

**Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :**

[http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/
196-le-rapprochement-de-donnees-de-medecine-generale-
et-de-remboursement-de-l-assurance-maladie.pdf](http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/196-le-rapprochement-de-donnees-de-medecine-generale-et-de-remboursement-de-l-assurance-maladie.pdf)

Le rapprochement de données de médecine générale et de remboursement de l'Assurance maladie : étude de faisabilité et premiers résultats

Yann Bourgueil^{ab}, Julie Perlberg^{ab},

En collaboration avec Caroline Allonier^a, Philippe Boissault^b, Fabien Daniel^a,
Philippe Le Fur^{ab}, Philippe Szidon^b

^a Irdes ^b Prospere

Les travaux présentés ici avaient pour but de tester la faisabilité et de valider l'intérêt du rapprochement de données médicales avec des données de remboursement de l'Assurance maladie. Ce chaînage de données individuelles s'inscrit dans la constitution, à terme, d'un système d'information visant à développer la recherche sur les services de santé. Un tel système d'information permettrait, à partir d'un échantillon représentatif des médecins généralistes et des patients, de mesurer la morbidité traitée en soins primaires et d'analyser les pratiques des médecins généralistes ainsi que les parcours de soins des patients afin d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système de soins.

La première étape du test a consisté en la vérification technique de cette faisabilité. La seconde a permis d'évaluer l'intérêt de l'enrichissement des données de l'Assurance maladie avec les données cliniques pour identifier les populations atteintes de maladies chroniques, en l'occurrence les patients diabétiques et les patients hypertendus.

Selon l'enquête ESPS 2010, 85 % des personnes (hors institution) déclarent recourir au moins une fois dans l'année à un médecin généraliste. En 2010, le régime général a remboursé près de 234 millions de consultations en médecine générale, soit en moyenne 3,7 consultations par an et par habitant (Eco-Santé). De fait, le secteur des soins primaires, et plus largement des soins ambulatoires, répond à la partie

numériquement la plus importante de la demande de soins. Le secteur hospitalier, quant à lui, prend en charge la part de la demande de soins nécessitant une forte concentration d'expertise et de technique (un habitant sur 5 hospitalisé en 2010, cf. Eco-Santé). Cependant, si la connaissance de la morbidité prise en charge dans le secteur hospitalier a beaucoup progressé depuis vingt ans avec la mise en place du Programme de médicalisation des sys-

tèmes d'information (PMSI), il n'en est pas de même dans le secteur ambulatoire. Mis à part l'expérience de l'Observatoire de la médecine générale (OMG) élaboré par la Société française de médecine générale (SFMG) – certaines études ponctuelles comme Ecogen (Eléments de la consultation en médecine générale portée par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) recherche), et des recueils de données de

Réalisé dans le cadre du projet de l'équipe pluridisciplinaire de recherche Prospere (Partenariat pluridisciplinaire de recherche sur l'organisation des soins de premiers recours), cette étude participe aux objectifs de production de connaissances sur la performance des organisations de soins de premiers recours afin d'accompagner la transformation du système de soins ambulatoires*. Ce projet, sélectionné comme équipe émergente dans le cadre de l'appel d'offre de l'Iresp 2008, réunit des chercheurs de l'Irdes, de la Société française de médecine générale (SFMG) et du Centre de recherche médecine, science, santé et société (Cermes). Il a été financé pour quatre années (2009 à 2013) par une dotation de la Cnamts et chacune des institutions ardenaises.

* Outre cette synthèse, l'étude va également donner lieu à un article à paraître dans la revue *Santé publique* (n° 3/2014).

consultations ciblés sur les épidémies de grippe (www.grog.org/) ou organisés par des sociétés privées s'intéressant notamment aux prescriptions des médecins – on connaît très peu de chose sur la morbidité diagnostiquée et prise en charge en médecine de ville. Or, les situations rencontrées par les médecins évoluent vers la complexité. En effet, dans un contexte de vieillissement de la population, la poly-pathologie et la perte d'autonomie augmentent, ce qui complique les prises en charge (Hcaam, 2011). La connaissance des caractéristiques des patients ainsi que de la morbidité reconnue¹ et traitée en médecine générale apparaissent alors comme des conditions nécessaires au développement des savoirs sur les pratiques efficaces et sur l'adaptation des organisations en soins primaires dans le but de rendre les parcours de soins des patients plus efficaces.

Des sources de données permettant d'améliorer la connaissance de la morbidité en médecine de ville

La France est un des rares pays à disposer d'un système d'information individuelle exhaustif de données médico-administratives et sociales centralisées, gérées par des organismes publics. Si l'utilisation de ces données, avant tout produites pour la gestion, reste difficile tant du point de vue juridique, technique qu'organisationnel (Golberg *et al.*, 2012), les pouvoirs publics comme les acteurs de la santé cherchent à en améliorer l'exploitation à des fins de connaissances et d'évaluation en termes d'efficacité et d'efficience du système de soins.

De nombreux travaux, menés notamment par l'Assurance maladie, visent à identifier les pathologies des assurés avec les données de remboursement au moyen d'algorithmes construits à partir de la connaissance : des médicaments remboursés, des causes médicales de la mise sous Affections de longue durée (ALD) et des diagnostics hospitaliers (Cnamts, 2014). Ces méthodes permettent notamment de reconstituer des coûts

par pathologie et d'orienter les actions à mener en termes de gestion du risque.

Une autre approche, explorée dans les travaux présentés ici, consiste à documenter les consultations et visites réalisées par les médecins avec les problèmes (symptômes, syndromes et diagnostics) identifiés par les médecins généralistes ainsi que leurs prescriptions. De telles bases de données représentatives des pratiques en médecine générale sont développées par plusieurs pays comme le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande ou les Pays-Bas (Chevreul *et al.*, 2006).

Dans le contexte français, l'enrichissement des données médico-administratives issues des remboursements avec des informations « médicales » de ville offre, en théorie, des perspectives nouvelles de mesure de la morbidité rencontrée en médecine générale et d'analyse du fonctionnement du système de soins. Il s'agit notamment de la dimension de la poly-pathologie mais également d'analyses et de compréhension des pratiques de médecine de ville et des parcours des patients. Quelle est la proportion de personnes diabétiques non insulino-dépendantes identifiées et traitées sans médicaments ? Quelles sont les actions de prévention mises en place chez les patients hospitalisés pour un accident vasculaire cérébral (AVC) ? Combien de problèmes de santé identifiés et traités en médecine de

ville chez un patient hospitalisé pour une primo décompensation d'insuffisance cardiaque ? Quelle est la part des médicaments que le patient acquiert et pour lesquels il est remboursé suite à une prescription lors d'une consultation médicale ? Autant de questions, parmi d'autres, qui peuvent être explorées en rapprochant des données cliniques et de pratiques des médecins avec les informations sur les remboursements des patients produites en routine dans le Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram).

SOURCES ET MÉTHODE

Deux sources

Les données utilisées proviennent de l'Observatoire de médecine générale (OMG) et du Système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram). Créé par la Société française de médecine générale (SFMG), l'OMG, base non commerciale, est renseigné en temps réel et en continu comme un dossier médical informatisé. Les données collectées concernent l'ensemble des patients ayant consulté au moins une fois un des 30 médecins généralistes retenus pour le test d'appariement au cours de l'année 2008. Les données utilisées pour la phase de test sont structurées en deux niveaux qui donnent des informations sur les caractéristiques du patient, d'une part, et les caractéristiques de la séance (consultation ou visite), d'autre part. Les données extraites du Sniiram, regroupent l'ensemble des données qui ont servi au remboursement des patients ayant consulté l'un des 30 médecins généralistes (consultation ou visite), soit les prestations et coûts associés (hors les données d'hospitalisation qui n'étaient pas encore disponibles en 2008). Seuls les assurés du régime général ont pu être identifiés en 2008 dans le Sniiram.

Méthode

L'appariement probabiliste (Silveira et Artmann, 2009) ne s'appuie pas sur le Numéro d'inscription au répertoire (Nir) mais cherche à chaîner les séances avec 6 variables discriminantes : le numéro Adéli du médecin, les dates et types de séance (consultation ou visite), les mois et année de naissance ainsi que le genre du bénéficiaire. La confrontation d'informations sur les dates et natures des contacts ainsi que les informations liées à l'identité du patient ont permis de rapprocher les deux bases, OMG et Sniiram. La procédure de chaînage / appariement a été réalisée sur les séances. Lorsqu'un patient avait une séance appariée (retrouvée dans le Sniiram et dans l'OMG), ce patient était considéré comme apparié, et l'ensemble de ses séances se trouvaient intégrées à la nouvelle base appariée, qu'elles soient appariées ou non entre elles. Ce test d'appariement a fait l'objet d'une autorisation de la Commission nationale informatique et libertés (Cnil) et d'un avis favorable de l'Institut des données de santé (IDS).

¹ La morbidité est dite reconnue dès lors qu'elle est reconnue par le système de soins auquel les patients ont accès.

Un test de faisabilité du chaînage des données de l'OMG avec celles du Sniiram

Le projet présenté ici a été mené dans le cadre des travaux de recherche de l'équipe Prospère (Repères). Il visait à tester la faisabilité et l'intérêt de la constitution d'un outil de recherche en soins ambulatoires associant à l'échelon d'un assuré des données médicales issues d'une base de données de médecine de ville existante (OMG) avec les données de remboursement de l'Assurance maladie (Sniiram) en mobilisant une méthode d'appariement sans utiliser le numéro d'identification unique (Nir) [encadré Sources et Méthode].

La première phase de test consistant en l'appariement de ces deux bases a ainsi été réalisée à partir des données qui concernaient l'ensemble des patients ayant consulté en 2008 un des 30 médecins sélectionnés parmi les 150 médecins généralistes codant en routine pour l'OMG. Ce premier test avait pour objectif d'évaluer la faisabilité technique de cet appariement.

Dans un deuxième temps, une analyse exploratoire des données appariées a permis d'évaluer l'intérêt de ce chaînage pour le ciblage de deux types de populations atteintes de maladies chroniques, les patients diabétiques et les patients hypertendus. L'information clinique recueillie au cours de la consultation permet effectivement d'identifier les pathologies prises en charge à un stade précoce par les médecins, avant traitement médicamenteux, mise sous ALD ou hospitalisation en lien avec cette pathologie. La quantification de ces populations permet de présenter une image de la morbidité prise en charge plus conforme à celle des situations rencontrées par les professionnels et ainsi de les soutenir dans la mise en œuvre d'actions de prévention non nécessairement médicamenteuses.

Dans une première étape, la base constituée par le chaînage des données cliniques et des données du Sniiram est présentée pour l'année 2008 et comparée aux données de l'Échantillon permanent des assurés sociaux (Epas) pour la même année.

80 % des patients ont été chaînés

Les bases de données de l'OMG et du Sniiram, constituées pour le chaînage, comptent respectivement 37 992 patients représentant 126 793 séances dans l'OMG et 35 730 patients représentant 117 509 séances (consultations et visites) dans le Sniiram. Au total, près de 80 % des patients ont pu être appariés, soit 89 211 séances et 29 088 patients. Deux bases de données ont donc été constituées, l'une avec comme unité la séance et l'autre le patient. La procédure de chaînage était réalisée sur les séances et non les patients (Sources et Méthodes). La base de données appariées de niveau « séances » ne contient donc que des séances appariées, c'est-à-dire retrouvées dans le Sniiram et l'OMG. En revanche, la base de données appariée de niveau « patients » contient des données appariées et des données provenant uniquement de la base Sniiram ou uniquement de la base OMG (graphique 1).

Certains patients présents dans le Sniiram n'ont pu être appariés ($n = 6\,642$) car aucune de leur séance n'a été appariée (graphique 1). Ces patients ont été remboursés pour des actes réalisés en 2008 par un des 30 médecins sélectionnés, mais ne se retrouvent pas dans la base OMG. Ce résultat est probablement lié à des problèmes de codage des séances dans l'OMG (erreurs de codage ou omissions). À titre d'exemple, sur la totalité des séances, 2 608 (3 %) représentaient des visites alors que le taux de visites était de près de 7 % sur l'ensemble des séances du Sniiram. Cet écart s'explique probablement par un codage moins précis des visites que des consultations par les médecins de l'OMG.

À l'inverse, certains patients présents dans la base de l'OMG, c'est-à-dire ayant effectivement consulté un des 30 médecins sélectionnés au cours de l'année 2008, n'ont pas été appariés ($n = 8\,904$). Aucune de leurs séances n'a été retrouvée dans le Sniiram (graphique 1). Ceci s'explique par l'absence des patients des régimes autres que le régime général dans le Sniiram en 2008 (Mutuelle sociale agricole (MSA), Régime social des indépendants (RSI), Sections locales

mutualistes (SLM)). Cette limite propre à la phase de test disparaîtrait dans le cas d'une exploitation ultérieure des données Sniiram. Celles-ci prennent effectivement en compte l'ensemble des régimes d'assurance maladie à partir de 2009.

Les patients appariés comparables à la population du régime général en 2008, hormis du point de vue du taux d'ALD

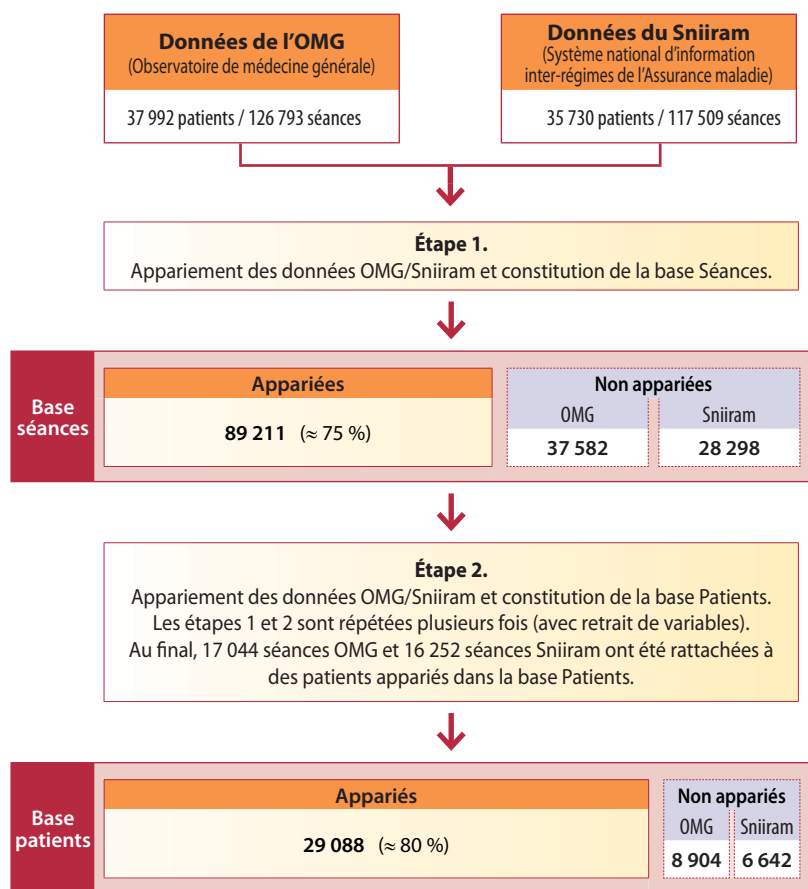
En 2008, les patients appariés avaient en moyenne 38 ans contre 39 ans dans l'Échantillon permanent des assurés sociaux² (Epas) et étaient majoritairement représentés par des femmes (54 %, proportion identique à celle de l'Epas). Ils étaient 2 % à avoir bénéficié de la Couverture maladie universelle (CMU) au moins une fois dans l'année, contre 3 % en population générale, et 6 % à avoir bénéficié de la CMU complémentaire au moins une fois dans l'année, contre 6,6 % en population générale (Epas, 2008). Au sein de l'échantillon, 3 718 (13 %) patients présentaient une ALD contre 16,5 % dans l'Epas (Païta et Weill, 2008). En moyenne, les patients ont eu six contacts (consultations et visites) avec un médecin généraliste dans l'année, ce qui est proche de la moyenne des patients recourant en médecine générale en 2008 (5,4 contacts en moyenne dans l'Epas).

Un repérage des pathologies chroniques amélioré par l'appariement

L'exploitabilité et la pertinence des données appariées ont été analysées à partir du repérage de deux populations, les patients diabétiques et les patients hypertendus. Les populations identifiées par un code ALD Diabète ou Hypertension artérielle ou par des traitements spécifiques à ces pathologies dans le Sniiram ont ainsi été comparées aux populations identifiées par les résultats de consultations³ pour ces mêmes pathologies dans l'OMG. En 2008, année du test, aucune information concernant les hospitalisations n'était accessible car le PMSI n'était pas encore

G1

Description de l'appariement des bases de données OMG et Sniiram



Source : OMG-Sniiram, 2008.

Réalisation : Irdes.

chainé avec le Sniiram. Ce chaînage est désormais effectif pour toutes les exploitations ultérieures à l'année 2008.

Le diabète, une des plus importantes pathologies chroniques en France, voit son coût progresser ces dernières années d'un milliard d'euros supplémentaires par an (Morel *et al.*, 2012). La prévalence du diabète traité pharmacologiquement était de 4,2 % en 2009, soit plus de 2,5 millions de personnes malades et traitées en France (Ricci *et al.*, 2010). Celle du diabète diagnostiqué mais non traité atteignait, en 2009, 0,6 %

de la population française, soit environ 360 000 personnes (Ricci *et al.*, 2010). Cette population est cependant difficile à repérer à partir des seules données de remboursement présentes dans le Sniiram. Par ailleurs, la prise en charge pharmacologique du diabète représentait, en 2007, 9 % des dépenses totales de l'Assurance maladie (Morel *et al.*, 2012). Repérer le plus tôt possible les patients diabétiques, au mieux avant l'instauration d'un traitement, permettrait de proposer une prévention secondaire adaptée et de retarder l'aggravation de la maladie et donc la mise sous traitement.

A partir de la base appariée constituée pour cette étude, la comparaison des ALD et des résultats de consultations a montré que 94 % (521/553) des patients en ALD diabète ont été pris en charge en 2008 spécifiquement pour leur diabète par un des 30 médecins généralistes sélectionnés (Sources et Méthode). En revanche, seulement 65 % (521/799) [graphique 2] des

patients ayant consulté pour diabète (au moins un résultat de consultation diabète dans l'année) étaient déclarés en ALD diabète. Une fois réalisé le repérage dans le Sniiram à partir des ALD, les patients remboursés en 2008 pour au moins un traitement antidiabétique (antidiabétiques oraux ou insuline) ont été identifiés. Ainsi, 684 patients avaient été remboursés pour au moins un médicament antidiabétique au cours de l'année 2008. Parmi eux, 92 % avaient eu un résultat de consultation diabète. A l'inverse, 20 % des patients ayant eu un résultat de consultation diabète n'ont pas eu de traitement antidiabétique remboursé dans l'année. En croisant le repérage par l'ALD diabète et celui par le traitement, 12 % des patients avec un résultat de consultation diabète ne sont pas repérables dans le Sniiram car ils ne sont ni déclarés en ALD ni n'ont reçu de traitement antidiabétique remboursé dans l'année.

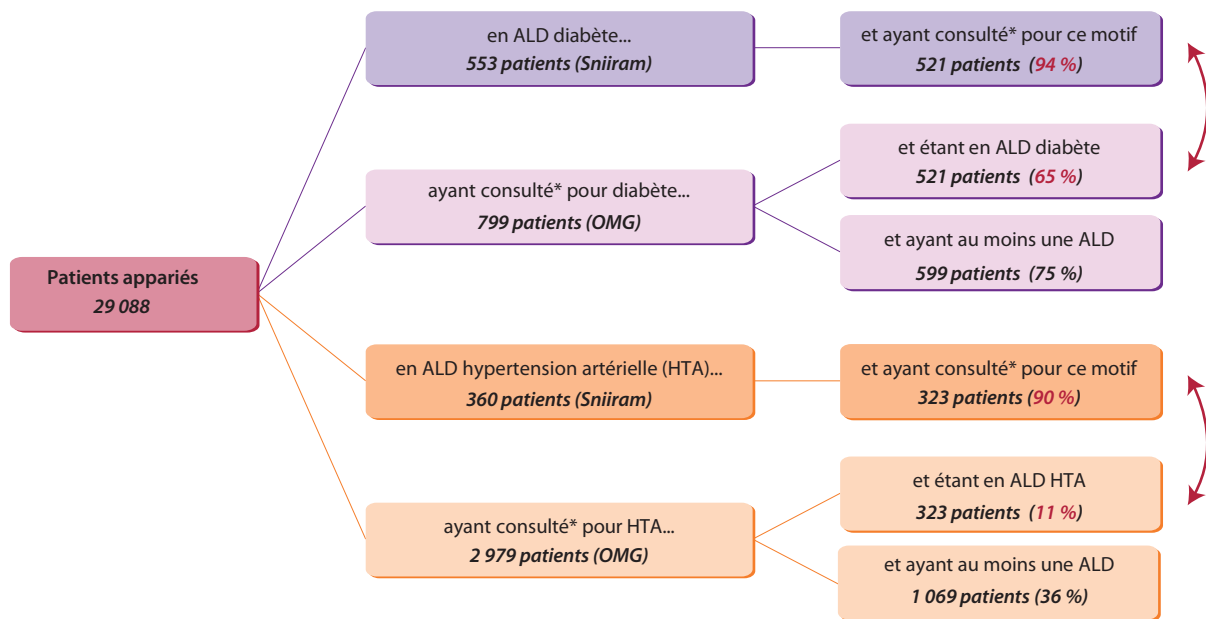
L'hypertension artérielle, un des principaux facteurs de risque cardio-vasculaire, touchait en 2008 près de 12 millions de personnes en France. L'étude nationale Nutrition santé a permis d'estimer à 31 % sa prévalence dans la population âgée de 18 à 74 ans résidant en France métropolitaine (ENNS, 2007). La prévention, la détection et le traitement optimal de l'hypertension artérielle permettent de réduire le risque vasculaire global. Il est donc important de repérer les patients dès le stade d'une prévention possible par simples mesures hygiéno-diététiques.

Dans cette étude, sur la base appariée, 90 % (323/360) des patients en ALD hypertension artérielle ont consulté dans l'année 2008 un des 30 médecins généralistes sélectionnés. Toutefois, seulement 11 % (323/2 979) des patients ayant eu un résultat de consultation codé hypertension artérielle étaient déclarés en ALD spécifique. Ce taux passe à 36 % (1 069/2 979) dès lors que l'ensemble des ALD est considéré (graphique 2). Cette augmentation est sans doute due au fait que la déclaration en ALD hypertension artérielle reposait sur un critère de gravité. La demande d'ALD ne pouvait être acceptée qu'en cas d'hypertension artérielle traitée par au moins deux médicaments antihypertenseurs. Cependant l'ALD hypertension artérielle ayant été retirée

² Selon l'Epas, 69 473 personnes affiliées au régime général avaient consulté un médecin généraliste en 2008.

³ Les résultats de consultation, codés selon le dictionnaire élaboré par la SFMG et transcodables en CIM 10, correspondent à tout ce qui a été réellement pris en charge par le médecin au cours de la séance, que ce soit un diagnostic, un syndrome ou un symptôme. Un seul résultat de consultation est codé par séance, mais un patient peut en avoir eu plusieurs au cours d'une année.

Repérage des patients diabétiques et hypertendus appariés dans l'OMG et le Sniiram



* Au moins une séance effectuée en 2008 auprès de l'un des 30 médecins généralistes sélectionnés. Le motif est déterminé à partir du résultat de consultation.

Source : OMG-Sniiram, 2008.

Réalisation : Irdes.

de la liste en 2011, ce type de repérage ne pourra plus être utilisé ; il sera donc encore moins aisé de repérer les patients hypertendus à partir du Sniiram seul.

La deuxième méthode de repérage des patients hypertendus dans le Sniiram a utilisé les traitements remboursés en 2008. Étaient alors considérés comme hypertendus les patients ayant été remboursés pour au moins deux traitements antihypertenseurs de classes différentes sur l'année. Au final, également 12 % des patients avec un résultat de consultation hypertension artérielle n'étaient pas directement repérables dans le Sniiram par l'ALD hypertension artérielle ou la présence de deux traitements antihypertenseurs de classes différentes remboursés dans l'année.

* * *

La méthode d'appariement probabiliste menée dans le cadre de cette étude s'est avérée efficace pour chaîner des données médicales de ville avec les données médico-administratives. La qualité de l'appariement pourra être améliorée en menant avec une population plus étendue dans le Sniiram (assurés MSA et RSI présents en sus des assurés du régime général à partir de 2009) et sur plusieurs années

consécutives permettant d'apparier les personnes qui recourent moins d'une fois par an. Les premières exploitations réalisées sur la base test illustrent les apports potentiels de ce modèle de données appariées du point de vue du ciblage de populations à risque et d'estimation de la morbidité prise en charge en médecine générale.

L'association de données issues de la pratique clinique de ville avec les données de remboursements du Sniiram offre de nouvelles pistes de recherche telles que la comparaison des prescriptions (médicaments et actes) effectuées par les médecins avec les médicaments remboursés aux patients identifiables dans le Sniiram, ou l'analyse des tableaux de patients polypathologiques en termes de parcours de soins et de polyprescription. Autant de thématiques, parmi d'autres, pouvant soutenir avec des mesures objectives et scientifiquement validées le développement des soins primaires. Cependant, l'expérience de l'OMG, conçu et déployé par la société française de médecine générale (SFMG) dans la perspective d'un étayage scientifique d'une pratique encore méconnue par la communauté scientifique et professionnelle, s'est interrompue en décembre 2011 avec la fermeture de l'OMG. Cette issue témoigne de la nécessité d'un portage institutionnel et professionnel élargi pour un

projet d'une telle envergure. La constitution d'une base de données cliniques chaînables aux données du Sniiram, représentative pour la France entière associant 1 000 à 2 000 médecins généralistes et 1 à 2 millions des patients qui les consultent, doit en effet être à la fois supportée par les organisations professionnelles, les institutions partenaires comme l'Assurance maladie et le monde de la recherche en santé. À ce titre, le Collège de la médecine générale (CMG), dans ses propositions pour le développement de la recherche en soins primaires, identifie le recueil en continu des pratiques réelles en soins primaires (<http://www.lecmg.fr>) comme une piste à développer. Il paraît en effet cohérent, sinon nécessaire, de soutenir par la recherche, la montée en charge progressive de la médecine générale universitaire et plus généralement le secteur des soins de premiers recours dont les missions ont été définies dans la loi HPST de 2009. Au-delà du test de faisabilité mené par l'équipe Prospere, l'enjeu, pour une stratégie de santé visant à renforcer les soins primaires, apparaît dès lors d'investir dans la recherche sur les pratiques réelles et plus globalement sur les services de santé comme cela a été fait, pour d'autres domaines de recherche, dans les grandes cohortes en épidémiologie (Elfe, Constances) ou les biobanques dans le domaine des sciences biomédicales. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Bases de données Eco-Santé, Irdes. En ligne : www.ecosante.fr
- Chevreul K., Le Fur P., Renaud T., Sermet C. (2006). « Faisabilité d'un système d'information public sur la médecine de ville ». Rapport Irdes n° 535 (biblio n° 1648), octobre.
- Cnamts (2014). « Rapport charges et produits ». www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2014.pdf
- ENNS 2006 (2007). « Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS) » InVS, www.invs.sante.fr/publications/2007/nutrition_enns/
- Goldberg M., Quantin C., Guégen A., Zins M. (2012). « Bases de données médico-administratives et épidémiologie : intérêts et limites ». *Courrier des statistiques*, n° 124, mai-octobre 2008.
- Hcaam (2011). « Assurance maladie et perte d'autonomie. Contribution du HCAAM au débat sur la dépendance des personnes âgées. » www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam_rapport_assurance_maladie_perte_autonomie.pdf
- HCSP (2009). « La prise en charge et la protection sociale des personnes atteintes de maladie chronique ». novembre.
- Institut des données de santé (IDS) (2010). « Livre blanc 2010 du Comité d'Experts : 7 propositions au service de la recherche ».
- Montaut A., Calvet L., Bouvier G., Gonzalez L. (2013). « L'appariement handicap-santé et données de l'Assurance maladie ». Drees, *Document de travail*, Série sources et méthodes, n° 39, janvier.
- Morel A., Lecoq G., Jourdain-Menninger D. (2012). « Evaluation de la prise en charge du diabète », Rapport Igas, avril www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2012-033P_Diabete_RAPPORT_TOME_I.pdf
- OMG - Observatoire de la Médecine Générale, accessible sur : omg.sfm.org/content/com/
- Païta M., Weill A. (2008). « Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2007 ». Cnamts, *Points de repère* n° 20, novembre.
- Ricci P., Blotière P.-O., Weill A., Simon D., Tuppin P., Ricordeau P., Allemand H. (2010). « Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? » *BEH* n° 42-43, novembre.
- Silveira D.P. da, Artmann E. (2009). "Accuracy of Probabilistic Record Linkage Applied to Health Databases: Systematic Review". *Rev Saúde Pública*. oct 2009;43(5):875-882.

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
10, rue Vauvenargues 75018 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • Fax : 01 53 93 43 07 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • Rédactrice en chef technique : Anne Evans • Secrétaire de rédaction : Anna Marek • Relecteurs : Isabelle Evraud, Sylvain Pichetti •
Correctrice : Martine Broïdo • Premier maquettiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Déjà-Link (Stains, 93) •
Dépôt légal : mai 2014 • Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • Abonnement annuel : 60 € • Prix du numéro : 6 € • ISSN : 1283-4769.

À PARAÎTRE

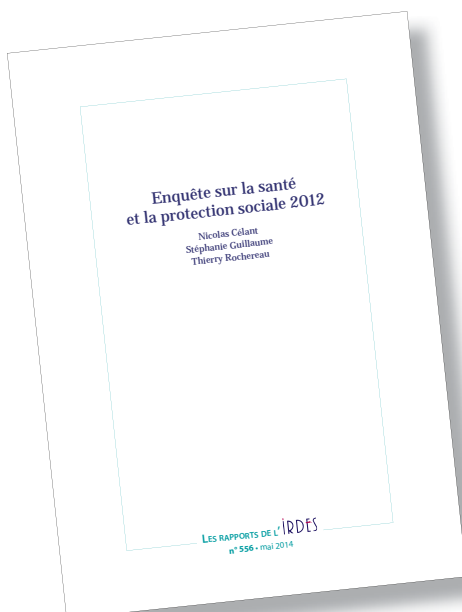
Enquête sur la santé et la protection sociale en 2012

Nicolas Célant, Stéphanie Guillaume, Thierry Rochereau

Conduite depuis 1988, l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) interroge un échantillon représentatif de la population en France afin d'étudier les relations entre l'état de santé, le recours aux services de santé, l'accès à l'assurance maladie publique et privée et le statut économique et social.

La périodicité bisannuelle et la dimension longitudinale de l'enquête ESPS lui permettent de participer à l'évaluation des politiques de santé, de traiter les problématiques d'équité du système. De plus, son lien avec les données de prestations de la Sécurité sociale rend possible des analyses fines des déterminants du recours aux soins.

Au sommaire du rapport



Introduction : objectifs de l'enquête • Méthodologie

Résultats de l'enquête ESPS 2012 :

- **Module de questions permanentes** : 1. Structure de l'échantillon • 2. État de santé
 - 2.1 Indicateurs d'état de santé (perception de l'état de santé, maladies déclarées, santé mentale, troubles du sommeil...)
 - 2.2 Comportements et facteurs de risque (tabac, alcool, obésité) • 3. Couverture complémentaire (bénéficiaires, types de contrats, appréciations sur le niveau de couverture...)
- 4. Renoncements et recours aux soins (renoncement à consulter un médecin, à des soins, pour des raisons de difficultés d'accès... consultation d'un médecin généraliste pour un bilan de santé)
- **Module de questions spécifiques** : 5. Prévention • 5.1 Vaccination (DTP et HPV) et dépistage (frottis cervico-utérin) • 5.2 Accidents de la vie courante • 6. Conditions de travail (travail de nuit, pénibilité...)

Articles de recherche :

- **Le don du sang : une comparaison de données multi-sources**
Maria Errea, Nicolas Sirven, Thierry Rochereau, Yves Charpak, Corine Nicoué, Nina Prunier
- **Les déterminants du don du sang en France. Une analyse sur données de l'enquête ESPS 2012** / Maria Errea, Nicolas Sirven, Thierry Rochereau
- **Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale. Une comparaison entre ESPS et SHARE** / Nicolas Sirven
- **Comment la perception du risque de dépendance influence-t-elle la demande de couverture ? Premiers enseignements de l'enquête ESPS**
Roméo Fontaine, Marc Perronnin, Nicolas Sirven, Nina Zerrar