresses	% des ménages dans le champs
Adresses exploitées	10 483	100,0 %		9 046	100,0 %		17 705	100,0 %		16 779	100,0 %	
Ménages non joints	4 052	38,7 %		3 507	38,8 %		5 510	31,1 %		5 297	31,6 %	
Ménages joints	6 431	61,3 %	100,0 %	5 539	61,2 %	100,0 %	12 195	68,9 %	100,0 %	11 482	68,4 %	100,0 %
dont :												
ménage ayant accepté	4 244		66,0 %	3 905	43,2 %	70,5 %	7 996	45,2 %	65,6 %	7 087	42,2 %	61,7 %
refus et impossibilité	2 187		34,0 %	1 634	18,1 %	29,5 %	4 199	23,7 %	34,4 %	4 395	26,2 %	38,3 %
Nbre de personnes enquêtées												
Nbre de personnes retenues	12 203			11 324			23 035			20 045		

Liste des schémas, tableaux et graphiques

Schéma 1	
Composition des ménages enquêtés dans l'enquête ESPS	14
Schéma 2	
Sélection des échantillons depuis 1988.....	16
Schéma 3	
Procédures d'anonymisation	19
Schéma 4	
Déroulement de l'enquête « face-à-face ».....	37
Schéma 5	
Déroulement de l'enquête « téléphone ».....	41
Schéma 6	
Récupération des données d'enquête.....	46
Schéma 7	
Devenir des adresses tirées au sort en 2000	52
Schéma 8	
Devenir des adresses de 2000 dans la modalité « face-à-face »	57
Schéma 9	
Devenir des adresses de 2000 dans la modalité téléphonique.....	58
ANNEXE 1 :	
Tableau 1	
Récapitulatif des thèmes rencontrés dans l'enquête entre 1988 et 2002	75
ANNEXE 4 :	
Tableau 2	
Calendrier théorique d'une enquête ESPS se déroulant l'année N	159
ANNEXE 6 :	
Tableau 3	
Comparaison des données de l'enquête ESPS 2000 avec les données de la CNAMTS	201
Tableau 4	
Bilan des adresses ESPS 2000 selon la modalité d'enquête.....	201
Tableau 5	
Bilan des adresses ESPS 2000 selon la vague d'enquête.....	202
Tableau 6	
Répartition des doublons et des assurés hors champs dans l'enquête ESPS 2000.....	202
Tableau 7	
Répartition des motifs de refus parmi les assurés joints dans l'enquête ESPS 2000	203
Tableau 8	
Taux de questionnaires auto-administrés exploitables de 1989 à 2000	204
Tableau 9	
Participation dans l'enquête ESPS 2000 Calage sur les données des enquêtes précédentes	205
Tableau 10	
Participation de 1988 à 2000	206

Graphique 1	
Motifs de chute des assurés non joints parmi les assurés dans le champ de l'enquête ESPS 2000	53
Graphique 2	
Participation et refus : réponses des ménages contactés pour l'enquête ESPS 2000	55
Graphique 3	
Évolution de la non-réponse entre 1988 et 2000.....	60
Graphique 4	
Taux de participation de 1988 à 2000	60
Graphique 5	
Taux de questionnaires santé exploitables de 1989 à 2000 selon la modalité d'enquête	61
Graphique 6	
Taux de carnets de soins exploitables de 1989 à 2000 selon la modalité d'enquête	61