

questions

d'économie de la santé

méthode

Repères

Le CREDES a conçu l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) à la demande et en collaboration avec la CNAMTS. Depuis 1988, année de sa première réalisation, le CREDES assure sa mise en œuvre, la production des fichiers d'exploitation et les principales analyses.

Initialement limité aux assurés du Régime général, le champ de l'enquête s'est élargi à ceux de la CANAM en 1994, puis à ceux de la MSA en 1996. D'autres partenaires sont associés à son développement, en particulier la FNMF, la DREES plus récemment et l'INVS en 2002. L'enquête s'inscrit désormais dans le paysage des systèmes d'information sur la santé.

L'enquête ESPS inaugure la série Méthode des Questions d'économie de la santé. Cette nouvelle série a pour objectif de décrire les outils développés par le CREDES afin d'encourager leur utilisation par d'autres équipes de recherche.

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

Anne Doussin, Sylvie Dumesnil, Philippe Le Fur

L'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) est réalisée à partir d'un échantillon d'assurés sociaux de France métropolitaine. Son principal objectif est de décrire et d'analyser les relations entre consommation de soins, état de santé, caractéristiques socio-économiques et couverture sociale. Menée depuis 1988, d'abord tous les ans, puis tous les deux ans, elle associe la méthode de l'interview par téléphone ou par déplacement d'enquêteur à celle des questionnaires auto-administrés. Depuis 1998, sur dix ménages contactés, six ont accepté de participer à l'enquête, ce qui représente environ 7 000 ménages et 20 000 individus. Parmi ceux-ci, certains ont été interrogés quatre fois en quatorze ans.

Cette enquête constitue une source d'information unique. Il s'agit en effet de la seule opération, menée actuellement en France, permettant d'associer de façon individuelle, pour une majorité d'enquêtés, les informations déclarées aux consommations présentées au remboursement des caisses de Sécurité sociale.

Sa courte périodicité lui confère une réactivité permettant d'aborder des questions conjoncturelles, soit dans le but de contribuer à l'évaluation de politiques de santé, soit pour apporter des éléments de connaissance sur les comportements de soins des Français et leurs opinions concernant le système de santé. Ainsi, l'enquête Santé et Protection sociale a par exemple contribué à informer les pouvoirs publics sur la proportion de personnes renonçant à des soins pour raisons financières. Elle alimente, avec d'autres, la réflexion sur la Couverture maladie universelle (CMU) et participe actuellement à son évaluation.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : document@credes.fr

Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :
Dominique Polton

Rédactrice en chef :
Nathalie Meunier

Maquettiste :
Aude Sirvain

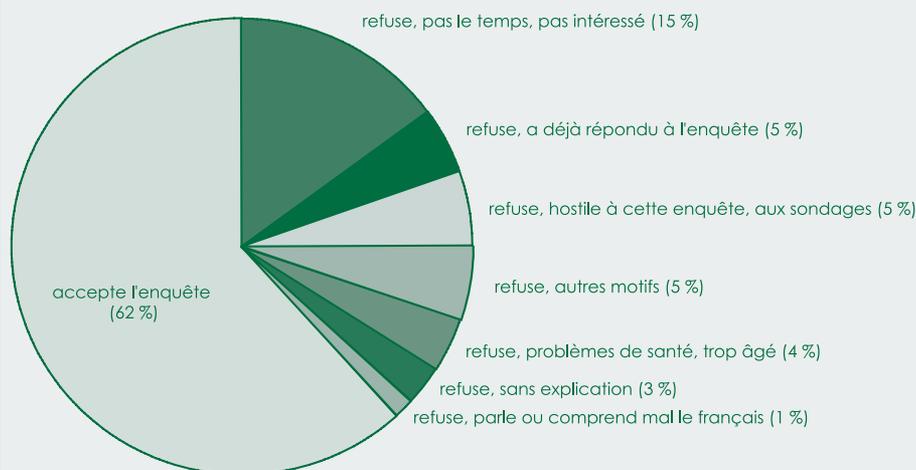
ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

10 à 15 numéros par an

Participation et motifs de refus des ménages contactés pour l'enquête ESPS 2000



Source : ESPS 2000 - CREDES

L'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) est une enquête menée tous les deux ans auprès de personnes résidant en France métropolitaine. Dans ce document, sont présentés les objectifs et la méthode de l'enquête : champ, échantillonnage, questionnaires et modes de recueil. Enfin, sont soulignées les limites et les réserves méthodologiques.

Objectifs de l'enquête

Le principal objectif de l'enquête ESPS est de décrire et d'analyser les relations entre la consommation de soins, l'état de santé, les caractéristiques socio-économiques et la couverture sociale.

De par sa conception, cette enquête présente certaines spécificités qui en font un outil unique d'observation et d'analyse :

- les données de l'enquête **sont reliées aux données de prestations**. Pour un même individu, on peut ainsi disposer des consommations de soins enregistrées par les caisses de Sécurité sociale et de ses caractéristiques socio-économiques et d'état de santé recueillies par enquête. Ces dernières sont relevées pour tenter d'expliquer les consommations enregistrées et les comportements de soins.
- les modalités de tirage de l'échantillon permettent de **constituer un panel de ménages** puisque les enquêtés sont contactés tous les quatre ans. Depuis 1988, année de la première enquête, nous disposons de quatre points de recueil pour certains individus.
- sa courte périodicité lui confère **une réactivité** qui permet d'intégrer rapidement certaines thématiques d'actualité afin d'alimenter la réflexion des différents intervenants du domaine de la santé.

Champ de l'enquête

L'enquête concerne des ménages ordinaires¹ résidant en France métropolitaine

¹ Un ménage ordinaire est constitué de l'ensemble des occupants d'un logement privé. Il peut s'agir d'une personne seule ou de plusieurs personnes non nécessairement liées par des liens de parenté.

Participation à l'enquête ESPS 2000

Les échantillons d'assurés sociaux des trois principales caisses d'Assurance maladie sont enquêtés par moitié tous les deux ans. En 2000, parmi les assurés à enquêter :

- 6 % sont d'emblée exclus, soit parce qu'ils n'appartiennent pas au champ de l'enquête ou sont décédés, soit parce que les enregistrements correspondent à des doublons¹ ;
- 31 % ne sont pas joints, car l'adresse postale fournie est incorrecte ou parce qu'aucun contact avec l'assuré n'a pu être établi. Parmi eux, certains sont probablement « hors champ » mais cette information n'est pas récupérable faute de contact avec l'assuré ;
- 24 % sont joints mais refusent de participer à l'enquête pour des raisons diverses ;
- 39 % sont joints et acceptent de participer.

Parmi les assurés joints, appartenant au champ de l'enquête en 2000, 62 % ont accepté de participer (cf. graphique page 1). Cependant, on note une tendance à la baisse de la participation d'environ 10 % depuis 1988. Des travaux sont en cours pour faire la part des choses entre un effet de lassitude chez les personnes sollicitées pour la deuxième, troisième ou quatrième fois et un phénomène plus général de méfiance vis-à-vis des enquêtes.

¹ il peut exister deux enregistrements pour un seul assuré s'il est inscrit dans deux régimes de Sécurité sociale, l'un des deux enregistrements est donc supprimé.

dont un membre au moins est âgé de plus de quinze ans et est assuré de l'un des trois 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).

Sont exclus du champ de l'enquête :

- les ménages collectifs (maison de retraite, prison...),
- les ménages domiciliés dans les DOM-TOM ou à l'étranger,
- les ménages ne disposant pas d'un lieu de résidence fixe (SDF).

Echantillons d'origine

L'enquête ESPS est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des bénéficiaires des trois principales caisses de Sécurité sociale. Ces échantillons sont constitués d'assurés sociaux² (et de leurs ayants droit) dont le numéro de Sécurité sociale répond à certains critères, notamment sur le mois et l'année de naissance.

L'échantillon de la CNAMTS, appelé Echantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) et utilisé dans l'enquête, est représentatif au 1/1 200^e des assurés

² Dans l'enquête, ces assurés sont dits « assurés principaux » quel que soit leur statut au sein du ménage (fils, grand-mère...).

de ce régime³ (et de leurs ayants droit). Les échantillons de la CANAM et de la MSA ont été créés en 1994 et 1996 sur le même principe que l'EPAS.

Déroulement de l'enquête

Une année donnée, la moitié des assurés appartenant aux échantillons est sollicitée ainsi que l'ensemble des membres de leur ménage ; l'autre moitié l'est deux ans plus tard. Chaque assuré (et son ménage) peut donc être enquêté tous les quatre ans tant qu'il est présent dans l'un des échantillons.

L'enquête sur le terrain est sous-traitée à une société d'enquête. Elle s'effectue en deux vagues, l'une au printemps, l'autre en automne, afin de prendre en compte la saisonnalité de certaines pathologies. La répartition des individus dans les deux vagues est aléatoire.

Questionnaires et informations recueillies

L'enquête ESPS associe plusieurs questionnaires, l'un complété par interview assisté par ordinateur, les autres remplis par l'enquêté lui-même (questionnaires auto-administrés).

³ L'EPAS est actuellement représentatif au 1/600^e car le taux de tirage a été doublé en 2000. L'enquête ESPS est restée basée sur l'échantillon initial.

Le questionnaire principal est réalisé par interview. L'enquêteur recueille, de préférence auprès de l'assuré principal :

- pour chacune des personnes du ménage, les caractéristiques socio-démographiques, l'activité professionnelle, la couverture sociale obligatoire, l'existence d'une couverture complémentaire santé, le bénéficiaire ou non du RMI et de la CMU...

- des informations sur ses comportements de soins et sur ses opinions et connaissances du système de santé. Depuis 1996, l'enquête permet notamment de relever des informations sur les renoncements aux soins pour des raisons financières. En 2002, de nouvelles questions ont été introduites concernant le recours du ménage aux urgences hospitalières, l'utilisation de la carte vitale et des médicaments génériques...

Les questionnaires remplis par les enquêtés concernent la santé et la couverture complémentaire maladie :

- Le **questionnaire santé** est remis à chacun des membres du ménage. Il comprend systématiquement des questions sur l'état de santé, sur certains comportements à risque ou de prévention (alcool, tabac...) et sur la consommation de médicaments la veille de l'enquête. En dehors de ce cadre général, chaque année, des questions complémentaires sont posées. En 2002, elles portent en particulier sur les vaccinations des adultes et l'alimentation.
- Un **questionnaire sur une pathologie définie** est ajouté selon les années. Il concernait, par exemple, la dépression⁴ en 1996, l'asthme⁵ en 1998. En 2002, à la demande de l'INVS, un questionnaire est consacré au diabète et à sa prise en charge.

⁴ Cf. « Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-97 », A. Le Pape, T. Lecomte, CREDES, 1999, Biblio n° 1277.

⁵ Cf. « L'asthme en France selon les stades de sévérité », L. Com-Ruelle, B. Crestin, S. Dumesnil, CREDES, 2000, Biblio n° 1290.

Relier les données de l'enquête à des données administratives : la méthode d'appariement

En 1988, l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) a été créée pour enrichir les données de consommations de soins enregistrées dans l'Echantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS) de la CNAMTS, par des caractéristiques socio-économiques et d'état de santé des individus. Au fil des années, des échantillons similaires provenant des deux autres principales caisses de Sécurité sociale, la CANAM et la MSA, ont été créés.

La méthode d'appariement consiste à relier pour un individu à l'aide d'un identifiant commun et anonyme, les informations déclarées lors de l'enquête (état de santé, couverture maladie, niveau socio-économique...) aux consommations de soins présentées au remboursement. Seules peuvent être appariées les données des individus enquêtés appartenant aux échantillons d'assurés sociaux. De plus, sont exclus de l'appariement les assurés du régime général (et leurs ayants droit) dont les remboursements ne sont pas gérés par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), par exemple les étudiants et certains fonctionnaires.

Pour une enquête d'une année n, l'appariement est effectué au cours de l'année n + 1 pour les soins ambulatoires et de l'année n + 2 pour l'hospitalisation.

Depuis 1998, pour chaque enquête, les données sont appariées pour environ 10 000 personnes, soit la moitié de l'effectif total des enquêtés. Les données appariées de l'enquête 1997 ont fait l'objet d'une publication (cf. *La consommation médicale en 1997 selon les caractéristiques individuelles*. A. Aligon, L. Com-Ruelle, P. Dourgnon, S. Dumesnil, M. Grignon, A. Retailleau, CREDES, 2001, 310 pages, Biblio n° 1345).

- Le **carnet de soins** est systématiquement remis à chaque ménage. Il permet de relever, pendant trente jours et pour chaque membre du foyer, les consommations de soins.
- Le **questionnaire hospitalisation** est destiné à chacune des personnes hospitalisées au cours des trois mois précédant l'enquête.
- Le **questionnaire couverture complémentaire** est rempli par chaque souscripteur d'un contrat de couverture complémentaire maladie. Depuis 1998, il lui est notamment demandé de décrire les garanties couvertes et d'apprécier le niveau de remboursement de son contrat. C'est sur cette base qu'une première analyse du marché de la couverture complémentaire a pu être réalisée⁶. Un questionnaire adapté est proposé en cas de couverture complémentaire obtenue au titre de la CMU.

Modalités de recueil

Les interviews, assistées par ordinateur, sont effectuées par téléphone pour les assurés dont le numéro a pu être trouvé, en face-à-face pour les autres. De plus, en

⁶ « La couverture complémentaire en France : qui bénéficie de quels remboursements ? », A. Bocognano, A. Couffignal, S. Dumesnil, M. Grignon, CREDES, 2000, Biblio n° 1317.

2002, les ménages d'assurés principaux de plus de 69 ans ou bénéficiaires de la CMU complémentaire sont systématiquement interrogés en face-à-face.

L'enquête par téléphone comprend au minimum quatre appels, trente-cinq jours séparant le premier du dernier. Les deux tiers de l'interview sont effectués au cours du premier appel. Immédiatement après celui-ci, les questionnaires auto-administrés sont envoyés par la poste. Le deuxième appel permet d'expliquer comment les compléter. Les enquêtés les renvoient eux-mêmes une fois remplis. Le reste de l'interview est réalisé au cours des troisième et quatrième appels qui permettent aussi de motiver les enquêtés, notamment pour le remplissage du carnet de soins. Entre le premier appel et le troisième appel, les informations déjà collectées sur la santé et la couverture maladie sont analysées afin de repérer les réponses manquantes ou incohérentes. Des questions complémentaires peuvent ainsi être posées à l'occasion des derniers appels.

L'enquête en face-à-face est réalisée en deux visites à un mois d'intervalle. Les deux tiers de l'interview sont effectués au cours de la première visite. A la fin de celle-ci, les questionnaires auto-administrés sont expliqués et remis aux enquêtés. Au cours de la seconde vi-

site, le reste de l'interview est réalisé ; d'éventuelles questions complémentaires sont posées en cas d'incohérences des réponses faites lors de la première visite. Les questionnaires auto-administrés sont récupérés par l'enquêteur.

Traitement des données médicales

En parallèle au déroulement de l'enquête décrit ci-dessus, des médecins et d'autres professionnels de santé examinent les réponses aux questions relatives à la santé. Il s'agit de contrôler leur cohérence et leur validité, d'apprécier la pertinence d'une demande d'informations complémentaires, de formuler les questions qui devront être posées par les enquêteurs. Enfin, après avoir obtenu ces informations, ce personnel saisit et code les pathologies, les actes, les médicaments... De plus, une procédure de validation est effectuée afin d'être le plus complet possible dans le repérage des maladies dont souffrent les enquêtés. Pour cela, on s'appuie sur les affections déclarées, les motifs de consommation de médicaments et de recours aux soins. Par exemple, de nombreux enquêtés déclarent une hypercholestérolémie comme motif de traitement alors qu'ils ne mentionnent pas cette pathologie dans la liste de leurs problèmes de santé. Cette affection est, malgré tout, considérée comme présente le jour de l'enquête pour cet individu et prise en compte dans l'étude de la prévalence des maladies.

Au terme du traitement des données médicales, les médecins attribuent aussi à chaque individu un niveau d'invalidité et de risque vital, indicateurs synthétiques appréciés sur l'ensemble des informations déclarées par les enquêtés.

Constitution des bases de données

L'enquête sur le terrain terminée, l'ensemble des informations collectées sont transmises au CREDES pour la création des fichiers d'exploitation. Pour chaque enquête, le CREDES publie un rapport présentant les principaux résultats. A la suite de cette publication, la base de

Les procédures d'anonymisation

Pour garantir aux enquêtés qu'il n'existe aucune possibilité de remonter à des données nominatives, deux niveaux d'anonymisation ont été mis en place.

Avant la mise en œuvre de l'enquête ESPS, un service de la CNAMTS attribue à chaque ménage un identifiant appelé "n0". L'adresse postale et le n0 correspondant sont transmis directement à la société chargée de la réalisation de l'enquête. Une fois l'enquête réalisée, cette société détruit les données nominatives. Seules les données recueillies lors de l'enquête et le n0 sont transmis au CREDES.

Après apurement, les données sont envoyées à l'INSEE, organisme non impliqué dans l'enquête. Celui-ci remplace l'identifiant n0 par un nouvel identifiant n1. Cette double renumérotation s'effectue aussi pour les fichiers administratifs de prestations utilisés pour l'appariement (Cf. encadré page 3).

données est transmise aux partenaires du CREDES et peut, sur demande, être mise à la disposition d'autres équipes de recherche.

Ensuite, pour chaque enquête, les données individuelles sont reliées aux consommations de soins présentées au remboursement des caisses de Sécurité sociale (cf. encadré page 3).

Limites de l'enquête

Comme toutes les enquêtes en population, les données recueillies par l'enquête ESPS sont déclaratives, donc entachées d'une certaine incertitude. D'autres limites doivent être prises en considération :

- Les individus les plus malades et donc grands consommateurs de soins, sont sous-représentés dans l'enquête ESPS. En effet, d'une part, le champ de l'enquête ne comprend pas les individus en hospitalisation de longue durée ou en institution ; d'autre part, parmi les personnes incluses dans ce champ, les plus malades ou les plus âgées refusent plus souvent de participer que les autres.
- La proportion de ménages n'ayant pu être contactés dans le cadre de l'enquête ESPS est importante (30 % en 2000, cf. encadré participation page 2). Ceci s'explique en partie par la forte proportion d'adresses inexploitable pour l'enquête. Rappelons que ces adresses sont extraites de bases de gestion administrative. Cependant, l'utilisation

de ces bases permet d'une part, le lien entre les informations déclarées dans l'enquête et les consommations observées par les caisses, d'autre part, de répéter l'enquête sur les mêmes individus à quatre ans d'intervalle.

L'enquête Santé et Protection sociale, constitue un outil descriptif mais aussi d'analyse et d'aide à la décision, à la disposition des chercheurs, des décideurs et des acteurs du système de soins. Elle se caractérise par ses possibilités de liens avec les informations enregistrées par les caisses d'Assurance maladie, par son caractère répétitif sur une courte périodicité et par son ancienneté. Ces atouts majeurs sont indissociables de certaines limites qui, si elles ne remettent pas en cause la portée des résultats, doivent être prises en considération pour leurs interprétations. L'évolution de l'enquête doit s'accompagner d'une meilleure maîtrise de ces limites et tenir compte du développement et de l'évolution des systèmes d'information. La préparation de l'enquête 2004 a déjà débuté dans cet esprit.

Pour en savoir plus

Enquête sur la Santé et la Protection sociale (ESPS) : méthode et déroulement en 2002, A. Doussin, S. Dumesnil, Ph. Le Fur, CREDES, 2002, 190 pages, Biblio n° 1401, Prix : 40 euros.

Santé, soins et protection sociale en 2000, L. Auvray, S. Dumesnil, Ph. Le Fur, CREDES, 2001, 194 pages, Biblio n° 1364, Prix : 30 euros.