

Les systèmes d'information pour la santé publique

Collection
Document

Novembre
2009



La
documentation
Française

Les systèmes d'information pour la santé publique

En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 41) et du Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992, toute reproduction partielle ou totale à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur.
Il est rappelé à cet égard que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre.

© Direction de l'information légale et administrative, Paris, 2010

© Haut Conseil de la santé publique

ISBN: 978-2-11-008441-5

Les systèmes d'information pour la santé publique

	Mandat	7
	Composition du groupe de travail	8
SYNTHÈSE	Contexte	9
Les systèmes d'information pour la santé publique	État des lieux : des sources nombreuses, mais difficilement accessibles et insuffisamment coordonnées	10
	Principales Recommandations	13
	4 recommandations spécifiques et à court terme	13
	7 recommandations générales	13
RAPPORT		
Introduction	Contexte de la mise en place du Groupe de travail sur les systèmes d'information	15
	Champ couvert et méthodes de travail	16
État des lieux	Les grandes sources de données	17
	Les données de mortalité	18
	Les données de morbidité	19
	Handicap, santé fonctionnelle, qualité de vie	20
	Recours aux soins	21
	Déterminants de la santé	22
	Les inégalités sociales et territoriales	24
	Limites et enjeux	24
	Les problèmes d'accessibilité et des délais de mise à disposition	24
	– Producteurs et utilisateurs de données	25
– Une autre difficulté récurrente est la surcharge de la CNIL	26	
Autres aspects transversaux	26	
Recommandations	Recommandations spécifiques et à court terme	29
	Recommandations générales	32
ANNEXES	Principales sources de données identifiées	43
	Les sources à vocation exhaustive	43
	Les réseaux de surveillance à partir d'échantillon	43
	Les grandes enquêtes nationales en population générale déclaratives	44
	Avec examen de santé ou prélèvements biologiques	44
	Les grandes enquêtes nationales auprès des professionnels et structures de soins	44
	Auditions	45
	Grille d'entretien avec les personnes auditionnées	45
	Référence des principaux textes législatifs	46
	Liens bibliographiques	46
	Glossaire	47

Mandat

Les objectifs de santé annexés à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique sont définis et évalués tous les cinq ans par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP).

Choisis en raison de leur importance et destinés à fixer des engagements en termes de résultats, leur évaluation requiert pour certains d'adapter ou de structurer un système d'information approprié.

En effet, à ce jour, l'absence de dispositif de mesure de certains indicateurs associés aux objectifs, voire l'absence de définition de ces indicateurs, ne permet pas d'apprécier l'évolution de ces objectifs.

Ce groupe sera chargé de :

- Contribuer à une réflexion globale sur les besoins, l'organisation et l'articulation des systèmes d'information nationaux et régionaux pour l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique 2004 et des plans de santé publique.
- Lancer la mise en œuvre, dans la suite des conclusions du groupe de travail sur les indicateurs manquants, des travaux nécessaires à la construction d'un système d'information approprié pour les objectifs non documentés.
- Conduire une analyse critique, pour les autres objectifs, sur l'adéquation du système d'information au recueil des données nécessaires à leur évaluation.
- Définir, pour les objectifs nouvellement proposés pour la prochaine loi par le HCSP, les caractéristiques du système d'information nécessaire.

Composition du groupe de travail

Président

- Marcel Goldberg, HCSP

- Chantal Cases, HCSP
- Jean-Claude Desenclos, InVS
- Éric Jougla, HCSP
- Annette Leclerc, Inserm
- Yvon Merlière, Cnamts
- Lucile Olier, Drees
- Corinne Rouxel, Dares
- Alain Trugeon, HCSP
- Alain Weill, Cnamts

Avec la participation de :

- Paul Avillach, université Bordeaux 2
- Gérard Badéyan, Secrétariat général HCSP.

Le groupe de travail a auditionné :

- Pierre Arwidson, Inpes
- Monique Beurey – Leconte et Vincent Poubelle, Cnav
- Chantal Cases, (Irdes)
- Jean-Pierre Le Gléau, Alain Trognon, Insee
- Eric Jougla, CépiIDC
- André Loth, MISS
- Yvon Merlière, Alain Weill, Cnamts
- Yves Robin, ASIP santé
- Benoît Ryandey, Ined

Le groupe a tenu une réunion de travail avec les représentants des services juridiques de la CNIL :

- Sophie Vulliet–Tavernier,
- Frédérique Lesaulnier

le répertoire des sources a été réalisé par la Drees :

- Sandrine Danet, chargée de mission,
- Aurélie Fourcade et Nicolas Cocagne, internes de santé publique

les systèmes d'information pour la santé publique

Contexte

Après l'installation du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) en mars 2007, un groupe de travail a été chargé de faire le point sur les indicateurs manquants [3]. Le rapport de ce groupe a passé systématiquement en revue les objectifs n'ayant pu donner lieu à un suivi en raison de l'insuffisance des données disponibles. A la suite de ce rapport, un nouveau groupe de travail a été mis en place pour contribuer à la réflexion globale sur les besoins, l'organisation et l'articulation des systèmes d'information nationaux et régionaux dans le cadre de l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique 2004 et des plans de santé publique.

Le périmètre de réflexion du groupe de travail est restreint aux sources de données permettant d'établir des indicateurs nationaux dans les champs couverts par la loi et les plans de santé publique. Pour répondre à son mandat, le groupe a organisé son travail à partir des principaux problèmes qu'il a identifiés : absence ou insuffisance de recueil de données dans certains domaines, accessibilité des bases de données existantes et appariement entre bases, données localisées, articulation avec les systèmes internationaux. Il a procédé à une série d'auditions de responsables techniques d'institutions productrices et/ou utilisatrices de données administratives ou d'enquêtes : Ined, CépiDc, Irdes, Insee, Cnamts, Cnav, Inpes, MISS, Asip Santé*), ainsi que de la CNIL. Ces auditions ont été menées à partir d'une grille d'entretien, réalisée par le groupe, abordant l'ensemble de ces problématiques et les questions de politique de diffusion, notamment les difficultés pratiques dans la mise en œuvre, le dispositif concret et les moyens qui y sont affectés. Le groupe de travail a également décidé de réaliser un répertoire des sources utiles pour renseigner les indicateurs de suivi, à partir d'une grille de description standard.

Le groupe de travail, présidé par Marcel Goldberg épidémiologiste à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), est constitué de membres du HCSP

* voir glossaire page 47

(Chantal Cases, Éric Jouglu, Alain Trugeon), ainsi que de représentants d'institutions productrices et/ou utilisatrices: Jean-Claude Desenclos de l'Institut de veille sanitaire (InVS), Annette Leclerc de l'Inserm, Yvon Merlière et Alain Weill de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), Lucile Olier de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), Corinne Rouxel de la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares), avec la participation de Paul Avillach, assistant hospitalier universitaire en santé publique à l'université de Bordeaux et de Gérard Badéyan, secrétariat général du HCSP II a tenu au total neuf réunions.

État des lieux: des sources nombreuses, mais difficilement accessibles et insuffisamment coordonnées

Le groupe de travail a établi un état des lieux des grandes sources de données utilisées pour établir les objectifs de la loi relative à la santé publique et les plans de santé publique. Elles peuvent être classées en quatre grands groupes:

- les sources à vocation exhaustive, le plus souvent issues de fichiers administratifs ou de gestion, notamment ceux de l'Assurance maladie ou les données de mortalité produites par l'Inserm à partir des certificats de décès;
- les grandes enquêtes nationales en population générale (déclaratives ou avec examen et/ou prélèvement);
- les réseaux de surveillance à partir d'échantillons de professionnels de santé;
- les grandes enquêtes nationales auprès des professionnels et structures de soins;

Au total, les sources d'information sur la santé et ses déterminants sont nombreuses, mais elles ne suffisent pas à suivre et évaluer l'ensemble des objectifs de la loi en raison de diverses limites.

Les données de mortalité

Très largement utilisées, les données de mortalité sont une source d'information essentielle en matière de santé publique. Elles souffrent cependant encore de certaines limites: elles sont incomplètes notamment en raison de l'absence de transmission des certificats de décès par certains instituts médico-légaux; les délais de production sont encore trop importants pour certaines utilisations, notamment pour l'alerte, mais aussi pour l'évaluation des politiques; la Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) ne figure plus dans la dernière version des certificats de décès.

Les données de morbidité

Les données de morbidité sont nombreuses et variées, issues de différents types de sources: enquêtes en population générale, auprès des professionnels de santé, registres, Assurance maladie et Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)... Cependant la diversité de ces sources est également une

limite à la production de données systématiques et cohérentes ; il existe notamment trop peu de données issues d'examens de santé. L'analyse des inégalités sociales n'est possible que dans les enquêtes déclaratives, où la morbidité déclarée est soumise à divers biais. Les données issues de systèmes de l'Assurance maladie et du PMSI ne permettent de repérer que la morbidité traitée par le système de soins. Enfin, certains territoires ne sont pas couverts par l'ensemble des sources : c'est notamment le cas des départements d'Outre-mer.

Handicap, santé fonctionnelle, qualité de vie

Les sources d'information sont rares et peu fréquentes. La précédente enquête Handicap, Invalidité, Dépendance (HID) date de plus de dix ans et la nouvelle enquête sera décennale. Son rythme ne permet donc pas d'évaluer les politiques de santé publique à l'échelle quinquennale, comme le prévoit la loi de 2004. Par ailleurs, les enquêtes nationales menées sur la qualité de vie des patients ne couvrent pas l'ensemble des pathologies chroniques.

Recours aux soins

Les données sont issues d'enquêtes en population générale, parfois appariées avec les données de remboursement de l'Assurance maladie, et de l'Assurance maladie utilisées isolément. Les premières permettent une analyse assez détaillée des déterminants individuels de la santé et des recours aux soins, mais la taille de leurs échantillons limite l'analyse des pathologies peu fréquentes et ne permet pas d'étude à une échelle infranationale. Les secondes permettent une analyse sur données exhaustives, mais ne comportent pratiquement aucun élément sur les déterminants de la santé et du recours aux soins. Il n'en reste pas moins que leur utilisation est encore trop peu répandue et doit être développée.

Déterminants de la santé

Les enquêtes en population sont assez riches en la matière, mais elles laissent de côté certains déterminants. C'est partiellement le cas pour la santé au travail, malgré l'existence de grandes enquêtes sur l'exposition aux risques, ou la production d'indicateurs d'exposition par le département Santé Travail de l'InVS.

C'est pour l'exposition des populations aux nuisances environnementales que le manque de données est le plus criant. Une partie de ces manques peuvent être comblés par le repérage de la zone géographique des sujets inclus dans des enquêtes et l'utilisation de données physiques externes sur ces zones. Les caractéristiques physiques et sociales de l'habitat ne font pas l'objet de dispositifs d'observation de taille suffisante. Les déterminants professionnels et sociaux de la santé sont également documentés de façon insuffisante : les données de source médicale (Assurance maladie notamment) ne recueillent pas d'informations sur les déterminants de la santé. Par contre, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) et la Caisse nationale d'allocations familiales (Cnaf) disposent de données de situation socioprofessionnelle exhaustives particulièrement riches, et l'appariement de données de soins et de situation socioprofessionnelle avec des données d'enquêtes permettrait de largement documenter les déterminants professionnels et sociaux de la santé. On ne dispose pas en France d'indicateurs collectifs de l'environnement social, du type indicateurs de « défavorisation », qui devraient pouvoir être établis à des échelles territoriales suffisamment fines.

Les inégalités sociales et territoriales

On ne dispose pas d'indicateurs d'inégalités sociales et territoriales suffisamment fins, en termes à la fois de problèmes de santé spécifiques et de territoires couverts, et il manque en France un véritable « système de surveillance » pérenne des inégalités de santé.

L'accessibilité aux bases des grands producteurs de données

Le groupe de travail a auditionné les principaux grands producteurs de données utilisées pour l'établissement d'indicateurs de santé sur leur politique de mise à disposition et de diffusion. De manière générale, le groupe a constaté une réelle volonté des interlocuteurs auditionnés, de mettre à disposition de la recherche publique les données qu'ils produisent. Le cadre juridique permettant d'accéder à ces données est généralement clair, malgré certaines difficultés ponctuelles, et les organismes chargés de l'appliquer et de contrôler sa mise en œuvre ne s'opposent pas à l'accès aux données des bases médico-administratives pour la santé publique. Il est néanmoins apparu qu'en pratique, l'accessibilité à ce type de données reste un problème majeur. La diffusion de ces données pour la santé publique et la recherche ne fait en général pas explicitement partie des missions de l'institution qui les produit, et les moyens nécessaires pour rendre effective l'accessibilité est fortement contingentée.

Les efforts récents de certains organismes se heurtent à des problèmes de moyens au sein des organismes producteurs et de ceux utilisateurs des données. Une autre difficulté récurrente est la surcharge de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) : malgré la qualité du travail d'instruction des dossiers, le manque de moyens face à l'augmentation des demandes est très préjudiciable.

En dehors des aspects sectoriels, le Groupe de travail a identifié certains problèmes transversaux qui concernent la plupart des sources citées. Il a souligné le manque de dispositif de collecte de données dans certains domaines correspondant à des objectifs de la loi et renvoie au rapport du HCSP pour une analyse plus détaillée des indicateurs manquants [3].

Un autre problème concerne le calendrier des recueils de données qui n'est pas en adéquation avec celui des évaluations à relativement court terme de la loi et des plans de santé publique. Par ailleurs, les délais de mise à disposition de données provenant de certaines sources permanentes sont trop longs.

Concernant les aspects géographiques, il faut rappeler que les dispositions en cours de mise en place au niveau de l'Europe vont amener à réviser les modalités de réalisation de plusieurs enquêtes nationales. Enfin, le Groupe de travail souligne la quasi absence de dispositifs de recueil de données longitudinales, indispensables pour l'étude des trajectoires de santé, de soins, de situation socioprofessionnelle, etc.

Principales recommandations

Le Groupe de travail a donc émis des recommandations pour remédier aux limites identifiées. Certaines des recommandations qui suivent sont spécifiques de certaines sources, d'autres sont plus générales et concernent la gouvernance des systèmes d'information pour la santé publique.

4 recommandations spécifiques et à court terme

1. Régler de façon urgente certains problèmes juridiques : transmission des données des Instituts médico-légaux au CépiDc, accès à l'Échantillon démographique permanent (EDP), et entreprendre une réflexion sur les textes qui encadrent l'utilisation du Numéro d'inscription au répertoire (NIR) à des fins d'appariement de données d'enquête avec des sources médico-administratives.
2. Veiller à ce que la mise en place de l'Identifiant national de santé (INS) ne rende pas impossible les appariements de données avec les sources utilisant le NIR comme identifiant.
3. Initier ou développer certains systèmes d'information relevant d'organismes publics dans des domaines cruciaux et actuellement non couverts, notamment en médecine ambulatoire (projet PROSPERE notamment).
4. Renforcer les moyens de la CNIL dans le secteur santé.

7 recommandations générales

1. Mieux coordonner les différentes actions de pilotage et de suivi des systèmes d'information pour la santé publique. Les principales missions de pilotage et de suivi des structures concernées sont :
 - poursuivre l'identification des données manquantes pour les indicateurs de la loi et des Plans de santé publique (PSP) et les sources potentielles ;
 - tenir à jour un annuaire opérationnel des sources utilisables pour documenter les indicateurs ;
 - animer une réflexion avec les producteurs de données en vue de faire évoluer conjointement leur système d'information ;
 - proposer des évolutions des recueils de données existants pour les adapter aux besoins et la mise en place de recueils nouveaux ;
 - veiller à la pérennité des systèmes d'information et à la répétition des enquêtes à visée nationale pertinentes ;
 - constituer un « guichet conseil » pour les utilisateurs ;
 - recommander aux pouvoirs publics une politique de développement et de maintenance des systèmes d'information pour la santé publique en coordination avec les agences sectorielles concernées : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé) ;
 - élaborer une politique pour les données à vocation régionale, en liaison avec

- les Agences régionales de santé (ARS) et les Observatoires régionaux de la santé (ORS);
- élaborer une méthodologie et une réflexion juridique pour la production d'indicateurs à l'échelle de zones géographiques de petite taille à partir des sources exhaustives, tout en respectant la confidentialité des données à caractère personnel.
 - adapter les dispositifs de recueil de données pour faciliter les comparaisons à l'échelle européenne et internationale.
2. Inciter les organismes producteurs et utilisateurs de données à dégager les ressources nécessaires à une meilleure utilisation des données pour la santé publique, de façon concertée avec les professionnels et ces organismes :
 - Inscrire dans la loi de santé publique et dans les contrats entre l'État et les organismes de protection médicosociale producteurs de données une mission explicite de mise à disposition de données, accompagnée d'une obligation de moyens.
 - Inscrire dans la loi de santé publique et dans les contrats entre l'État et les organismes utilisateurs de données de santé publique une obligation de moyens concernant l'accès aux données à visée de santé publique.
 - Inscrire dans les conventions entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé une obligation de fourniture de données aux organismes de santé publique concernés (agences, Observatoire régionale de santé (ORS), registres, organismes de recherche, etc.)
 3. Faciliter les travaux techniques et méthodologiques nécessaires pour l'accès aux données des organismes producteurs :
 - Développer une (ou plusieurs) structure(s) spécialisée(s) réalisant l'interface entre les producteurs et les utilisateurs fournissant des prestations complètes et dotée(s) de moyens suffisants.
 - Développer la recherche sur les systèmes d'information pour la santé publique (notamment: méthodes de validation de données médicales, méthodes d'appariement probabiliste, cryptage, géolocalisation).
 4. Faciliter l'appariement à l'échelle individuelle de sources différentes, médicales et non médicales en créant un (des) centre(s) d'appariement sécurisés autorisé(s) sous conditions à avoir accès aux identifiants nationaux (NIR, INS).
 5. Développer des dispositifs d'observation longitudinale en s'appuyant sur des cohortes existantes et en veillant à ce que les plans d'échantillonnage et les données collectées permettent de renseigner des indicateurs de la loi de santé publique.
 6. Mettre en place un dispositif de surveillance systématique et permanente des inégalités sociales et territoriales de santé, incluant des indicateurs de défavorisation à une échelle fine.
 7. Entreprendre une réflexion sur l'acceptabilité des recueils de données, leur gestion et leur utilisation à des fins de santé publique et de recherche, associant les producteurs et utilisateurs de données et les représentants de la société civile.

Introduction

Contexte de la mise en place du groupe de travail sur les systèmes d'information

Dès la présentation du projet de loi concernant la politique de santé publique, un groupe de travail a été mis en place par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et la Direction générale de la Santé (DGS) pour réaliser le travail technique de rédaction et de validation des définitions opérationnelles des indicateurs de suivi des objectifs proposés. Ce groupe de travail a été assisté par un groupe projet constitué de représentants des principales institutions productrices de données et/ou futures utilisatrices des indicateurs produits. Ce travail a abouti à un rapport méthodologique, consultable en ligne présentant ces indicateurs et les sources de données, existantes ou pour certaines en cours de réalisation, permettant de les renseigner en juillet 2005 [1].

Sur cette base, des rapports de suivi des objectifs de la loi ont été produits sous l'égide de la Drees, par les différents producteurs, avec des fiches réactualisées par objectif d'année en année par suite de la mise à disposition de nouvelles sources [2].

Après l'installation du HCSP en Mars 2007, un groupe de travail s'est réuni pour faire le point sur les indicateurs manquants [3]. Le rapport de ce groupe a passé systématiquement en revue les objectifs ne pouvant donner lieu à un suivi pour l'instant, en distinguant les problèmes selon leur nature (indicateurs de processus liés à des programmes d'action, objectifs sans indicateur de suivi défini). Le groupe a en particulier réalisé une analyse spécifique de deux problèmes transversaux: la question des limitations fonctionnelles, restrictions d'activité et qualité de vie et celle des données sur la qualité de l'habitat (air, bruit, radon, plomb, à terme moisissures,...) en lien avec les indicateurs socio-économiques des personnes occupant le logement.

A la suite de ce rapport, un nouveau groupe de travail a été mis en place en janvier 2009 par décision du Président du HCSP, pour contribuer à la réflexion globale sur les besoins, l'organisation et l'articulation des systèmes d'information nationaux et régionaux dans le cadre de l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique 2004 et des plans de santé publique.

Champ couvert et méthodes de travail

Le domaine couvert par le groupe de travail est restreint aux sources de données permettant d'établir des indicateurs nationaux dans les champs couverts par la loi et les plans de santé publique. Par contre, il n'a pas initié le lancement de travaux pour les objectifs non documentés, estimant que ceci dépassait ses possibilités et ne pouvait être réalisé que par un groupe à vocation technique et administratif, à l'instar de celui mis en place en 2004-2005.

Pour répondre à son mandat, le groupe a organisé son travail à partir des principaux problèmes qu'il a identifiés : absence ou insuffisance de recueil de données dans certains domaines, accessibilité des bases de données existantes et appariement entre bases, données localisées, articulation avec les systèmes internationaux.

Il a procédé à une série d'auditions de responsables techniques d'institutions productrices et/ou utilisatrices de données administratives ou d'enquêtes (Ined, CépiDc, Irdes, Insee, Cnamts, Cnav, Inpes, MISS, Asip Santé), ainsi que de la CNIL. Ces auditions ont été menées à partir d'une grille d'entretien, réalisée par le groupe, abordant l'ensemble des problématiques et des questions de politique de diffusion, notamment les difficultés pratiques dans la mise en œuvre, le dispositif concret et les moyens qui y sont affectés. Il a également décidé de réaliser un répertoire des sources utiles pour renseigner les indicateurs de suivi, à partir d'une grille de description standard.

Le groupe de travail, présidé par Marcel Goldberg épidémiologiste à l'Inserm, est constitué de membres du HCSP : Chantal Cases, Éric Jouglu, Alain Trugeon ; ainsi que de personnes appartenant à des institutions productrices et/ou utilisatrices : Jean-Claude Desenclos de l'InVS, Annette Leclerc de l'Inserm, Yvon Merlière et Alain Weill du Cnamts, Lucile Olier de la Drees, Corinne Rouxel de la Dares, avec la participation de Paul Avillach, assistant hospitalier universitaire en santé publique à l'université de Bordeaux II et de Gérard Badéyan du secrétariat général du HCSP. Ce groupe s'est réuni au total à neuf reprises.

État des lieux

Les grandes sources de données

Le groupe de travail a établi un état des lieux des grandes sources de données utilisées pour le suivi des objectifs de la loi relative à la santé publique et les plans de santé publique. Le champ couvert est restreint aux sources de données permettant d'établir des indicateurs nationaux dans les domaines couverts par la loi et les plans de santé publique. Les données doivent donc correspondre à une couverture nationale concernant l'ensemble de la population. Ceci n'implique pas obligatoirement que les données doivent être exhaustives pour la population française, ni même qu'elles nécessitent une stricte représentativité quand il s'agit de données provenant d'échantillons. Il est par contre nécessaire qu'elles aient une « vocation nationale » et permettent d'estimer de façon fiable des indicateurs nationaux. Idéalement, elles doivent également permettre l'établissement d'indicateurs à des échelles territoriales plus fines, notamment pour ce qui concerne les objectifs de la loi visant à lutter contre les inégalités territoriales [1].

Les sources de données peuvent être classées en quatre grands groupes :

- **les sources à vocation exhaustive**, le plus souvent issues de fichiers administratifs ou de gestion, notamment ceux de l'Assurance maladie et des hôpitaux (ATIH), les données de mortalité produites par l'Inserm à partir des certificats de décès et les données issues des systèmes de déclaration obligatoire ;
- **les grandes enquêtes nationales** en population générale (déclaratives ou avec examen et/ou prélèvement) ; on peut également mentionner le recensement général de la population qui permet de travailler sur de nombreux indicateurs à divers niveaux géographiques et permet également des redressements d'échantillon ;
- **les réseaux de surveillance** à partir de données issues d'échantillons de professionnels de santé ;
- **les grandes enquêtes nationales auprès des professionnels** et structures de soins ;

Globalement, il apparaît que les sources d'information sur la santé et ses déterminants sont nombreuses, mais elles ne suffisent pas à suivre et évaluer l'ensemble des objectifs de la loi en raison de diverses limites qu'on examinera

Les données de mortalité

Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc - Inserm) produit la statistique annuelle des causes médicales de décès en France (le délai actuel de production est de deux ans) et réalise des études et des recherches sur les causes de décès et sur la méthodologie de codage. Les données sont issues du certificat de décès qui indique la cause initiale et les autres causes de décès (immédiates, intermédiaires, associées) ainsi qu'un certain nombre d'informations démographiques sur le sujet décédé (sexe, âge, lieu de décès, lieu de domicile...). Le certificat de décès est régi par le code des collectivités territoriales et a été modifié par la loi de santé publique de 2004 (article 25) qui fixe les conditions de confidentialité et l'objet de la collecte (à but de santé publique) ainsi que les destinataires du certificat.

Les données produites sont une source d'information essentielle en matière de santé publique et sont très largement utilisées. Elles souffrent cependant encore de certaines limites :

- **les données sont incomplètes** en raison de l'absence de transmission des certificats de décès par certains instituts médico-légaux, ce qui induit une sous-déclaration très importante des causes de décès des jeunes, notamment en Ile-de-France, mais aussi, de manière marginale, en raison des décès non identifiés sous X (morts dans la rue). On note aussi l'absence d'information sur les décès à l'étranger. Par ailleurs, le système de recueil des données de mortalité français mis en place en 1968 n'inclut pas l'enregistrement des causes médicales de décès des enfants morts-nés, ce problème est d'autant plus important que le taux de décès fœtal est particulièrement élevé en France ;
- **la profession (PCS)** était dans le passé codée par l'Insee pour l'ensemble des sujets décédés. Elle n'est disponible actuellement que pour les sujets actifs (absence d'information sur l'ancienne PCS des retraités par exemple). Ce manque est d'autant plus dommageable que l'accès pour appariement à l'EDP de l'Insee, qui permettrait l'analyse des différentiels sociaux de causes de décès, est impossible dans l'état actuel de la réglementation ;
- **les délais de production** sont encore trop importants pour certaines utilisations, notamment pour l'alerte, mais aussi pour l'évaluation des politiques. Pour y remédier, le CépiDc développe actuellement la certification électronique en ligne, à l'hôpital mais aussi en libéral. Sur la base des résultats des études pilotes, cette évolution aurait également pour conséquence d'améliorer la qualité du codage. Si l'application est bien reçue par les médecins qui l'utilisent, son déploiement est encore trop limité.

Les données de morbidité

Elles sont nombreuses et variées, issues de différents types de sources : enquêtes en population générale du système statistique public (Insee, Drees, Dares, etc.), systèmes de veille, de surveillance, de collecte et enquêtes des agences et instituts sous tutelle du ministère de la Santé – Institut de veille sanitaire (InVS), Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), ATIH, etc. – et d'organismes de recherche – Irdes et Inserm notamment – ; enquêtes auprès des professionnels de santé sur leurs clientèles ; registres de pathologies ; données issues des systèmes d'information et de gestion de l'Assurance maladie (notamment les codifications des affections de longue durée et la morbidité traitée, recalculée à partir de populations consommant certains soins traceurs)...

Cependant, malgré la diversité de ces sources, on ne dispose pas aujourd'hui de bases de données rassemblant de façon systématique et cohérente, à la fois de l'information sur la morbidité et sur les déterminants médicaux et sociaux de la santé. La plupart des données disponibles sur la morbidité en population générale sont issues d'enquêtes par *interview*. Déclaratives, elles sont entachées, de ce fait, de nombreux biais et d'une imprécision de mesure. La taille des échantillons utilisés ne permet pas, en général, de repérer les pathologies peu fréquentes, ni de produire une information localisée, sauf exception.

A contrario, les données issues d'examens de santé autorisent une mesure précise de la morbidité mais sont généralement relatives à des populations et/ou des territoires particuliers ou de faibles échantillons. Les grandes enquêtes en population générale permettent une description sociodémographique riche de la population, tandis que les données issues d'examens de santé contiennent en général peu d'informations de ce type sur les patients, interdisant l'analyse des inégalités sociales.

Les données issues des Systèmes d'information de l'Assurance maladie (SNIIR-AM) ou de l'ATIH (PMSI) pour la morbidité hospitalière fournissent des données quasiment exhaustives sur de nombreux aspects de la morbidité et à un niveau géographique fin, mais avec des limites : elles ne permettent de repérer que la morbidité traitée par le système de soins, à travers l'analyse des traitements, lors de la reconnaissance d'une Affection de longue durée (ALD) ou de la prise en charge hospitalière. Ces bases de données n'étant pas constituées initialement dans une perspective épidémiologique posent des problèmes des questions d'interprétation souvent complexes.

De plus, ces données sont très pauvres en descripteurs sociodémographiques (ces caractéristiques sont appréhendées essentiellement, de façon très indirecte, à travers l'affiliation à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou le lieu de la résidence). Enfin, il faut souligner que certaines populations (comme les personnes vivant en institution), et certains territoires sont particulièrement mal couverts par l'ensemble des sources : c'est notamment le cas des départements d'outre-mer, pour lesquels la connaissance est en général très insuffisante. Si la statistique publique s'efforce, suite aux recommandations du Conseil national de l'information statistique (CNIS), de couvrir ces départements dans ses enquêtes, et notamment l'enquête Santé, elle n'est pas en mesure, pour des raisons de coût, de le faire sur des échantillons représentatifs de chacun de ces départements, alors même que

la situation sanitaire est très différente d'un territoire à l'autre. Par ailleurs, certaines statistiques administratives posent des problèmes de qualité spécifiques.

Il faut noter que la production de données statistiques sur la morbidité et ses déterminants sociaux est une préoccupation qui n'est pas propre à la France. Le champ de la statistique sanitaire n'était pas jusqu'à une période récente structuré au niveau européen comme le sont déjà depuis de nombreuses années les statistiques économiques et sociales. L'adoption, en décembre 2008, d'un règlement cadre sur les statistiques de santé publique et de santé au travail vise à améliorer la production de statistiques harmonisées au niveau européen sur les causes de décès, la morbidité et les systèmes de soins. En particulier, des enquêtes nationales quinquennales harmonisées sur la santé (*European Health Interview Survey*), comportant des questions sur les caractéristiques sociodémographiques et sur les maladies et les limitations fonctionnelles, seront réalisées à partir de 2014. L'un des objectifs de ces enquêtes est précisément l'analyse des inégalités sociales de santé. Par ailleurs, la Direction générale de la santé de la Commission européenne (DG SanCo) finance actuellement la réalisation d'enquêtes pilotes par examen dans des pays volontaires. Compte tenu de leur coût, il n'est cependant pas prévu pour l'instant de rendre ces enquêtes obligatoires par voie de règlement.

Handicap, santé fonctionnelle, qualité de vie

En la matière, des efforts importants ont été engagés ces dernières années par la statistique publique pour développer l'information disponible. Suite aux recommandations du CNIS, l'Insee et la Drees ont décidé de fusionner les anciennes enquêtes décennales Handicap et Santé afin de mesurer la prévalence des différents handicaps en France, leur prise en charge, l'insertion sociale des handicapés et leur état de santé. Le volet Ménages de cette nouvelle enquête a été collecté en 2008 et les personnes en institution ont été enquêtées en 2009. Compte tenu de leur complexité et de leur coût, ces enquêtes, destinées à alimenter les travaux de recherche sur toutes les dimensions du handicap, sont réalisés à intervalle relativement long. La précédente enquête HID datait de plus de dix ans. Ce type d'enquête, essentielle pour la connaissance de ces sujets, n'est pas produit à un rythme qui permet d'en faire un outil pour le suivi et l'évaluation des lois de santé publique, comme le prévoit la loi de 2004.

Par ailleurs, des enquêtes nationales innovantes ont été menées de façon ponctuelle sur de grandes pathologies (VIH, cancer...) et ont permis d'évaluer la qualité de vie des patients. Le plan Cancer 2 prévoit la réédition de l'enquête sur la qualité de vie des patients deux ans après le cancer.

Le groupe de travail sur les indicateurs manquants du HCSP a identifié cette question parmi les sources d'information transversales à créer et pérenniser [3] :

« Un objectif général (35) et toute une série d'objectifs par pathologies (64 Parkinson, 65 scléroses en plaque, de 83 à 87 troubles musculo-squelettiques, 75 broncho-pneumopathie chronique obstructive) abordent la question des limitations fonctionnelles et limitations d'activité, avec des modulations dans la formulation et les relations (restrictions d'activités induites par des limitations fonctionnelles, limitations fonctionnelles et

restrictions sévères...). Une mesure générale a été fournie à partir de l'enquête Santé Insee 2002-2003, ce qui a d'ores et déjà permis d'établir une fiche pour l'objectif 35. Au-delà de ce résultat, pour répondre à cette problématique de mesure des limitations fonctionnelles et des restrictions d'activité commune à plusieurs objectifs, la DGS avait lancé un appel d'offres remporté par l'Ined.

Celui-ci a donc présenté le rapport résultant de son travail au cours d'une réunion commune au groupe de travail sur les indicateurs manquants et au groupe de travail sur les indicateurs transversaux¹.

Ce travail fait apparaître que les pathologies examinées sont très diverses en termes de répercussion sur la santé. Il semble ainsi nécessaire de juxtaposer les indicateurs, chacun ayant son sens propre, ce qui est une réponse à la question de la justification de la présentation d'objectifs par pathologies. Le travail sur l'analyse des déterminants des limitations fonctionnelles prouve que les trajectoires pour passer de la maladie à la limitation fonctionnelle puis à l'incapacité ou au défaut de participation sociale sont diverses et varient notamment selon les pathologies.

Il semble possible de retirer de ce travail une vision générale de cadrage par grands groupes de pathologies et de présenter différents indicateurs et leurs déterminants dans une partie illustrant l'objectif 35 ainsi que dans la partie globale sur l'analyse transversale de l'état de santé. Ceci est donc fait cette année pour l'objectif 35 et peut être programmé pour l'exercice 2009 pour les indicateurs transversaux».

Cependant pour des raisons liées à la faible prévalence de certaines pathologies ou à leur repérage qui peut nécessiter des moyens d'investigations spécifiques ou multiples, il sera difficile d'atteindre, en règle générale, le niveau des pathologies particulières. Le groupe de travail sur les indicateurs manquants [3] concluait que «La question de la mise en place d'une enquête généraliste sur toutes les maladies chroniques avec retentissement fonctionnel ou d'enquêtes spécifiques reste donc posée. Il conviendra d'examiner quelles réponses pourra apporter l'enquête HID-Santé actuellement en cours de collecte par l'Insee. Par ailleurs, une formulation plus cohérente des objectifs concernant les répercussions fonctionnelles de maladies chronique serait souhaitable à l'avenir.»

Le groupe de travail sur les systèmes d'information souscrit entièrement à cette analyse.

Recours aux soins

Les données sont issues d'enquêtes en population générale, parfois appariées avec les données de remboursement de l'Assurance maladie (Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) notamment, enquête Handicap-santé de la statistique publique), ainsi que de l'Assurance maladie utilisées isolément. Les premières permettent une analyse assez détaillée des déterminants individuels de la santé et des recours aux soins (caractéristiques sociales et économiques, comportements, à terme localisation géogra-

1. Emmanuelle Cambois en collaboration avec Cyrille Cartier et Géraldine Duthé - *Les instruments de mesure des limitations fonctionnelles dans l'Enquête santé de 2002-2003 - Évaluation de leur portée et de leurs limites à travers l'étude des répercussions des maladies chroniques sur l'état de santé fonctionnel*. Ined, octobre 2007.

phique, ...), mais la taille de leurs échantillons (20 à 30 000 personnes au maximum à l'heure actuelle) limite l'analyse des pathologies peu fréquentes et ne permet pas d'analyse à une échelle infranationale. Les secondes permettent une analyse sur données exhaustives, mais ne comportent pratiquement aucun élément sur les caractéristiques des personnes, ou les déterminants de la santé et du recours aux soins. Malgré une volonté d'ouverture de l'Assurance maladie, leur utilisation est encore limitée et assez complexe (voir ci-dessous).

Déterminants de la santé

Les déterminants de la santé d'une population sont nombreux et de nature diverse : biologiques et génétiques, mais aussi sociodémographiques, économiques – ce qui renvoie, mais seulement de façon partielle, aux questions d'accès financier aux soins –, comportementaux, environnementaux... Dans ce rapport, on ne s'intéresse pas aux premiers qui relèvent d'une approche différente, mais uniquement aux déterminants sociodémographiques, économiques, comportementaux, et environnementaux qui sont l'objet des actions de santé publique.

En général, les données d'enquêtes en population sont assez riches en la matière, à la différence des autres sources de données ; cependant, comme on l'a vu, l'analyse de la morbidité associée souffre d'un certain nombre de limites. Elles laissent cependant de côté certains déterminants ce qui appelle le développement de nouvelles sources de données, ou de sources plus systématiques.

C'est partiellement le cas pour la santé au travail, avec l'existence de grandes enquêtes sur l'exposition aux risques professionnels comme Surveillance médicale des risques professionnels (Sumer), mais ignorant certains risques émergents et comportant peu de données de santé ou de déterminants individuels et encore moins d'éléments sur les trajectoires de santé et de travail. La nouvelle enquête Santé et itinéraire professionnel (SIP) a été justement conçue par la Drees et la Dares et organisée par l'Insee, pour aborder de façon combinée les questions de conditions d'emploi et de travail avec celles de santé ; elle présente l'originalité de ne pas considérer seulement les personnes ayant un emploi et comporte une dimension longitudinale, sous deux formes (les 2 vagues d'enquêtes, 2006 et 2010, et la partie rétrospective du questionnaire 2006) qui permet de mieux apprécier le sens des causalités entre état de santé et situation sur le marché du travail.

Par ailleurs, suite à la dernière conférence sur les conditions de travail, un collège d'experts sur le suivi statistique des risques psychosociaux au travail a été constitué. Il est chargé de formuler d'ici fin 2010 des propositions sur la façon de faire évoluer et de compléter le dispositif d'observation statistique sur la santé au travail afin de mieux prendre en compte ces facteurs de risque. Il faut aussi noter la production d'indicateurs d'exposition à des nuisances professionnelles par le département Santé Travail de l'InVS à partir de matrices emplois-expositions (programme Matgéné) ou de réseaux de médecins du travail, notamment pour les facteurs de risque professionnels des Troubles musculo-squelettiques (TMS).

C'est surtout pour l'exposition des populations aux nuisances environnementales que le manque de données est le plus criant. Une partie de ces manques pourraient être comblés par le repérage de la zone géographique des sujets inclus dans des

enquêtes et l'utilisation de données physiques externes sur ces zones, mais ces techniques sont encore peu utilisées et nécessitent, pour fonctionner, des normes très strictes de codage des adresses. Une autre partie des manques d'information constatés nécessiterait la constitution de nouvelles sources de données. C'est particulièrement le cas des caractéristiques physiques et sociales de l'habitat qui ne semblent pas faire l'objet de dispositifs d'observation suffisants. Ce point a été notamment mis en évidence par le Groupe de travail sur les indicateurs manquants du HCSP [3] :

«Les membres du groupe de travail ont pu prendre connaissance de l'existence de différents organismes, tels que l'Observatoire de la qualité de l'air intérieur. Ce dernier a réalisé, dans les deux dernières années, l'observation en situation d'un échantillon de 567 logements, représentatif au niveau national, avec un questionnaire d'environ 600 items. Les résultats sont en cours d'exploitation ; il semble que des études descriptives aient déjà été publiées, polluant par polluant, ainsi qu'une analyse multifactorielle. Restent à développer les études portant sur le lien des différents polluants avec la santé.

Le groupe de travail a donc constaté qu'il existait déjà une source de données assez élaborée sur la qualité de l'air intérieur, mais pas sur les autres problématiques (bruit, risques dus au plomb, ...). La collecte d'informations est extrêmement coûteuse, d'autant plus qu'outre des mesures physiques, elle inclut un questionnement comportant des caractéristiques socio-économiques des personnes habitant le logement. Il serait utile que le HCSP préconise le soutien des travaux de ce type, dont le financement n'est pas a priori pérenne.»

Le groupe de travail sur les systèmes d'information souscrit à cette analyse.

Comme on l'a déjà souligné, les déterminants professionnels et sociaux de la santé sont également documentés de façon insuffisante. On ne peut attendre des professionnels qui sont les producteurs initiaux de la plupart des données de santé, qu'ils recueillent également de façon systématique des données fiables et standardisées sur les déterminants. Il en résulte donc que les données d'origine administrative et notamment celles de l'Assurance maladie, si elles sont très riches de possibilités en matière de production d'indicateurs concernant la santé et de recherche, notamment par leur capacité à être exploitées à des niveaux géographiques fins, sont pauvres en informations pour la documentation des déterminants de la santé. Seuls quelques déterminants sociaux (le sexe et l'âge de l'assuré, ainsi que sa couverture éventuelle par la Cmu), sont disponibles dans les bases de l'Assurance maladie. Par contre, la Cnav dispose de données de situation socioprofessionnelle exhaustives particulièrement riches pour les salariés du secteur privé, mais elles ne sont pas véritablement utilisées dans des études portant sur la santé.

L'appariement de données de remboursement de soins avec des données d'enquêtes permet de documenter les déterminants professionnels et sociaux de la santé et est déjà mis en œuvre pour certaines sources de données (voir *supra*). L'appariement de ces informations avec d'autres sources de données administratives, comme celles de la Cnav pour les situations socioprofessionnelles, permet aussi de pallier le manque de données sociales. Il a été expérimenté par l'Irdes et est en cours à l'Inserm dans le

cadre des projets Constance et Plastico. D'autres sources de données administratives (Cnaf, données fiscales...) pourraient utilement compléter ces informations, en les traitant dans l'indispensable respect de la confidentialité.

Outre les déterminants sociaux individuels, on ne dispose pas en France d'indicateurs collectifs de l'environnement social, du type indicateurs de « défavorisation », largement utilisés dans d'autres pays, et qui devraient pouvoir être établis à des échelles territoriales suffisamment fines. Des travaux de recherche récents ont proposé de tels indicateurs, mais ils ne sont pas encore stabilisés à l'heure actuelle. Ces indicateurs de défavorisation disponibles à un niveau suffisamment fin, associés à un niveau de « géolocalisation » suffisant des cas au sein des bases de données de santé, permettraient de produire des indicateurs de santé à l'échelle locale en fonction du niveau de défavorisation.

Les inégalités sociales et territoriales

Les faiblesses constatées en matière de sources de données concernant les déterminants individuels de nature professionnelle et sociale de la santé se répercutent à l'échelle populationnelle et ne permettent pas la production de meilleurs indicateurs d'inégalités sociales et territoriales suffisamment précis, en termes à la fois de problèmes de santé spécifiques et de territoires couverts.

Les connaissances actuelles reposent sur des travaux de recherche menés à partir d'enquêtes *ad hoc*, ou de l'exploitation de certaines sources nationales de données (mortalité du CépiDC, EDP de l'Insee). Ces travaux de recherche n'ont pas, par nature, vocation à être pérennisés, et il manque en France un véritable « système de surveillance » pérenne des inégalités de santé. Les difficultés déjà signalées concernant la caractérisation de la position sociale dans les certificats de décès et l'impossibilité actuelle d'accès à l'EDP ne laissent pas présager une amélioration rapide de cette situation.

De fait, un système de surveillance des inégalités de santé ne peut concrètement reposer que sur l'exploitation de sources de données nationales permanentes, et la mise en œuvre systématique de procédures d'appariements entre sources de données de santé et de données administratives et sociales incluant un niveau suffisamment fin d'analyse.

Limites et enjeux

Les problèmes d'accessibilité et des délais de mise à disposition

Le groupe de travail a auditionné, sur leur politique de mise à disposition et de diffusion, les principaux producteurs de données utilisées pour l'établissement d'indicateurs de santé ; il a également auditionné des représentants des principaux organismes utilisateurs de telles données². Concernant les producteurs de données, le groupe a constaté de manière générale une réelle volonté de mettre à disposition de la santé publique, de la surveillance et de la recherche les données qu'ils produisent, dans le respect de la réglementation, et notamment de la protection des libertés individuelles s'il s'agit de données non anonymes ou indirectement nominatives.

2. La grille utilisée et les comptes rendus de ces entretiens sont consultables sur le site du HCSP. Voir page 45.

Le cadre juridique permettant d'accéder à ces données est généralement clair³. Les textes actuels, s'ils rendent parfois complexes les circuits de transmission de données – par des lourdeurs techniques inévitables pour respecter la confidentialité des données à caractère personnel –, ne constituent pas un obstacle insurmontable, et les organismes chargés de les appliquer et de contrôler leur mise en œuvre (la CNIL, l'Institut des données de santé (IDS), le Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé (CCTIRS) essentiellement) ne s'opposent pas à l'accès aux données des bases médico-administratives pour la santé publique⁴. Ce constat global ne doit pas masquer certaines difficultés réelles :

- Comme on l'a déjà signalé, le cadre juridique actuel semble être l'obstacle interdisant l'accès effectif aux données de l'EDP de l'Insee, qui pourtant a été dans le passé une des principales sources de données sur les inégalités sociales de santé en France.
- L'interdiction de fait de pouvoir utiliser le NIR dans certaines situations⁵ rend impossible l'appariement de données d'enquêtes avec les sources nationales de données sociales et de santé.

Le Groupe de travail s'est inquiété des conséquences potentielles de la mise en place de l'Identifiant national de santé (INS) qui pourrait aboutir à rendre impossible l'appariement de données de santé avec d'autres sources, pourtant considéré par le Groupe de travail comme une voie particulièrement privilégiée pour améliorer la situation sur de nombreux points. Les responsables de la MISS et de l'Asip-Santé ont été rassurants à cet égard lors de leur audition – il est envisagé de maintenir une table de correspondance entre NIR et INS, qui serait confié à la Cnav dans le cadre du Répertoire national interrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie (RNIAM) –, mais ce dossier doit être suivi avec attention afin d'éviter des décisions aux conséquences irrémédiables.

Il est apparu qu'en pratique, l'accessibilité des données reste un problème majeur (voire insurmontable, pour nombre d'équipes), du fait de difficultés pratiques, tant du côté des organismes producteurs de données que de ceux qui ont vocation à les utiliser du fait de leurs missions.

Producteurs et utilisateurs de données

Du côté des organismes producteurs de données, la diffusion de ces données pour la santé publique, la surveillance et la recherche ne fait en général pas explicitement partie des missions de l'institution qui les produit; en conséquence, les moyens nécessaires pour mettre à disposition les données et l'information permettant de les utiliser entrent en concurrence avec les moyens à allouer aux missions de base, et l'accessibilité effective des données est fortement contingentée. Divers modes d'organisation ont commencé, parfois très récemment, à être mis en œuvre:

3. Au moment de la rédaction de ce rapport, les représentants de la CNIL n'ont pas encore été auditionnés par le Groupe de travail.

4. On trouve en annexe la référence des principaux textes qui encadrent la collecte, la gestion et l'accès aux données de santé.

5. Il ne s'agit pas d'une interdiction formelle, mais la procédure d'autorisation (Décret en Conseil d'État) constitue dans les faits un obstacle infranchissable pour la plupart des équipes concernées.

organisation spécifique en interne, réponse au coup par coup sans large information sur la disponibilité des données, transmission des données via le réseau Quételet, appels d'offres ouverts pour l'exploitation secondaire d'enquêtes nationales (enquête décennale Santé, HID, Sumer, SIP notamment), procédures d'accès à distance sur des sous-ensembles de données... Mais dans beaucoup de cas, on se heurte à des problèmes de moyens.

Du côté des organismes utilisateurs des données, on observe le plus souvent une insuffisance des ressources consacrées à l'accès aux données médico-administratives, qui requiert des moyens techniques lourds et des compétences spécialisées qui n'ont pas été suffisamment développés. En effet, les données administratives sont par nature complexes à utiliser, et l'investissement d'entrée en la matière peut être très important, le plus souvent sans commune mesure avec les ressources des équipes potentiellement utilisatrices. L'Assurance maladie a mis en œuvre des formations spécifiques qui conditionnent l'accès à certaines données, mais là encore le nombre en est nécessairement limité par le nombre de formateurs, et la complexité des données requiert un fort investissement des utilisateurs.

Une autre difficulté récurrente est la surcharge de la CNIL

Les délais de traitement des dossiers transmis ne cessent de se rallonger, dépassant fréquemment les quatre mois, voire nettement plus selon l'expérience des membres du Groupe et de certains de leurs interlocuteurs. Tous soulignent en revanche la qualité du travail d'instruction des dossiers par la CNIL, sa bonne compréhension des enjeux, ainsi que la qualité des échanges techniques avec ses services. Ce que tous interprètent comme, là encore, un manque de moyens face à l'augmentation des demandes est très préjudiciable: il met en danger certains projets (retards de collectes, voire risques d'abandon) et pourrait même inciter certains à passer outre ou à ne pas demander d'autorisation.

Autres aspects transversaux

En dehors des aspects examinés ci-dessus, le Groupe de travail a identifié certains problèmes transversaux qui concernent l'ensemble du système d'information pour la santé publique, la surveillance et la recherche.

On a souligné le manque de dispositif de collecte de données dans certains domaines correspondant à des objectifs de la loi. On renvoie au rapport du Groupe de travail du HCSP sur les indicateurs manquants pour une analyse détaillée de ces manques [3].

On doit souligner ici que le seul dispositif systématique de recueil large et représentatif de données diverses sur la santé et les procédures médico-techniques auprès des professionnels de santé est le fait d'un organisme privé, et que les conditions d'accès aux données collectées les rendent de fait pratiquement hors de la portée financière des structures publiques.

Un autre problème concerne la temporalité des recueils de données. D'un côté, la loi ainsi que les plans de santé publique exigent des évaluations à relativement court terme (quinquennal, voire moins). D'un autre côté, certaines enquêtes permettant de renseigner les indicateurs et de disposer des séries longues indispensables, ne sont réalisées et/ou reproduites qu'avec une fréquence supérieure. La répétition de ces enquêtes n'est d'ailleurs pas toujours assurée. En outre, les délais de mise à

disposition de données provenant de certaines sources permanentes ne sont pas satisfaisants pour certains besoins, comme on l'a signalé plus haut pour les causes de décès.

Concernant les aspects géographiques, il faut encore insister sur l'absence déjà signalée de couverture de l'ensemble du territoire et l'insuffisance des données à l'échelle infranationale pour certaines sources. Il convient de souligner également deux évolutions récentes qui vont avoir un impact important dans les années à venir :

1. les dispositions réglementaires en cours de mise en place au niveau de l'Europe vont amener à réviser les modalités de réalisation de plusieurs enquêtes et systèmes de recueil nationaux ;
2. le renforcement du niveau régional dans la mise en œuvre des politiques de santé de la loi HPST, avec la création des ARS.

Enfin, le Groupe de travail souligne l'insuffisance des dispositifs de recueil de données longitudinales, pourtant indispensables pour l'étude des trajectoires de santé, de soins, de situation socioprofessionnelle, etc. Les enquêtes Santé et Itinéraire Professionnel 2006 et 2010, ainsi que la prochaine mise en place de grandes cohortes constituées d'échantillons représentatifs d'enfants et d'adultes, contribuent à y remédier.

Recommandations

Le Groupe de travail propose un certain nombre de recommandations pour remédier aux manques et aux limites identifiées. Certaines sont spécifiques de certaines sources, d'autres sont plus générales et concernent la gouvernance des systèmes d'information pour la santé publique.

Recommandations spécifiques et à court terme

Recommandation
spécifique 1

Régler de façon urgente certains problèmes juridiques: transmission des données des Instituts médicolégaux au CépiDc, accès à l'EDP, causes médicales des morts nés.

Certains des problèmes identifiés par le Groupe de travail peuvent bénéficier d'améliorations substantielles dans un délai rapide, soit parce qu'il s'agisse d'aspects ponctuels, soit qu'il s'agisse de soutenir des projets déjà commencés. Ainsi, certains problèmes très spécifiques pourraient trouver une solution rapide, les points concernés ne semblant pas poser de difficultés juridiques majeures.

Il s'agit d'harmoniser les textes qui encadrent la transmission des données collectées par les Instituts médicolégaux au CépiDc, ainsi que l'accès à l'EDP de l'Insee: le fait que la plupart des Instituts médicolégaux transmettent actuellement leurs données au CépiDc, et que l'EDP ait déjà été utilisé dans les années passées par des équipes de l'InVS et de l'Inserm, sans que cela ait suscité la moindre controverse, montre bien qu'il s'agit plus d'un problème de forme que de fond.

De même, il n'existe pas de bonnes raisons pour que le CépiDc ne puisse être destinataire des causes médicales des morts nés. En effet, le CépiDc utilise depuis 1997 un certificat néonatal conforme au modèle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui permettrait d'enregistrer les causes médicales de décès des enfants mort-nés selon les recommandations de l'OMS (mort-nés à partir de 22 semaines d'âge gestationnel ou de poids de naissance supérieur à 500g): pour cela, il suffirait d'ajouter au certificat néonatal actuel une case demandant au médecin de préciser si l'enfant est né mort ou vivant.

Finalement, quelques aménagements de textes, qui ne supposent pas d'évolution de la loi, pourraient débloquent certaines situations.

Recommandation spécifique 2 ***Entreprendre une réflexion sur les textes qui encadrent l'utilisation du NIR, afin de faciliter l'appariement de données provenant de diverses sources médico-administratives, ainsi que de données d'enquête avec ces sources ; veiller à ce que la mise en place de l'INS ne rende pas impossible les appariements de données avec des sources utilisant le NIR comme identifiant.***

La France dispose, par rapport à la plupart des pays, de deux avantages qui peuvent être décisifs pour la construction d'un système d'information performant pour la santé publique :

1. l'existence de grandes bases de données nationales centralisées gérées par des organismes publics, couvrant la totalité de la population dans divers domaines stratégiques : recours aux soins, hospitalisation, handicaps, prestations et position sociales ;
2. l'existence d'un identifiant individuel unique (le NIR), qui est utilisé (directement ou sous forme anonymisée et irréversible) par toutes les bases de données nationales. Comme cela a été souligné, des progrès majeurs pourraient être réalisés de manière très efficiente en systématisant les appariements individuels de données provenant de ces diverses bases, ou de données d'enquête avec ces sources. Les difficultés sont de divers ordres : problèmes techniques et méthodologiques liés à la complexité des données et à certaines de leurs limites qui ont été examinées plus haut ; problèmes éthiques et juridiques, le législateur ayant à juste titre veillé à ce que de tels appariements ne puissent pas porter préjudice aux libertés individuelles et à la confidentialité des données à caractère personnel. Notamment, la décision récente de créer un Identifiant national de santé (INS) distinct du NIR, dictée par cette préoccupation, pourrait rendre à terme réellement impossible certains appariements.

On se trouve aujourd'hui dans une situation contradictoire à divers égards. D'un côté, il est parfois possible d'apparier individuellement des données d'enquête provenant de bases de données nationales, lorsque le dispositif d'enquête permet que le NIR soit « naturellement » présent dans le flux de données : la CNIL autorise de tels appariements lorsqu'ils sont justifiés, moyennant bien évidemment de sévères contraintes de confidentialité et de sécurité. Par contre, lorsque le dispositif d'enquête repose sur des sources qui n'ont pas accès au NIR (c'est le cas notamment de nombreuses enquêtes en population), les textes ne permettent pas de fait de procéder à des appariements (il faut en effet un décret en Conseil d'État pour avoir l'autorisation de recueillir et d'utiliser le NIR, seul identifiant actuellement disponible dans les sources médico-administratives). De nombreux systèmes de surveillance ou études sont ainsi impossibles à réaliser (même lorsqu'ils sont diligentés par les pouvoirs publics).

Une solution théoriquement possible pour procéder à des appariements sans disposer du NIR est l'utilisation de méthodes d'appariement « probabiliste », reposant sur l'utilisation simultanée pour chaque sujet de variables non identifiantes. C'est la méthode actuellement utilisée pour l'accès aux causes médicales de décès, puisque le volet médicalisé du certificat de décès qui est transmis au CépiDc est anonymisé.

Cependant les solutions à mettre en œuvre pour des bases de données plus complexes sont beaucoup plus difficiles, et en tout état de cause nécessiteraient des développements méthodologiques et pratiques (incluant un accès aisé aux bases de données concernées) qui ne permettent pas d'envisager ce type de solution à court terme.

Le Groupe de travail considère qu'il convient d'entreprendre dès maintenant une réflexion sur l'utilisation du NIR ou d'identifiants anonymisés qui peuvent en découler, incluant les perspectives liées au déploiement de l'INS. Cette réflexion doit concerner les aspects juridiques, éthiques, méthodologiques et techniques, ainsi que les ressources nécessaires, et certainement associer la CNIL, le Comité consultatif national d'éthique (CCNE), les organismes producteurs et utilisateurs de données de santé et les représentants des citoyens.

Recommandation spécifique 3 ***Initier ou développer certains systèmes d'information relevant d'organismes publics dans des domaines cruciaux et actuellement non couverts, notamment en médecine ambulatoire.***

La connaissance des pratiques des professionnels de santé et des comportements des patients vis-à-vis du système de soins sont des éléments essentiels. La gestion du système de soins nécessite notamment des données concernant les prescriptions et les pathologies qui ont motivé la visite auprès des médecins libéraux (âge, sexe, diagnostic posé, prescriptions, effets attendus...). Or, en dehors des données de gestion de l'Assurance maladie qui ne donnent qu'une image très partielle des pratiques et des comportements, on ne dispose pas en France de dispositif relevant d'organismes publics permettant de documenter systématiquement ce domaine et d'en analyser les évolutions. La seule source existante à large échelle est un organisme privé à but lucratif, et les tarifs pratiqués rendent de fait inaccessibles ces données qui sont donc en pratique réservées aux industriels. Cet état de fait est difficilement acceptable et il serait important de développer des systèmes d'information relevant d'organismes publics ou accessibles à ceux-ci. Il existe actuellement des expériences dans ce domaine, qui doivent être soutenues.

Comme l'a souligné le Groupe de travail sur les indicateurs manquants [3] d'autres domaines, comme les caractéristiques physiques et sociales de l'habitat, sont très mal couverts par les dispositifs d'observation, et il est nécessaire d'en dresser une liste raisonnablement complète.

Recommandation spécifique 4 *Renforcer les moyens de la CNIL dans le secteur santé.*

Beaucoup, sinon la plupart, des systèmes d'information utiles pour la santé publique, pour la surveillance et pour la recherche font appel à la collecte ou la consultation de données à caractère personnel. La législation française impose dans ces cas l'obtention de l'autorisation préalable de la CNIL, d'autant plus que presque toujours on a affaire à des données qualifiées de «sensibles». On a souligné plus haut la qualité du travail d'instruction des dossiers par la CNIL et sa bonne compréhension des enjeux, ainsi que la qualité des échanges techniques avec ses services qui instruisent les dossiers en rapport avec la santé. Mais il est clair que ceux-ci sont notablement sous dimensionnés face à l'augmentation des demandes, et le délai de traitement des dossiers dépasse très fréquemment le délai légal (qui est de 2 mois, l'absence de réponse au-delà de ce délai signifiant depuis la dernière révision de la loi un refus), ce qui ne manque pas d'entraîner des difficultés diverses, aux conséquences parfois très lourdes. On peut de plus penser que l'élargissement des conditions dans lesquelles il sera possible d'accéder à des sources de données gérées par les organismes de protection sociosanitaire va multiplier les demandes en provenance d'utilisateurs diversifiés, contribuant ainsi à augmenter la charge de travail de la CNIL. Il est donc crucial que la CNIL, qui constitue un point de passage obligé de tout dispositif de recueil de données de santé à caractère personnel, voie ses moyens dédiés aux recueils de données de santé renforcés.

Recommandations générales

Recommandation générale 1 *Mieux coordonner les différentes actions de pilotage et de suivi des systèmes d'information pour la santé publique. Les principales missions des structures concernées seraient de :*

- poursuivre l'identification des données manquantes pour les indicateurs de la loi et des Plans de santé publique, et des sources potentiellement mobilisables ;
- tenir à jour un annuaire opérationnel des sources utilisables pour documenter les indicateurs ;
- animer une réflexion avec les producteurs de données en vue de faire évoluer conjointement leur système d'information ;
- proposer des évolutions des recueils de données existants pour les adapter aux besoins et mettre en place des recueils nouveaux ;
- veiller à la pérennité des systèmes d'information et à la répétition des enquêtes à visée nationale pertinentes ;
- recommander aux pouvoirs publics une politique de développement et de maintenance des systèmes d'information pour la santé publique en coordination avec les organismes et agences sectorielles concernées ;
- élaborer une politique pour les données à vocation régionale, en liaison avec les ARS et les ORS ;

-
- élaborer une réflexion méthodologique et juridique pour la production d'indicateurs à l'échelle de zones géographiques de petite taille à partir des sources exhaustives, tout en respectant la confidentialité des données à caractère personnel;
 - adapter les dispositifs de recueil de données pour faciliter les comparaisons à l'échelle européenne et internationale.

Le bilan réalisé par le Groupe de travail du HCSP sur les systèmes d'information pour la santé publique a permis de mettre en évidence un certain nombre de lacunes, qui complète les constats du Groupe de travail sur les indicateurs manquants [3].

Il est d'ailleurs important de rappeler que la motivation qui a présidé à la mise en place de ces Groupes de travail relevait de l'impossibilité constatée par le HCSP de remplir complètement sa mission d'évaluation des objectifs de la loi relative à la santé publique de 2004, du fait de l'insuffisance, voire de l'absence, de données pertinentes et de validité suffisante (donc des systèmes d'information correspondant), dans de nombreux domaines.

Il est donc indispensable d'améliorer la situation afin d'éviter, au moins partiellement, de rencontrer des difficultés de même nature lors de l'évaluation de la future loi de santé publique. Ceci implique que le travail réalisé par les Groupes de travail du HCSP soit poursuivi régulièrement de façon organisée, ainsi que des mesures « structurantes » relevant d'une gouvernance générale des systèmes d'information pour la santé publique, afin de dégager des solutions pérennes, et ne pas se contenter de simplement tenter de remédier de façon ponctuelle à tel ou tel problème spécifique, afin de disposer d'un système stable et performant.

Il faut tout d'abord procéder à une mise à jour régulière de la description des sources utilisables pour documenter les indicateurs, et en parallèle rendre permanente et systématique l'activité d'identification des données manquantes pour les indicateurs des lois et des plans, afin de permettre une meilleure réactivité pour anticiper sur les besoins futurs d'information pour l'évaluation des politiques de santé publique. Le repérage des données manquantes doit s'accompagner d'une réflexion sur les sources de données potentiellement mobilisables pour remédier aux insuffisances constatées.

Dans la première partie de ce rapport, on a souligné la diversité des sources de données utilisables pour l'établissement des indicateurs nécessaires pour l'évaluation des objectifs de santé publique. Les organismes responsables de ces sources produisent des données à des fins propres (gestion, surveillance, recherche), et le bilan effectué par le Groupe de travail met en évidence que, de ce fait, les données disponibles ne permettent pas toujours (ou difficilement) aux utilisateurs de répondre aux besoins de l'évaluation des objectifs de la loi. Or, dans de nombreuses situations, des modifications ou ajustements limités ou modérés suffiraient pour rendre les données produites mieux utilisables. Ceci est vrai pour certaines sources, et encore plus si on considère l'ensemble de celles-ci du fait de l'absence de cohérence d'ensemble du dispositif public de production de données utiles pour la santé publique. Il apparaît donc important d'initier une réflexion impliquant les principaux producteurs de don-

nées, avec l'objectif de faire évoluer leurs systèmes d'information en y intégrant des missions de documentation des indicateurs de la loi et des plans.

À côté de la nécessaire évolution des sources permanentes de données, il est indispensable de susciter la mise en place des nouveaux recueils de données dans les domaines mal ou non couverts qui ont été identifiés, et pour cela identifier les organismes potentiellement mobilisables et réunir les ressources de compétence et de moyens pour prendre en charge ces recueils. Dans cette optique, il est également important de veiller à la pérennité des systèmes d'information et à la répétition des enquêtes à visée nationale pertinentes : en effet, chaque organisme producteur de données poursuivant ses propres objectifs avec ses besoins propres, peut être amené à renoncer à certaines collectes de données, ou les faire évoluer d'une façon qui peut mettre en danger le suivi de l'évolution de phénomènes d'intérêt pour la santé publique.

Dans cette optique, les organismes et agences sectorielles concernées doivent mettre en œuvre une politique coordonnée de développement, de déploiement et de maintenance des systèmes d'information pour la santé publique. Ceci est d'autant plus indispensable que les dispositions réglementaires en cours de mise en place au niveau de l'Europe vont amener à réviser les modalités de réalisation de plusieurs enquêtes et systèmes de recueil nationaux, comme déjà signalé dans le rapport. Il est donc nécessaire d'intégrer ces contraintes dans une réflexion générale sur l'évolution des systèmes d'information afin d'adapter les dispositifs de recueil de données pour faciliter les comparaisons à l'échelle européenne et internationale.

Il faut également anticiper les besoins de données en appui de la réorganisation des structures de santé publique déconcentrées, avec notamment la création des ARS qui se voient confier des missions importantes en termes de politiques de santé à l'échelle régionale et infrarégionale. Il est donc nécessaire d'élaborer une politique pour les données à vocation régionale, en liaison avec les ARS et les ORS, incluant une réflexion sur la remontée homogène d'informations provenant des niveaux régional et infrarégional, ainsi que sur le retour d'informations vers ces niveaux. Cette réflexion doit inclure la production d'indicateurs à l'échelle de zones géographiques de petite taille à partir des sources exhaustives, tout en respectant la confidentialité des données à caractère personnel. Les collectivités territoriales, de tailles très variables, sont en effet demandeuses, à juste titre, de données à une échelle pertinente adaptée aux responsabilités de gestion que leur confère la loi.

Ceci pose cependant des problèmes méthodologiques, notamment lorsqu'il s'agit de territoires de petite taille et de faible effectif de population : en effet, il faut tenir compte de problèmes de représentativité, de fluctuations d'échantillonnage, etc., qui peuvent être complexes ; la Fédération nationale des observatoires de santé (Fnors) a pris l'initiative d'un travail visant à mettre au point un guide de recommandations sur les données pour les territoires infradépartementaux, mais des travaux de recherche restent indispensables dans ce domaine. La production de certains indicateurs de santé à une échelle territoriale très fine pose également des problèmes juridiques et de sécurité vis-à-vis de la loi Informatique et libertés, qui interdit la diffusion de

données pouvant être identifiantes dans ces conditions et mettre en danger la confidentialité des données à caractère personnel.

Au total, on constate qu'il n'existe pas actuellement de politique concertée permettant la mise en cohérence d'ensemble des systèmes d'information pour la santé publique, qu'il s'agisse de la production de données permanente et exhaustive par des agences et organismes nationaux, ou de dispositifs plus ciblés reposant sur des enquêtes *ad hoc*. Le Groupe de travail recommande donc très fortement la mise en place d'une réflexion très large, impliquant les pouvoirs publics concernés, les organismes de protection sanitaire et sociale et les agences sanitaires ayant des responsabilités dans la production et l'utilisation de données pour la santé publique. Le paysage est en effet complexe, les organismes concernés étant nombreux et indépendants, avec des tutelles parfois différentes. Le Cnis, malgré sa mission générale de pilotage et de coordination des dispositifs de statistique publique, ne s'est pas jusqu'à présent, saisi de façon systématique du domaine de la santé publique. Une réelle volonté politique de mise en cohérence et de coordination des acteurs et des différentes actions de pilotage et de suivi des systèmes d'information pour la santé publique est donc indispensable pour améliorer durablement la situation actuelle, et faire en sorte de disposer de systèmes d'information cohérents, à la fois flexibles et stables.

Recommandation générale 2 ***Inciter, de façon concertée avec les professionnels de santé, les organismes et professionnels producteurs de données et les organismes utilisateurs à dégager les ressources nécessaires à une meilleure utilisation des données pour la santé publique, la surveillance et la recherche.***

- inscrire dans la loi de santé publique une mission explicite de mise à disposition de données, accompagnée d'une obligation de moyens dans les contrats entre l'État et les organismes de protection médico-sociale producteurs de données ;
- inscrire dans les contrats entre l'État et les organismes utilisateurs de données de santé publique (agences, organismes de recherche, ORS, registres, ARS, etc.) une obligation de moyens concernant l'accès aux données à visée de santé publique ;
- inscrire dans les conventions entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé une obligation de fourniture de données aux organismes de santé publique concernés ;

Un des constats récurrents du Groupe de travail est la difficulté, pour toutes les catégories d'utilisateurs, d'obtenir des données gérées par les organismes producteurs. L'expérience des membres du Groupe de travail ainsi que des personnes auditionnées montre la très faible disponibilité de ces bases de données pour la santé publique, la surveillance ou la recherche. Ainsi, le potentiel de ces bases est-il sous utilisé, alors même que les données sont d'un grand intérêt et que le nombre d'utilisateurs potentiels et les besoins sont en augmentation constante. Les récents efforts de certains organismes pour faciliter l'exploitation des données qu'ils collectent sont à

souligner : la CnamTS a déployé un dispositif facilitant l'accès à l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB), des appels d'offres ouverts très fructueux ont permis à de nombreuses équipes d'exploiter selon leurs intérêts propres de grandes enquêtes nationales (enquête décennale Santé, HID, Sumer, SIP).

Cependant, la situation reste très restrictive. Comme on l'a signalé, cet état de fait n'est pas à mettre au compte de la mauvaise volonté des organismes producteurs de données, mais est avant tout due à l'insuffisance des ressources consacrées par ces organismes à la diffusion et à la mise à disposition des structures de santé publique, de surveillance et de recherche des données dont ils assurent la collecte et la gestion. En effet, leurs missions, sauf exception, n'incluant pas de telles activités, les moyens qui y sont consacrés sont sous dimensionnés, voire pratiquement inexistant, face à la complexité des bases de données et la lourdeur des procédures d'extraction, de contrôle et de sécurisation.

On observe une situation comparable du côté des organismes utilisateurs, qui ne consacrent pas non plus, sauf exception, suffisamment de moyens à ces activités : il ne suffit pas, en effet, de se contenter de recevoir un fichier informatique. Un travail, indispensable de contrôle et de validation, de mise en forme et de synthèse des données brutes, peut s'avérer très lourd avant leur exploitation ; toutes ces activités qui demandent des personnels à niveau et formés aux bases de données nationales doivent être suffisamment pérennes pour justifier un important investissement initial et continu. De ce point de vue, on peut se référer à l'expérience de certains pays, qui ont mis en place des ressources adéquates, comme par exemple le *Population Data Center* de l'Université de Colombie Britannique.

Enfin, il faut aussi souligner les difficultés rencontrées pour la transmission de données par les professionnels de santé aux organismes de santé publique concernés et qui s'en sont parfois trouvé considérablement perturbé pour certains. En effet, de nombreux professionnels de santé considèrent que la transmission des données qu'ils recueillent auprès de leurs patients ne fait pas partie de leurs missions, et certains exigent une rémunération spécifique pour ce type d'activité.

Il est d'une grande importance d'explicitier, par des voies législatives, contractuelles ou conventionnelles selon les cas, que la transmission de données de santé est une « *obligation de service public* », et de préciser les moyens qui doivent y être consacrés par les différents acteurs. La recommandation énoncée se situe dans cette optique.

Recommandation
générale 3

Développer une structure technique d'interface entre producteurs et utilisateurs de données médico-administratives, incluant un « guichet conseil » pour les utilisateurs, et développer les travaux méthodologiques nécessaires pour faciliter et améliorer l'accès et l'analyse des données pour la santé publique, la surveillance et la recherche.

- Développer une (ou plusieurs) structure(s) spécialisée(s) réalisant l'interface entre les producteurs et les utilisateurs fournissant des prestations complètes et dotée(s) de moyens suffisants.
- Développer la recherche sur les systèmes d'information pour la santé publique (méthodes de validation de données médicales, méthodes d'appariement probabiliste, cryptage, géolocalisation).

On utilise encore trop peu en France les possibilités offertes par les bases de données alimentées par les organismes de protection sociale et médicale, qui contiennent des données concernant la santé ou la vie socioprofessionnelle. L'utilisation de ces bases offrirait en théorie des avantages très importants, en termes méthodologiques (exhaustivité, absence de certains biais de sélection et d'information), et opérationnels (données déjà recueillies, effectifs immenses, etc.). Les principales bases de données concernées sont, outre le CépiDc pour la mortalité, celles du PMSI (Programme de Médicalisation du Système d'Information) qui, pour chaque épisode d'hospitalisation, enregistre des diagnostics codés selon la CIM10 et les actes pratiqués codés selon la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), et celles du SNIR-AM. Les données du SNIR-AM incluront à terme tous les régimes de l'Assurance maladie : Cnamts, Mutuelle sociale agricole (MSA), Régime social des indépendants (RSI) et les seize autres régimes spéciaux, et concernent aussi bien la médecine de ville que les hospitalisations. Elles contiennent notamment les ALD codées selon la CIM-10, et les données de remboursements de soins auprès des professionnels de santé et de médicaments. Il faut aussi noter que la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) met également en place un système centralisé de remontées d'information concernant les prestations pour handicap.

Concernant les données socioprofessionnelles, les bases de données de la Cnav permettent de tracer pour chaque individu dès l'âge de seize ans et jusqu'à la liquidation de ses droits à la retraite, ses différentes périodes d'activité : périodes d'activité professionnelle ou assimilées (chômage, maladie, maternité ou congés parentaux, ...). On peut donc avoir accès à l'ensemble des données inhérentes à la carrière des assurés du régime général, y compris les données concernant d'éventuelles périodes effectuées dans d'autres régimes de base, ainsi que dans certains régimes particuliers ou spéciaux. En l'absence de données sur la position sociale dans les sources de données de santé, l'extraction de données des bases de la Cnav et/ou leur appariement avec des données de santé permettrait notamment de contribuer à documenter le problème des inégalités sociales de santé, qui est un des thèmes majeurs de la future loi de santé publique.

Cependant, un important travail est nécessaire pour définir les procédures d'accès, de transmission sécurisée, de vérification de cohérence et de complétude, de maintien de l'intégrité des données. Celles-ci sont complexes et nécessitent des moyens lourds et des compétences spécialisées pour les utiliser dans des conditions compatibles avec des contraintes de qualité suffisante. L'obstacle majeur à l'accès aux bases de données médico-administratives est donc la lourdeur des procédures techniques à mettre en œuvre de par leur complexité et les contraintes de confidentialité et de sécurité. Les ressources indispensables n'ont toujours pas été mobilisées, ni du côté des organismes producteurs ni de celui des utilisateurs.

La mise en place d'une structure scientifique et technique jouant un rôle d'interface entre les utilisateurs et les bases de données est sans doute la meilleure solution. Cette structure, de type «plateforme» offrirait une fonction de «guichet conseil» pour les utilisateurs, et aurait comme mission :

- faciliter l'accès aux données individuelles ;
- l'appariement de données individuelles issues de bases de données différentes.

Il pourrait s'agir d'une structure inter-organismes, associant notamment les organismes gérant les bases de données nationales et les organismes utilisateurs.

Par ailleurs, une meilleure utilisation des bases de données implique le développement de travaux méthodologiques pour faciliter l'accès aux données et améliorer leur validité. Les méthodes d'appariement, de cryptage, de validation des données médicales sont en constante évolution et peuvent encore être améliorées pour une meilleure efficacité. Les méthodes de géocodage sont également évolutives.

Recommandation générale 4 ***Faciliter l'appariement à l'échelle individuelle de sources différentes, médicales et non médicales en créant un (des) centre(s) d'appariement sécurisés autorisé(s) sous conditions à avoir accès aux identifiants nationaux (NIR, INS).***

On a souligné la situation juridique paradoxale qui aboutit à ce que dans certaines conditions le NIR puisse être utilisé pour procéder à des appariements avec des sources médico-administratives – où les sujets sont identifiés directement ou indirectement via une fonction d'occultation de leur NIR –, alors que dans d'autres cas cela est en pratique interdit par les textes. Schématiquement, lorsque le circuit de recueil de données inclut un organisme (public ou privé) qui dispose du NIR, il est alors possible (moyennant des flux qui habituellement impliquent un tiers de confiance) d'accéder aux bases de données reposant sur le NIR, d'extraire des données individuelles et de les appairer avec d'autres sources. La CNIL a déjà autorisé plusieurs opérations de ce type. Par contre, lorsque le circuit de recueil de données n'inclut pas un organisme habilité à disposer du NIR, un décret en Conseil d'État est nécessaire pour avoir le droit de l'utiliser.

On comprend bien l'esprit de la loi Informatique et libertés qui a cherché à encadrer de façon stricte l'utilisation d'un identifiant aussi sensible que le NIR. Cependant, les textes actuels constituent un obstacle insurmontable pour de nombreuses études de santé publique, alors même qu'il est parfois, selon le dispositif de recueil de données, possible d'utiliser le NIR, sans qu'il soit évident de justifier cette différence.

Une solution, qui a déjà été proposée, notamment par l'Insee⁶, serait la création d'un ou plusieurs « Centres d'appariement sécurisé » (CAS). Il s'agirait d'une structure jouant un rôle de tiers de confiance habilitée à recevoir, dans le cadre d'études autorisées, les NIR des sujets concernés. L'application par le CAS de procédures d'anonymisation et de cryptage et des flux sécurisés pourrait alors permettre des opérations d'appariement dans des conditions garantissant le respect des contraintes de confidentialité des données à caractère personnel. Une analyse approfondie des conditions techniques et légales permettant la mise en place de telles structures devrait être entreprise, en collaboration avec la CNIL. En tout état de cause, il est vraisemblable que la création de CAS nécessite une modification de la loi Informatique et libertés.

Par ailleurs, le déploiement prévu de l'INS, destiné à être le seul identifiant utilisé pour les applications en santé, rendrait impossible à l'avenir l'appariement de données de santé avec d'autres sources utilisant le NIR comme identifiant, ce qui, bien évidemment, poserait des problèmes insurmontables. Afin d'éviter cette situation, il est envisagé que la Cnav maintienne une table de correspondance NIR-INS. Dans ce contexte, si des CAS sont créés, il faudra qu'ils soient également habilités à recevoir également les INS des sujets inclus dans les études impliquant un appariement avec des sources utilisant le NIR.

Recommandation générale 5 ***Développer des dispositifs d'observation longitudinale en s'appuyant sur des cohortes existantes ou à initier, en veillant à ce que les plans d'échantillonnage et les données collectées permettent de renseigner les indicateurs de la loi de santé publique.***

Des dispositifs d'observation longitudinale à l'échelle individuelle sont nécessaires pour recueillir certaines informations concourant à l'établissement de plusieurs indicateurs de la loi relative à la politique de santé publique. De telles observations sont indispensables pour l'étude des trajectoires de santé, de soins, de situation socioprofessionnelle ou de comportements individuels. Si les épidémiologistes ont mis en place, parfois depuis longtemps de nombreuses cohortes, celles-ci sont pour la plupart destinées à répondre à des questions de recherche spécifiques, et n'ont pas d'objectifs de représentativité; les données recueillies dans de tels contextes méthodologiques ne peuvent donc pas être utilisés pour l'établissement d'indicateurs visant à décrire la population française.

6. Chaleix M, Lollivier S. «Outils de suivi des trajectoires des personnes en matière sociale et d'emploi». Insee, N° 98/B010, Juin 2004.

Il existe quelques rares dispositifs longitudinaux reposant sur des données d'origine administrative dont le plan d'échantillonnage vise à assurer la représentativité, comme l'EDP de l'Insee ou l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) de l'Assurance maladie. C'est également le cas de l'enquête Santé et itinéraire professionnel auprès des personnes qui aborde de façon suivie les questions de conditions de travail, d'emploi et les questions de santé. Mais ces dispositifs présentent des limites en termes de données recueillies et ne suffisent pas pour répondre à l'ensemble des objectifs de la loi.

Bien entendu, il n'est pas réaliste de penser qu'une cohorte, si large soit-elle, puisse répondre à l'ensemble des besoins d'information sur la population française. Cependant, la mise en place prochaine de nouvelles grandes cohortes, notamment dans le cadre du « TGIR (Très grandes infrastructures de recherche) Cohortes », peut être une occasion de compléter les sources de données disponibles. C'est notamment le cas des cohortes Elfe qui doit inclure un échantillon représentatif de naissances, Constances et Coset qui suivront des échantillons représentatifs d'adultes. Il importe de veiller à ce que l'échantillonnage et les recueils de données tout au long du suivi des sujets de ces dispositifs permettent l'établissement d'indicateurs utiles pour l'évaluation des objectifs de la loi.

Recommandation générale 6 ***Mettre en place un dispositif de surveillance systématique et permanent des inégalités sociales et territoriales de santé, incluant des indicateurs de défavorisation appropriés à une échelle fine.***

Les connaissances concernant les inégalités sociales et territoriales en France reposent actuellement sur des travaux de recherche qui n'ont pas vocation à être reproduits, encore moins pérennisés, et on a fait le constat de l'absence d'un véritable système de surveillance des inégalités sociales et territoriales de santé (cf. conclusions du Groupe de travail Inégalités sociales du HCSP). Du fait des limites des systèmes d'information de nature médicale en matière de données sur les déterminants socioprofessionnels, le Groupe de travail recommande donc d'élaborer un système de surveillance des inégalités de santé pérenne reposant sur la mise en œuvre systématique de procédures d'appariements entre sources nationales permanentes de données de santé et de données administratives et sociales, essentiellement celles gérées par la Cnav. D'autres sources devraient également être explorées, comme celles du fisc.

Un autre manque relevé par le Groupe de travail concerne les indicateurs géographiques de « défavorisation », largement utilisés dans d'autres pays à des fins de santé publique, notamment pour la priorisation des actions, ou d'épidémiologie sociale quand il s'agit de prendre en compte des effets contextuels. On ne dispose actuellement pas d'indicateurs géographiques de défavorisation « français » (c'est-à-dire construits à partir de données économiques et sociales exhaustives disponibles à une échelle géographique fine, comme les îlots regroupés pour l'information statistique (IRIS), produits par l'Insee), qui fassent l'objet d'un consensus. Cependant, plu-

sieurs travaux récents ont développé de tels indices, et il serait important de mettre en place une réflexion destinée à discuter des objectifs, des méthodes et des limites de ces indicateurs, afin d'en définir un ou plusieurs qui pourraient faire partie d'un système de surveillance des inégalités de santé.

Recommandation générale 7 ***Entreprendre une réflexion sur l'acceptabilité des recueils de données, leur gestion et leur utilisation à des fins de santé publique et de recherche, associant les producteurs de données, les utilisateurs et les représentants de la société civile.***

Ce rapport plaide pour une utilisation large et systématique des données d'origine médico-administrative comme une des solutions à des problèmes divers. Cependant, l'acceptabilité sociale de l'utilisation de telles sources de données pose un véritable problème. Une partie de la population la perçoit en effet comme une intrusion et une atteinte à ses libertés, comme l'ont montré les débats suscités par exemple autour du projet de la cohorte d'enfants Elfe ou du développement du Dossier médical personnel (DMP). Les restrictions que la loi impose pour l'utilisation du NIR et la décision de développer un INS sont d'ailleurs des obstacles voulus explicitement pour empêcher les abus potentiels. La politique d'appariements systématiques de données provenant de plusieurs sources que propose le Groupe de travail peut engendrer des inquiétudes légitimes à cet égard.

Il serait donc d'une importance particulière de développer une réflexion sur les dispositions permettant d'encadrer l'usage de ces données (pour quels usages? qui peut être autorisé? dans quelles conditions? etc.). La Conférence nationale de santé organise actuellement un débat public sur ce thème, dont les résultats devraient être diffusés et partagés de manière pédagogique. Il serait important d'envisager les suites qui y seront données.

Principales sources de données identifiées

Le répertoire des sources a été réalisé par la Drees qui remercie les institutions productrices de leur collaboration.

Les fiches des principales sources de données sont consultables sur :

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefdomaine=6&clefr=174>

Les sources à vocation exhaustive

- Base de données de l'évaluation des programmes de dépistage organisés des cancers du sein, du col de l'utérus et du rectum
- Base de données du réseau français des registres de cancer FRANCIM
- Bulletin d'interruption volontaire de grossesse (BIG)
- Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-INSERM)
- Certificats de santé au 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois
- Dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire
- Données de remboursement de l'assurance maladie (SNIIR-AM)
- Données des registres qualifiés
- Données issues des déclarations de vente effectuées auprès de l'AFSSAPS - agence française de sécurité sanitaire des produits de santé –
- Echantillon généraliste de bénéficiaires (EGB)
- Enquêtes des centres régionaux de pharmacovigilance - agence française de sécurité sanitaire des produits de santé - (AFSSAPS)
- Fichier national des accidents corporels (Osnir)
- Groupement pour l'Élaboration et la Réalisation de Statistiques (GERS)
- Observatoire des caisses de l'assurance maladie des professions indépendantes (OCAPI)
- Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI HAD)
- Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI MCO)
- Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI SSR)
- Rapports d'activité en psychiatrie (RAPSYP)
- Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P)
- Registre des Victimes Corporelles d'Accidents de la Circulation Routière dans le département du Rhône.
- Réseau FranceCoag (RFC)
- Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)
- Ventes d'alcool

Les réseaux de surveillance à partir d'échantillon

- Base de données sur la qualité de l'air (BDQA) – ADEME
- Observatoire de la qualité de l'air intérieur (OQAI)
- Réseaux de surveillance du RAISIN (réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales)
- Réseaux de surveillance en Santé Travail de l'InVS (TMS, Samotrace, MCP...)
- Système de surveillance des intoxications au CO (SIROCO)
- Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant (SNSPE)

- Les grandes enquêtes nationales en population générale déclaratives**
- Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire (ABENA)
 - Alimentation, état nutritionnel et santé mentale des personnes âgées en institutions (ANAIIS)
 - Baromètre cancer
 - Baromètre santé
 - Baromètre santé environnement
 - Baromètre santé nutrition
 - Changement organisationnel et information
 - Cohorte des consultants des Centres d'exams de santé (Constances)
 - Cohorte santé, inégalités et ruptures sociales dans l'agglomération parisienne (SIRS)
 - Contexte de la sexualité en France (CSF)
 - Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques (ENTRED)
 - Enquête entrée en vie adulte
 - Enquête fécondité, contraception et dysfonctions sexuelles (fecond)
 - Enquête handicap santé (HSM et HSI)
 - Enquête handicap santé aidants informels (HSA)
 - Enquête IVG
 - Enquête nationale auprès des usagers de centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (Ena-CAARUD)
 - Enquête nationale périnatale (ENP)
 - Enquête santé et protection sociale (ESPS)
 - Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de la préparation à la défense (ESCAPAD)
 - Enquête sur les conditions de travail
 - Epidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants (Epifane)
 - Etude de Suivi d'une Population d'Accidentés de la Route dans le Rhône (ESPARR)
 - Etude longitudinale française depuis l'enfance (ELFE)
 - European school survey project on Alcohol and other drugs (ESPAD)
 - Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP)
 - Santé et itinéraire professionnel (SIP)
 - Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (Sumer)
 - Trajectoires et origines (TeO)
 - VIH : enquête sur les personnes atteintes (VESPA)

- Avec examen de santé ou prélèvements biologiques**
- Corpulence des enfants de 7-9 ans scolarisés en CE1 et CE2
 - Enquête épidémiologique nationale de prévalence de la carie dentaire des enfants de 6 à 12 ans
 - Enquête nationale de prévalence du saturnisme et de séroprévalence des maladies infectieuses chez les enfants de 6 mois à 6 ans
 - Enquêtes triennales sur la santé des enfants et des adolescents scolarisés
 - Etude nationale nutrition santé (ENNS)
 - Etudes individuelles et nationales sur les consommations alimentaires (INCA)

- Les grandes enquêtes nationales auprès des professionnels et structures de soins**
- Baromètre santé «médecins généralistes»
 - Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales
 - Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins, observés en établissement de santé (ENEIS)
 - Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC)
 - Enquête sur les opinions et pratiques des médecins du travail en matière de prévention
 - Enquête sur les opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de santé environnement et de santé au travail

Auditions

Les auditions sont consultables sur :

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefdomaine=6&clefr=175>

Grille d'entretien avec les personnes auditionnées

1. Politique de diffusion

Votre institution a-t-elle une politique de diffusion définie en termes de publics visés, de tarification, de sécurisation, de propriété des données et des résultats produits ?

Cette politique s'appuie-t-elle sur des textes juridiques ?

Pouvez-vous donner des exemples ?

Cette politique a-t-elle évolué au cours du temps et d'autres évolutions sont-elles prévues ?

2. Difficultés pratiques

Existe-t-il des difficultés pratiques ou juridiques qui viendraient contrecarrer la volonté de mise à disposition des données ? Si oui, quelles sont-elles et quels sont les moyens mis en œuvre pour y faire face ?

3. Dispositif concret

Concrètement quelle est la procédure à suivre pour accéder aux données ?

Existe-t-il un guichet dédié ou encore un service de diffusion en tant que tel ?

Les demandes sont-elles traitées en interne ou par un service externalisé ?

4. Volumes et moyens

Quel est le volume de demandes et les moyens humains et financiers affectés ?

5. Appariement de données

Avez-vous à traiter des demandes nécessitant l'appariement de données en provenance de plusieurs sources de votre institution ou d'institutions multiples ?

Si oui, quelles difficultés spécifiques de telles demandes engendrent-elles et comment sont-elles résolues, en termes techniques ainsi que juridiques ?

De façon plus générale sur cette question centrale une réflexion est-elle menée au sein de votre institution et avez-vous des pistes à suggérer ?

6. Données localisées

De façon générale, les bases de données ou enquêtes que vous gérez permettent-elles de produire des données régionales ou plus localisées ?

Avez-vous des obligations particulières et/ou une politique en la matière (encouragement d'extensions régionales, modèles statistiques...)?

7. Articulation avec des systèmes internationaux

Les bases de données que vous gérez s'inscrivent-elles dans des systèmes internationaux (nomenclatures, transmissions régulières régies par des textes, contraintes de format...)?

8. Difficultés d'accès

Réciproquement connaissez-vous des difficultés pour accéder à des données d'autres institutions qui sont d'intérêt pour vous ?

9 - Rapports avec la CNIL

Rencontrez-vous des problèmes particuliers dans vos rapports avec la CNIL (délais ou autres) ?

Référence des principaux textes législatifs

Textes fondateurs de la CNIL :

Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés : <http://www.cnil.fr/en-savoir-plus/textes-fondateurs/loi78-17/>

Textes d'application : Décret n°2005-1309 du 20 octobre 2005 : <http://www.cnil.fr/en-savoir-plus/textes-fondateurs/textes-dapplication/>

Convention 108 : Convention pour la protection des personnes à l'égard du traitement automatisé des données à caractère personnel : <http://conventions.coe.int/Treaty/fr/Treaties/Html/108.htm>

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne (2000/C 364/01) : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2000:364:0001:0022:FR:PDF>

Directive européenne n°95/46/CE du 24 octobre 1995 du Parlement européen et du Conseil relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31995L0046:FR:HTML>

SNIIR-AM Arrêté L161-28-1 du code de la sécurité sociale du 20 juin 2005 relatif à la mise en oeuvre du Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie : http://www.institut-des-donnees-de-sante.fr/telechargements/ARRETE_20juin05.pdf

CNSA Décret n° 2008-833 du 22 août 2008 portant création du Système national d'information prévu à l'article L. 247-2 du code de l'action sociale et des familles et organisant la transmission des données destinées à l'alimenter. http://www.institut-des-donnees-de-sante.fr/telechargements/DecretCNSA_220808.pdf

IDS Création de l'Institut des données de santé : loi portant réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, article 64 I.

Liens bibliographiques

[1] Indicateurs de suivi de l'atteinte des 100 objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, Direction générale de la santé /Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Juillet 2005.

http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_indicateurs_drees.pdf

[2] <http://www.sante-jeunesse-sports.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-rapport-2009-2010.html>

[3] Les indicateurs manquants des objectifs de la loi pour une politique de santé publique de 2004, HCSP, septembre 2008.

http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20080915_indicmanquants.pdf

Glossaire

ALD	Affection de longue durée
ARS	Agences régionales de santé
CépiDc	Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
Cnaf	Caisse nationale d'allocations familiales
Cnav	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
CCTIRS	Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNIS	Conseil national de l'information statistique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
DGS	Direction générale de la Santé
DG SanCo	Direction générale de la santé de la Commission européenne
DMP	Dossier médical personnel
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EDP	l'Échantillon démographique permanent
EGB	Échantillon généraliste des bénéficiaires
ESPS	Enquête santé et protection sociale
Fnors	Fédération nationale des observatoires de santé
HID	Handicap, Invalidité, Dépendance
MSA	Mutuelle sociale agricole
NIR	Numéro d'inscription au répertoire
IDS	Institut du développement social
INS	Identifiant national de santé
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
Irdes	l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé
InVS	Institut de veille sanitaire
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de santé
PCS	Profession et catégorie socioprofessionnelle
PSP	Plans de santé publique
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RNIAM	Répertoire national d'intérrégimes des bénéficiaires de l'assurance maladie
RSI	Régime social des indépendants
SNIIR-AM	Systèmes d'information de l'Assurance maladie
SIP	Santé et itinéraire professionnel
Sumer	Surveillance médicale des risques
TGIR	Très grandes infrastructures de recherche
TMS	Troubles musculo-squelettiques

Les systèmes d'information pour la santé publique

Dès son installation en mars 2007, le Haut Conseil de la santé publique, a fait le point sur le suivi des objectifs de la Loi de santé publique (LSP) et a constaté que certains indicateurs restaient manquants. Un passage en revue systématique des objectifs n'ayant pu donner lieu à un suivi en raison de l'insuffisance des données disponibles a été réalisé. À la suite de ce rapport, une réflexion globale sur les besoins, l'organisation et l'articulation des systèmes d'information nationaux et régionaux dans le cadre de l'évaluation des objectifs de la loi de santé publique 2004 et des plans de santé publique a eu lieu.

Le HCSP a établi que les sources de données étaient nombreuses mais difficilement accessibles et insuffisamment coordonnées et il a formulé une série de recommandations spécifiques et de court terme et ainsi que des propositions plus générales pour améliorer la mesure des indicateurs et l'estimation de l'atteinte des objectifs de la future loi de santé publique.

À court terme le HCSP préconise particulièrement que soit engagée une réflexion juridique sur l'utilisation du numéro d'identification NIR de sorte à faciliter l'appariement de diverses sources ainsi que d'initier ou développer certains systèmes d'information relevant d'organismes publics dans des domaines cruciaux et actuellement non couverts, notamment en médecine ambulatoire.

Parmi ses recommandations générales le HCSP préconise de mieux coordonner les différentes actions de pilotage et de suivi des systèmes d'information pour la santé publique, d'inciter les organismes producteurs et utilisateurs de données à dégager les ressources nécessaires à une meilleure utilisation des données, de développer des dispositifs d'observation longitudinale en s'appuyant sur des cohortes existantes ou à initier et de mettre en place un dispositif de surveillance systématique et permanente des inégalités sociales et territoriales de santé.

Diffusion

Direction de l'information légale et administrative

La documentation Française

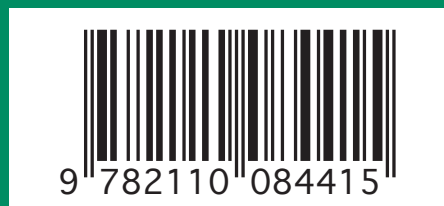
Tél.: 01 40 15 70 10 - www.ladocumentationfrancaise.fr

Imprimé en France

Prix : 7 €

DF : DF : 5 HC24800

ISBN : 978-2-11-008441-5



Les systèmes d'information pour la santé publique

Annexe

Collection
Rapport

Novembre 2009

Les systèmes d'information pour la santé publique

Annexe

Cette annexe présente la liste des sources d'information utiles pour la santé publique, à des fins diagnostiques sur l'état de santé de la population en France et de suivi des objectifs de santé publique.

Le travail de recensement a été coordonné par le HCSP (Gérard Badéyan) et la DREES (Sandrine Danet, Aurélie Fourcade et Nicolas Cocagne). Les institutions partenaires sont vivement remerciées pour leur participation et leur contribution.

Les sources à vocation exhaustive

Base de données de l'évaluation des programmes de dépistage organisés des cancers du sein, du colo-rectum et du col de l'utérus

Base de données du réseau français des registres de cancer FRANCIM

Bulletin d'interruption volontaire de grossesse (BIG)

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-INSERM)

Certificats de santé au 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois

Dispositif de surveillance des maladies à déclaration obligatoire

Données de remboursement de l'assurance maladie (SNIIR-AM)

Données des registres qualifiés

Données issues des déclarations de vente effectuées auprès de l'AFSSAPS - Base « TAXE » (Suivi des ventes de médicaments à usage humain en France)

Enquêtes des centres régionaux de pharmacovigilance - agence française de sécurité sanitaire des produits de santé - (AFSSAPS)

Fichier national des accidents corporels (ONISR)

Groupement pour l'Élaboration et la Réalisation de Statistiques (GERS)

Observatoire des caisses de l'assurance maladie des professions indépendantes (OCAPI)

Programme de médicalisation des systèmes d'information pour l'activité hospitalisation à domicile (PMSI HAD)

Programme de médicalisation des systèmes d'information pour les soins de courte durée en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI MCO)

Programme de médicalisation des systèmes d'information pour l'activité soins de suite et de réadaptation (PMSI SSR)

Rapports d'activité en psychiatrie (RAPSYP)

Recueil d'information médicalisée en psychiatrie (RIM-P)

Registre des Victimes Corporelles d'Accidents de la Circulation Routière dans le département du Rhône.

Réseau FranceCoag (RFC)

Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

Ventes d'alcool

Les réseaux de surveillance à partir d'échantillon

Base de données sur la qualité de l'air (BDQA) – ADEME

Observatoire de la qualité de l'air intérieur (OQAI)

Réseaux de surveillance du RAISIN (réseau d'alerte d'investigation et de surveillance des infections nosocomiales)

Réseaux de surveillance en Santé Travail de l'InVS (TMS, Samotrace, MCP...)

Système de surveillance des intoxications au CO (SIROCO)

Système national de surveillance des plombémies chez l'enfant (SNSPE)

**Les grandes
enquêtes
nationales
en population
générale
déclaratives**

Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire (ABENA)
Alimentation, état nutritionnel et santé mentale des personnes âgées en institutions (ANAIIS)
Baromètre cancer
Baromètre santé
Baromètre santé environnement
Baromètre santé nutrition
Changement organisationnel et informatisation
Cohorte des consultants des Centres d'exams de santé (Constances)
Cohorte santé, inégalités et ruptures sociales dans l'agglomération parisienne (SIRS)
Contexte de la sexualité en France (CSF)
Echantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques (ENTRED)
Enquête entrée en vie adulte
Enquête fécondité, contraception et dysfonctions sexuelles (fecond)
Enquête handicap santé (HSM et HSI)
Enquête handicap santé aidants informels (HSA)
Enquête IVG
Enquête nationale auprès des usagers de centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (Ena-CAARUD)
Enquête nationale périnatale (ENP)
Enquête santé et protection sociale (ESPS)
Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de la préparation à la défense (ESCAPAD)
Enquête sur les conditions de travail
Epidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants (Epifane)
Etude de Suivi d'une Population d'Accidentés de la Route dans le Rhône (ESPARR)
Etude longitudinale française depuis l'enfance (ELFE)
European school survey project on Alcohol and other drugs (ESPAD)
Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP)
Santé et itinéraire professionnel (SIP)
Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER)
Trajectoires et origines (TeO)
VIH : enquête sur les personnes atteintes (VESPA)

**Avec examen
de santé
ou prélèvements
biologiques**

Corpulence des enfants de 7-9 ans scolarisés en CE1 et CE2
Enquête épidémiologique nationale de prévalence de la carie dentaire des enfants de 6 à 12 ans
Enquête nationale de prévalence du saturnisme et de séroprévalence des maladies infectieuses chez les enfants de 6 mois à 6 ans
Enquêtes triennales sur la santé des enfants et des adolescents scolarisés
Etude nationale nutrition santé (ENNS)
Etudes individuelles et nationales sur les consommations alimentaires (INCA)

**Source de données
échantillonnée et
permanente**

Echantillon généraliste de bénéficiaires (EGB)

**Les grandes
enquêtes
nationales auprès
des professionnels
et structures de soins**

Baromètre santé «médecins généralistes»
Enquête nationale de prévalence des infections nosocomiales
Enquête nationale sur les événements indésirables graves associés aux soins, observés en établissement de santé (ENEIS)
Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC)
Enquête sur les opinions et pratiques des médecins du travail en matière de prévention
Enquête sur les opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de santé environnement et de santé au travail

Fiches de description des sources nationales mobilisables pour le suivi des objectifs de la loi de santé publique

Les sources à vocation exhaustive :

Bases de données de l'évaluation des programmes de dépistage organisés des cancers du sein, du colo-rectum et du col de l'utérus

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) InVS

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
- d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres : données spécifiques à l'évaluation recueillies par les centres de coordination locaux (ou structures de gestion) des dépistages de cancers

- Appariement de sources administratives oui non

Préciser : projet d'appariement avec des données du PMSI

- Périodicité : annuelle

Année du premier recueil : 2004 (dépistage du cancer du sein)

Année du dernier recueil : 2008 (dépistage du cancer du sein)

Pour les dépistages des cancers du col de l'utérus et du cancer colorectal, le système d'information permettant la remontée des données individuelles se met en place.

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte :

Données de participation : A + 4 mois pour le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, A + 8 mois pour le dépistage du cancer colorectal

Données d'évaluation : A + 24 mois pour le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, A + 36 mois pour le dépistage du cancer colorectal (évaluation sur deux années glissantes)

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
Quasi exhaustif. Selon les années un ou deux départements ne sont pas en mesure de transmettre leurs données

- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique :
 - France métropolitaine
 - DOM
 - Plusieurs régions
 - Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Evaluation des programmes organisés de dépistage des cancers du sein, du colo-rectum et du col de l'utérus.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé** oui non
Si oui, préciser
- prévalence (stock)
 - incidence (flux)
 - mortalité
 - données déclarées
 - données mesurées
 - données estimées
 - recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins** oui non
Si oui, préciser
- Hospitalisation
 - Consultations (médicales / paramédicales)
 - Médicaments
 - Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages)** oui non
- 4 - Santé perçue** oui non
- 5 - Qualité de vie** oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé** oui non
- 7 - Exposition environnementale** oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face
- Par téléphone
- Auto-questionnaire
- Dossier administratif
- Fichier(s) de gestion
- Déclaration obligatoire
- Autre

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non
- Santé travail oui non
- Santé environnement oui non

- Déficiences et handicaps	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé mentale	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Modes de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Nutrition	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Relation avec le système de soins	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Addictions / toxicomanies	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non

3. Nomenclatures employées

Nomenclatures d'anatomocytopathologie pour la caractérisation des lésions et des cancers dépistés.

Nomenclature radiologique pour la caractérisation des résultats des mammographies (dépistage du cancer du sein) : BI-RADS/ACR.

IV. Population observée

- Recueil par les centres de coordination locaux (ou structures de gestion) des dépistages des données relatives aux personnes invitées, aux personnes dépistées et, pour celles dont le dépistage est positif, les suites données au dépistage : examens de diagnostic, nombre et caractéristiques des cancers dépistés dans le programme. Les données individuelles indirectement nominatives (déclaration CNIL) sont transmises de façon sécurisée à l'InVS une fois par an.

Les données agrégées sur la participation au dépistage sont transmises une fois par an.

- Contraintes : difficulté de recueil exhaustif de l'information pour certaines variables (suites données au dépistage positif, cancers apparus dans l'intervalle entre deux dépistages, nombre de personnes exclues du programme)

- Validation des fichiers départementaux de données individuelles par tests de cohérence et échanges avec les départements avant agrégation des données pour la constitution de la base nationale.

- Le recueil couvre l'ensemble des départements français.

V. Diffusion

Publication des indicateurs d'évaluation des dépistages prévus aux cahiers des charges sur le site de l'InVS.

Accès à la base de données à mettre en place sous couvert d'un comité d'exploitation

Base de données du réseau français des registres de cancer FRANCIM

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)

Programme de partenariat entre l'InVS, l'INCa, Francim et le département de biostatistiques des Hospices civils de Lyon

- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s))

Exploitation par le département de biostatistiques des Hospices civils de Lyon sur présentation d'un protocole et discussion au sein du comité de pilotage de la base

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registres (généraux et spécialisés qualifiés) oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit*
 - d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres (préciser) :
- Appariement de sources administratives oui non
- Périodicité : mise à jour annuelle
- Année du premier recueil : variable suivant les registres
- Année du dernier recueil : 2005
- Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 4 (objectif de passer à A + 3 en 2010)

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
 - Si oui, indiquer le taux de couverture (exhaustivité)*
 - 1/ Couverture du territoire
 - 18% pour la population adulte métropolitaine.
 - (A noter : couverture de 100% pour les enfants (<15 ans), BDD disponible auprès du registre national des tumeurs solides de l'enfant (RNTSE) et du registre national des hémopathies malignes de l'enfant (RNHME)).*
 - 2/ Registres qualifiés exhaustifs sur la zone couverte.
- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique :
 - France métropolitaine
 - DOM
 - Plusieurs régions
 - Plusieurs départements
- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales

Sur la base d'estimations uniquement (on ne dispose pas de données observées au niveau régional sauf exception pour certains registres qualifiés, comme par exemple le registre bourguignon des cancers digestifs).

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionalesUniquement dans les départements couverts par un registre.

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/internationalVoir la publication du CIRC « Cancer incidence in five continents ».

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Surveillance épidémiologique des cancers

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
- Si oui, préciser*
- prévalence (stock)
 - incidence (flux)
 - mortalité
 - données déclarées
 - données mesurées
 - données estimées
 - recueil indirect (ex : carnet de santé...)

Autres : survie

2 - Consommations de soins*Si oui, préciser*

- oui non
- Hospitalisation
- Consultations (médicales / paramédicales)
- Médicaments
- Renoncement

3 - Prévention (comportements, dépistages)**4 - Santé perçue****5 - Qualité de vie****6 - Inégalités sociales de santé****7 - Exposition environnementale**

- oui non
- oui non
- oui non
- oui non
- oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures**1. Mode de recueil**

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre, préciser : dossier médical, compte-rendu d'anatomie et cytologie pathologiques, PMSI, ALD*

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non
- Santé travail oui non
- Santé environnement oui non
- Déficiences et handicaps oui non
- Santé mentale oui non
- Modes de vie oui non
- Nutrition oui non
- Relation avec le système de soins oui non
- Addictions / toxicomanies oui non
- Parcours de vie oui non
- Accidents et traumatismes oui non
- Maladies infectieuses oui non
- Vaccinations oui non
- Iatrogénie oui non
- Santé sexuelle et reproductive oui non

-
- Périnatalité oui non
- Maladies chroniques oui non
Si oui, préciser quelles maladies : cancers

3. Nomenclatures employées

Variables indispensables :

- Variables identité / administratives : date de naissance, sexe, adresse au diagnostic
- Topologie et morphologie codées selon la CIMO-3
- Date du diagnostic
- Base du diagnostic
- Grade histopronostique
- Date des dernières nouvelles et statut vital
- Stade et facteurs pronostics pour certaines localisations

IV. Population observée

- Recueil actif et passif auprès des sources ;
- Contraintes : accès aux données / collaboration obligatoire ;
- Le recueil est exhaustif sur les départements couverts ;
- Le taux de couverture de la population adulte métropolitaine est de 18%.

V. Diffusion

Accès à la base de données soumise à l'accord du Copil de la base.
Publication des indicateurs sur le site de l'InVS.

Bulletins d'interruption volontaire de grossesse (BIG)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) DREES
- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s)) INED-INSERM

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
- d'une source médico-administrative : bulletins CERFA obligatoires
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : annuelle

Année du premier recueil : 1976

Année du dernier recueil : 2008

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 12 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non

Exhaustif en théorie, on estime que 30% des IVG du secteur privé et 5 % du secteur public ne donnent pas lieu à un bulletin.

- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
- DOM
- Plusieurs régions
- Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions : niveau départemental)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Recueillir des informations sur les interruptions de grossesse pratiquées :

- Sur le lieu et la date de l'intervention,
- Sur la femme qui a recours à l'intervention,
- Sur les techniques médicales employées.

Ce recueil répond à une obligation légale.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | |
|---|--|
| 1 - Événements et état de santé
<i>Si oui, préciser</i> | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> prévalence (stock)
<input checked="" type="checkbox"/> incidence (flux)
<input type="checkbox"/> mortalité
<input checked="" type="checkbox"/> données déclarées
<input checked="" type="checkbox"/> données mesurées
<input type="checkbox"/> données estimées
<input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...) |
| 2 - Consommations de soins
<i>Si oui, préciser</i> | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Hospitalisation
<input type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales)
<input type="checkbox"/> Médicaments
<input type="checkbox"/> Renoncement |
| 3 - Prévention (comportements, dépistages) | <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non |

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| 4 - Santé perçue | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 5 - Qualité de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 6 - Inégalités sociales de santé | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 7 - Exposition environnementale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

Pour les enquêtes, panels et cohortes, préciser la taille de l'échantillon, les principales modalités d'échantillonnage, les grandes caractéristiques de l'échantillon (structure par sexe, âge, etc.) et sa représentativité :

Environ 140 000 BIG par an (pour 220 000 IVG d'après la SAE)

V. Diffusion

Fichier anonyme exploité par INED et INSERM

Diffusion des résultats sur le site de l'INED : http://www.ined.fr/statistiques_ivg/

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-INSERM)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) INSERM

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
- d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non
- Préciser :* état civil INSEE

- Périodicité : annuelle

Année du premier recueil : 1968

Année du dernier recueil : 2009

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 18 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- 97,5 % des causes de décès sont renseignées (2,5 % causes inconnues).
- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
- DOM
- Plusieurs régions
- Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Production et analyse de la statistique nationale de causes médicales de décès.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | | |
|---|---|---|
| 1 - Événements et état de santé | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser</i> | <input type="checkbox"/> prévalence (stock) | |
| | <input type="checkbox"/> incidence (flux) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> mortalité | |
| | <input type="checkbox"/> données déclarées | |
| | <input type="checkbox"/> données mesurées | |
| | <input type="checkbox"/> données estimées | |
| | <input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...) | |
|
 | | |
| 2 - Consommations de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser</i> | <input type="checkbox"/> Hospitalisation | |
| | <input type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales) | |
| | <input type="checkbox"/> Médicaments | |
| | <input type="checkbox"/> Renoncement | |
|
 | | |
| 3 - Prévention (comportements, dépistages) | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 4 - Santé perçue | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 5 - Qualité de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 6 - Inégalités sociales de santé | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 7 - Exposition environnementale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre*

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

3. Nomenclatures employées

Classification internationale des maladies

De 1968 à 1978 : CIM-8

De 1979 à 1999 : CIM-9

Depuis 2000 : CIM-10

IV. Population observée

V. Diffusion

Serveur (<http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr>) : données à partir de 1979, par sexe, par classe d'âge, au niveau national, régional, départemental et grande ville, causes à 4 chiffres.

Statistiques sur demande : diffusion de routine, extrait de fichiers, fourniture de données individuelles (cohortes)

Certificats de santé au 8^{ème} jour, 9^{ème} mois et 24^{ème} mois (CS8, CS9, CS24)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)
DREES et InVS (destinataire de l'ensemble des fichiers départementaux)
- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s))
DREES, InVS, Services de PMI, INSERM, DGS.

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
- de données de gestion
- autres (préciser)

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité :

Année du premier recueil : données individuelles pour tous les enfants nés en 2004 (réception à compter de septembre 2005)

Année du dernier recueil : données individuelles pour tous les enfants nés en 2008 (en cours de réception)

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 16 mois (prévision sur la base du nouveau processus en cours de mise en place)

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non

Pour chaque département, le recueil porte idéalement sur l'exhaustivité des certificats de santé. A défaut, il concerne un échantillon aléatoire tiré par les services de PMI sur la base d'un taux de sondage d'au moins 10 %, la taille de l'échantillon ne pouvant être inférieur à 1 000 unités de chacun des trois types de certificats de santé.

Sur les données récentes (validités 2006 et 2007), les taux de couverture sont les suivants :

- CS8 : environ 70 départements répondants (70 %) et 500 000 certificats (65 %)
- CS9 : environ 65 départements (65 %) et 275 000 certificats (33 %)
- CS24 : une moyenne de 60 départements répondants (60 %) et 215 000 certificats (28 %).

- Échantillonnage oui non (*sauf cas cités ci-dessus*)

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements
- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions) : dans la mesure où tous les départements d'une région nous ont transmis leurs CS.
 - Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : Oui, niveau département
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Deux principaux objectifs sont poursuivis :

- Assurer le suivi individuel : identification par une équipe médicale des familles susceptibles de recevoir une aide personnalisée à partir de critères médico-sociaux ;
- Produire des données épidémiologiques et des indicateurs (prématurité, hypotrophie, transfert, couverture vaccinale, nombre de consultations pendant la grossesse, âge gestationnel, taux de césarienne...).

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser prévalence (stock)
 incidence (flux)
 mortalité
 données déclarées
 données mesurées
 données estimées
 recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins oui non
Si oui, préciser Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages) oui non
- 4 - Santé perçue oui non
- 5 - Qualité de vie oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé oui non
- 7 - Exposition environnementale oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre : dossier et examen médical

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé travail	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé environnement	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Déficiences et handicaps	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé mentale	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Modes de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Nutrition	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Relation avec le système de soins	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Addictions / toxicomanies	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

Dossier médical rempli par les professionnels de santé à la maternité (pour les CS8) ou en cabinet médical (CS9 et CS24) puis transmis à la PMI.

Processus lourd et demandant des moyens humains et techniques importants (au niveau des PMI comme de la DREES).

Les données départementales sont ensuite fusionnées, apurées et redressées de manière à être représentative de la structure par sexe de l'enfant, âge de la mère et répartition par département.

V. Diffusion

Diffusion sur CD-ROM à chacune des PMI :

- De leur base départementale complète apurée et redressée ;
- D'une base nationale anonymisée ;
- D'un dictionnaire des codes ;
- D'un guide d'utilisateur.

Diffusion de données agrégées sous forme de documents de travail sur le site de la DREES. <http://www.sante.gouv.fr>

Système National d'Information Inter-Régime de l'Assurance Maladie (SNIIRAM)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) : CNAMTS
- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s)) : MSA, RSI et tout régime identifié dans l'arrêté SNIIRAM.

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres (préciser)

- Appariement de sources administratives oui non

Appariement avec les données du PMSI MCO pour les séjours à partir de (2années + année en cours).

- Périodicité : mensuelle

Année du premier recueil : 2004

Année du dernier recueil : 2010

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : 3 mois

CONSERVATION 2 années + année en cours

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non

Le premier principe est celui de l'exhaustivité. Le SNIIR-AM concentre, au niveau national, l'information élémentaire, c'est-à-dire la quasi-totalité des informations issues de la liquidation des soins, dans un vaste entrepôt (datawarehouse). Cette information est stockée, et disponible, pour l'année en cours et les deux années précédentes.

- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements
- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales
 - Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
 - Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : oui
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international (codification ATC pour le médicament, CIM 10 pour les pathologies)

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Médicaliser, chaîner, consolider et mobiliser les informations en provenance de l'ensemble des régimes d'assurance maladie et du PMSI, dans le but de disposer et de partager, au niveau national, des informations médico-économiques fiables, opposables, tout en préservant la confidentialité des données relatives aux bénéficiaires de prestations de soins pour suivre mensuellement et de manière exhaustive les dépenses de l'Assurance maladie, tel est l'objectif du SNIIRAM. Ce système doit permettre :

- une meilleure connaissance de la dynamique d'évolution des dépenses des régimes d'assurance maladie pour assurer le suivi des objectifs votés par le parlement et ceux inscrits dans les conventions avec les professionnels de santé,
- une meilleure connaissance du parcours ambulatoire et hospitalier des patients au sein du système de soins, du rôle des filières et réseaux de soins, de l'impact du « médecin traitant » sur la coordination des soins, sur la consommation médicale,
- une meilleure connaissance du comportement des acteurs : patients, professionnels de santé pour d'une part contribuer à la modération des coûts et améliorer la qualité des soins et d'autres part, assurer une meilleure prise en charge sanitaire de la population,
- la sélection des thèmes sur lesquels l'Assurance maladie intervient, la transmission aux professionnels de santé des informations pertinentes relatives à leur activité, à leurs recettes et, s'il y a lieu, à leurs prescriptions, enfin, de cibler les quelques professionnels ou établissements suspects de fautes, fraudes ou abus pour qu'ils soient sanctionnés après analyse de l'activité.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

1 - Événements et état de santé oui non

Si oui, préciser prévalence (stock)

incidence (flux)

mortalité

données déclarées

données mesurées

données estimées

recueil indirect (ex : carnet de santé...)

2 - Consommations de soins oui non

Si oui, préciser Hospitalisation

Consultations (médicales / paramédicales)

Médicaments

Renoncement

3 - Prévention (comportements, dépistages) oui non

4 - Santé perçue oui non

5 - Qualité de vie oui non

6 - Inégalités sociales de santé oui non

7 - Exposition environnementale oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

En face à face

Par téléphone

Auto-questionnaire

Dossier administratif

Fichier(s) de gestion

Déclaration obligatoire

Autre

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé travail	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé environnement	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Déficiences et handicaps	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé mentale	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Modes de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Nutrition	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Relation avec le système de soins	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Addictions / toxicomanies	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

3. Nomenclatures employées

CIM 10, code ATC, CIP, CCAM, NABM, nomenclature SNIIRAM

IV. Population observée

Les bénéficiaires de l'assurance maladie, qu'ils soient ouvriers de droit ou ayants droit. S'il ne couvre actuellement que le régime général à l'exception des fonctionnaires et des étudiants, il a vocation à s'étendre à l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

V. Diffusion

CNAMTS, MSA, RSI et autres régimes.

Données issues des déclarations de vente effectuées auprès de l'Afssaps. Base « TAXE » (suivi des ventes de médicaments à usage humain en France)

I. Source

1. Entité responsable

• Organisme(s) propriétaire(s)

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé AFSSAPS

2. Type de source

- Enquête transversale oui non

- Cohorte, panel oui non

- Registre oui non

- Réseau de surveillance oui non

- Source administrative unique oui non

Si oui, préciser s'il s'agit

d'une source médico-administrative

de données de gestion

autres (préciser)

Données de ventes obligatoires déclarées dans le cadre de la taxe sur les spécialités pharmaceutiques (article L 5121-17, et L 5121-18 du Code de la Santé Publique)

- Appariement de sources administratives oui non

Préciser :

- Périodicité : à préciser **annuelle**

Année du premier recueil : 1983 (les données antérieures n'ont pas été saisies)

Année du dernier recueil : 2009

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A+9 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non

Si oui, indiquer le taux de couverture (exhaustivité) 100%

- Échantillonnage oui non

Si oui, indiquer le plan de sondage

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales
Aucune comparaison régionale n'est possible

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Les données de cette source sont traitées en fonction de la classification internationale ATC et peuvent être converties, selon les recommandations de l'OMS, en nombre de DDJ. Elles sont donc comparables à toute donnée européenne/internationale élaborée selon la même méthodologie.

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Cette source répond à deux finalités très distinctes. En premier lieu, comme le prévoit le Code de la santé publique, les données recueillies sont utilisées pour calculer les taxes dues par les entreprises pharmaceutiques. Toutefois, dès la mise en place de ces déclarations de ventes, les données demandées ont été beaucoup plus détaillées qu'il n'était nécessaire pour le calcul des taxes (chiffres d'affaires). En effet, les entreprises déclarent également le nombre d'unités vendues et ventilent leurs ventes entre le marché de ville et le marché hospitalier. De surcroît, ces déclarations sont établies au niveau de la présentation (par code CIP), et non par dossier d'AMM. L'ensemble des données recueillies annuellement rend donc possible un suivi très fin – et exhaustif – des ventes de médicaments. Ce suivi contribue, d'une part, à la connaissance statistique des ventes de médicaments et, d'autre part, à l'information de tous les services de l'Afssaps qui sont amenés à devoir disposer de données sur les ventes de médicaments en France (notamment la pharmacovigilance).

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser prévalence (stock)
 incidence (flux)
 mortalité
 données déclarées
 données mesurées
 données estimées
 recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins oui non
Si oui, préciser Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages) oui non
- 4 - Santé perçue oui non
Si oui, préciser : Outil de mesure :
- 5 - Qualité de vie oui non
Si oui, préciser : Outil de mesure :
- 6 - Inégalités sociales de santé oui non
- 7 - Exposition environnementale oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Dossier administratif
 Déclaration obligatoire
 Autre, préciser

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|------------------------------|
| - Sociodémographiques | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Si oui, préciser quelles maladies

3. Nomenclatures employées

Faire référence aux nomenclatures communes, décrire les nomenclatures particulières utilisées pour les variables sociodémographiques et les principales variables de santé

IV. Population observée

Pour les enquêtes, panels et cohortes, préciser la taille de l'échantillon, les principales modalités d'échantillonnage, les grandes caractéristiques de l'échantillon (structure par sexe, âge, etc.) et sa représentativité :

Pour les données de registre, DO, réseaux de surveillance, préciser le mode de recueil, ses contraintes, la nature des traitements et repondérations effectuées, le taux de couverture :

V. Diffusion

Indiquer les modalités de diffusion et d'accès aux données et les restrictions éventuelles

Ces données sont diffusées chaque année sous la forme de deux rapports synthétiques. (Rapport complet + chiffres clés). Le rapport complet porte sur l'ensemble des classes ATC. Par ailleurs, des données sont transmises à toute personne qui en fait la demande auprès de l'Afssaps. Lorsque ces demandes n'émanent pas d'un service administratif ou d'un établissement public, les données transmises sont anonymisées en appliquant les règles du secret statistiques établies par le CNIS. Enfin, certaines de ces données sont utilisées dans le cadre de programmes européens de suivi des consommations et font l'objet de transmissions spécifiques.

Fichier national des accidents corporels de la circulation routière (BAACC : Bulletins d'analyse des accidents corporels de la circulation)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)

Observatoire national interministériel de la sécurité routière (ONISR), rattaché à la délégation interministérielle à la sécurité et à la circulation routière

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
- de données de gestion
- autres

- Appariement de sources administratives oui non

Le fichier est établi par consolidation des bulletins BAACC établis, selon les cas, par : les brigades locales de la gendarmerie nationale ; les services de la police nationale (circonscriptions de sécurité publique ; compagnies républicaines de sécurité ; préfecture de police de Paris ; police de l'air et des frontières).

- Périodicité : annuelle

Année du premier recueil : 1938, mais les archives ne sont disponibles que depuis 1952 ; les données sont informatisées depuis 1962 ; modernisation majeure du fichier en 1993

Année du dernier recueil : 2008

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 7 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

Le lieu des accidents corporels répertoriés est précisément géolocalisé dans le fichier. Dès lors toutes les extractions géographiques (par réseaux, par ressorts administratifs, par sections de routes, etc.) sont possibles

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Depuis 2004, le fichier est passé de la notion de « tués à 6 jours » aux « tués à 30 jours » dans un souci d'harmonisation européenne. Les définitions essentielles sont conformes aux standards européens et permettent la plupart des grandes comparaisons classiques (A=accidents, T=tués, B=blessés, H= blessés hospitalisés... par périodes, rapportés à la population, au linéaire de réseau routier ou au kilométrage circulé).

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

1 - Événements et état de santé

Si oui, préciser

oui non

prévalence (stock)

incidence (flux)

mortalité

données déclarées

données mesurées

données estimées

recueil indirect (ex : carnet de santé...)

2 - Consommations de soins

Si oui, préciser

oui non

Hospitalisation

Consultations (médicales / paramédicales)

Médicaments

Renoncement

Le fichier ventile les usagers de la route impliqués dans chaque accident en tués à 30 jours, blessés hospitalisés plus de 24 h, blessés ayant nécessité des soins médicaux, usagers indemnes, selon la première appréciation des forces de l'ordre éventuellement corroborée ou rectifiée a posteriori.

3 - Prévention (comportements, dépistages)

oui non

NB : le cas échéant le fichier rapporte l'existence et le résultat des tests d'alcoolémie et de dépistage de stupéfiants pratiqués sur les usagers impliqués, à des fins pénales. Ces données concourent à établir la politique de prévention routière.

4 - Santé perçue

oui non

NB : le fichier comporte le cas échéant l'appréciation par les forces de l'ordre des facteurs de santé préalables à l'accident affectant les usagers impliqués (malaise, fatigue, médicament, drogue, infirmité, attention perturbée, ivresse apparente).

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|---|
| 5 - Qualité de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 6 - Inégalités sociales de santé | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 7 - Exposition environnementale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif* = bulletin BAACC (annexe du procès-verbal après accident)
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre*

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

3. Nomenclatures employées

Variables sociodémographiques : CSP ; sexe ; mois et année de naissance.

Variables de santé : gravité (indemne, tué, blessé hospitalisé, blessé léger) ; test d'alcoolémie ; taux d'alcoolémie ; facteur lié à l'état préalable de l'utilisateur (voir plus haut) ; drogue par dépistage ; drogue par prise de sang.

IV. Population observée

Sans objet, le fichier est réputé exhaustif.

A titre indicatif, le fichier recensait au titre de l'année 2008 : 76 767 accidents corporels impliquant 4 443 tués et 96 905 blessés dont 36 179 blessés hospitalisés

V. Diffusion

L'ONISR publie chaque année un « Bilan de la sécurité routière en France » basé entre autres sources sur l'exploitation du fichier des BAACC (certaines données disponibles sur son site Internet + document « Bilan annuel » édité et commercialisé par La Documentation française). L'accès à d'autres données du fichier et sa manipulation sont réservés à la recherche.

Le fichier est déclaré à la CNIL.

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

La mise à disposition de données pour les caisses maladies régionales et à la caisse nationale du RSI, issues des chaînes de production afin d'en tirer des informations pertinentes en matière de gestion du risque, de médecine préventive, d'action sanitaire et sociale, de maîtrise de l'évolution des dépenses d'équilibre financier du régime et d'aide à la préparation des contrôles.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | | |
|---|---|---|
| 1 - Événements et état de santé | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser</i> | <input checked="" type="checkbox"/> prévalence (stock) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> incidence (flux) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> mortalité | |
| | <input type="checkbox"/> données déclarées | |
| | <input type="checkbox"/> données mesurées | |
| | <input type="checkbox"/> données estimées | |
| | <input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...) | |
| 2 - Consommations de soins | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation (seulement en partie) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Médicaments | |
| | <input type="checkbox"/> Renoncement | |
| 3 - Prévention (comportements, dépistages) | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 4 - Santé perçue | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 5 - Qualité de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 6 - Inégalités sociales de santé | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 7 - Exposition environnementale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre*

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Si oui, préciser quelles maladies : l'ensemble de maladies déclarées en ALD

3. Nomenclatures employées

CCAM
LPP
TAA
TNB
BDM
ALD
CIM10

IV. Population observée

Le RSI est un régime obligatoire de sécurité sociale auquel sont rattachées au titre de l'assurance maladie toutes les personnes exerçant à titre personnel une activité artisanale, commerciale, industrielle ou libérale, ainsi que certains dirigeants ou associés de sociétés.

V. Diffusion

Programme de Médicalisation des Systèmes d'information pour l'activité hospitalisation à domicile (PMSI-HAD)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)

Ministère de la santé et des sports – Direction générale de l'offre de soins (DGOS).
Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s))

Ministère de la santé et des sports – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Institut de veille sanitaire (InVS)

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : annuelle

Année du premier recueil : 2006

Année du dernier recueil : 2009

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 18 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non

En 2007, le taux de couverture était de 91%.

- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique :
 - France métropolitaine
 - DOM
 - Plusieurs régions
 - Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : pas actuellement.
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international : le diagnostic principal est codé en CIM-10

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Le PMSI est un outil d'analyse médico-économique de l'activité hospitalière. Il a pour vocation principale de permettre une meilleure répartition des enveloppes budgétaires selon la lourdeur médico-économique des pathologies traitées dans chaque établissement.

Par son contenu médico-administratif, il permet des études sur la morbidité hospitalière (diagnostics et actes) et l'analyse des flux régionaux et inter-régionaux des hospitalisations.

Enfin, il est utilisé comme outil de gestion interne par certains établissements de santé.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé** oui non
Si oui, préciser prévalence (stock)
 incidence (flux)
 mortalité
- données déclarées
 données mesurées
 données estimées
 recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins** oui non
Si oui, préciser Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages)** oui non
- 4 - Santé perçue** oui non
- 5 - Qualité de vie** oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé** oui non
- 7 - Exposition environnementale** oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre, préciser recueil individuel standardisé médico-administratif

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non
- Santé travail oui non
- Santé environnement oui non

- Déficiences et handicaps	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé mentale	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Modes de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Nutrition	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Relation avec le système de soins	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Addictions / toxicomanies	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Variables observées

N° FINESS de l'entité juridique
 N° de version du format de RAPSS
 N° FINESS de l'établissement (code géographique)
 N° séquentiel de séjour d'HAD
 Age en années, Age en jours, Sexe du patient, Code géographique
 Nombre de journées dans le séjour
 Mode d'entrée, Provenance, Mode de sortie, Destination
 N° de la séquence dans le séjour
 Nombre de journées entre le début de la séquence et la date d'entrée du séjour
 Nombre de journées dans la séquence
 Dernière séquence
 Mode de prise en charge principal, Mode de prise en charge associé
 Cotation dépendance selon Karnofsky
 Diagnostic principal
 Cotation dépendance AVQ : habillement/toilette, locomotion, alimentation, continence, comportement, relation
 Numéro de sous-séquence
 Mois de sortie de la sous-séquence, Année de sortie de la sous-séquence
 Nombre de journées entre le début de la sous-séquence et le début de la séquence, Nombre de journées de la sous-séquence, Dernière sous-séquence de la séquence
 N° de version du format du RPSS
 Groupage établissement : version de la classification, code retour, n° du GHPC.; nombre de zones tarifaires , n° du GHT, nombre de jours
 Groupage PAPRICA : version de la classification, code retour, n° du GHPC.; nombre de zones tarifaires , n° du GHT, nombre de jours

(pour obtenir la liste exhaustive des variables se reporter au site de l'Atih (<http://www.atih.sante.fr/>))

3. Nomenclatures employées

- Classification Internationale des Maladies (10^{ème} révision) = CIM-10 ;
- Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC), et Groupe Homogène de Tarification (GHT)
- Grille de dépendance des activités de la vie quotidienne

IV. Population observée

V. Diffusion

Base administrative nationale : le site Internet de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH : <http://www.atih.sante.fr/>) met à disposition des résultats agrégés et permet d'interroger la base de résumés hebdomadaires de sortie anonymes (RHA) avec plusieurs critères de sélection.

Programme de médicalisation des systèmes d'information pour les soins de courte durée en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)

Ministère de la santé – Direction générale de l'offre de soins (DGOS)

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s))

Ministère de la santé – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Institut de veille sanitaire (InVS)

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
- de données de gestion
- autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : annuelle

Année du premier recueil : 1998

Année du dernier recueil : 2009

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 9 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique : oui non

Le taux d'exhaustivité est passé de 94% en 1998 à près de 100% en 2007

- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Pour ce qui concerne les motifs de recours aux établissements de santé en MCO, des exploitations des bases sont transmises chaque année à EUROSTAT, Eco-Santé OCDE et OMS-HFA. Elles sont réalisées conformément à une liste de regroupements des codes CIM-10 utilisés pour le codage des diagnostics validée par l'Union européenne, l'OCDE et l'OMS.

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Le PMSI est un outil d'analyse médico-économique de l'activité hospitalière. Pour les séjours hospitaliers en *soins de courte durée* — médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) — cette analyse est fondée sur le recueil systématique d'un petit nombre d'informations administratives et médicales, qui constituent le *résumé de sortie standardisé* (RSS).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement automatique aboutissant au classement des RSS en un nombre volontairement limité de groupes cohérents du point de vue médical et des coûts : les *groupes homogènes de malades* (GHM).

Les informations ainsi produites sont utilisées essentiellement à deux fins :

- pour le financement des établissements de santé (tarification à l'activité) ;
- et pour l'organisation de l'offre de soins (planification).

Depuis 2001, une procédure de chaînage des résumés de séjour a été mise en œuvre. Elle permet de relier entre elles, grâce à un numéro de chaînage anonyme, les différentes hospitalisations d'un même malade et ce quel que soit le type d'établissement (public ou privé) et le secteur d'hospitalisation (MCO ou hospitalisation à domicile (HAD) ou soins de suite ou de réadaptation (SSR) ou psychiatrie à l'avenir).

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

1 - Événements et état de santé

Si oui, préciser

- oui non
- prévalence (stock)
- incidence (flux) : dans le cas de pathologies donnant lieu à un recours systématique à l'hospitalisation (Fracture de l'extrémité supérieure du fémur par exemple)
- mortalité

- données déclarées
- données mesurées
- données estimées
- recueil indirect (ex : carnet de santé...)

2 - Consommations de soins

Si oui, préciser

- oui non
- Hospitalisation
- Consultations (médicales / paramédicales)
- Médicaments
- Renoncement

3 - Prévention (comportements, dépistages)

- oui non

4 - Santé perçue

- oui non

5 - Qualité de vie

- oui non

6 - Inégalités sociales de santé

- oui non

7 - Exposition environnementale

- oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre : Recueil individuel standardisé médico-administratif*

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Si oui, préciser quelles maladies : MICI, conséquences graves du diabète, cardiopathies ischémiques, AVC

3. Nomenclatures employées

Classification internationale des maladies de l'OMS 10^{ème} révision (CIM-10) pour coder les diagnostics (principal et associés) recueillis.

Classification commune des actes médicaux (CCAM) pour coder les actes diagnostiques et thérapeutiques réalisés au cours du séjour.

IV. Population observée

V. Diffusion

Exploitations statistiques : aucune restriction

Accès aux données individuelles :

- pas d'accès possible pour les particuliers
- pour les structures demandeuses habilitées, l'obtention des données individuelles est soumise à une déclaration à la CNIL et à l'obtention de l'accord de cette dernière ; en outre certaines variables peuvent être modifiées en fonction des besoins du demandeur ou des contraintes imposées par la CNIL (âge en classes quinquennales, code résidence limité au département, remplacement du mode de sortie décès par un mode de sortie au domicile)
- pour la DREES, aucune contrainte ni restriction

Accès aux données agrégées :

Base morbidité hospitalière disponible le site de la DREES :

<http://www.sante.gouv.fr>. Cette base renseigne les indicateurs de morbidité de la liste européenne HDP.

Programme de médicalisation des systèmes d'information pour l'activité soins de suite et de réadaptation (PMSI-SSR)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)

Ministère de la santé et des sports – Direction générale de l'offre de soins (DGOS).
Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s))

Ministère de la santé et des sports – Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Institut de veille sanitaire (InVS)

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non

Si oui, préciser s'il s'agit

- d'une source médico-administrative
- de données de gestion
- autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : annuelle

Année du premier recueil : 1999 pour les établissements sous dotation globale, depuis 2003 pour les autres

Année du dernier recueil : 2009

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 18 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non

En 2008, le taux de couverture était de 91%

- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international : utilisation de la nomenclature CIM-10.

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Le PMSI est un outil d'analyse médico-économique de l'activité hospitalière. Il a pour vocation principale de permettre une meilleure répartition des enveloppes budgétaires selon la lourdeur médico-économique des pathologies traitées dans chaque établissement.

Par son contenu médico-administratif, il permet des études sur la morbidité hospitalière (diagnostics et actes) et l'analyse des flux régionaux et inter-régionaux des hospitalisations.

Enfin, il est utilisé comme outil de gestion interne par certains établissements de santé.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser
- prévalence (stock)
 - incidence (flux)
 - mortalité
 - données déclarées
 - données mesurées
 - données estimées
 - recueil indirect (ex : carnet de santé...)

- 2 - Consommations de soins** oui non
Si oui, préciser Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages)** oui non
- 4 - Santé perçue** oui non
- 5 - Qualité de vie** oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé** oui non
- 7 - Exposition environnementale** oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre : Recueil individuel standardisé médico-administratif

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non
- Santé travail oui non
- Santé environnement oui non
- Déficiences et handicaps oui non
- Santé mentale oui non
- Modes de vie oui non
- Nutrition oui non
- Relation avec le système de soins oui non
- Addictions / toxicomanies oui non
- Parcours de vie oui non
- Accidents et traumatismes oui non
- Maladies infectieuses oui non
- Vaccinations oui non

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Variables observées

N° Finess
 Type d'activité (hospitalisation complète, de jour, de semaine ou séances)
 Âge, sexe, code géographique
 Modes d'entrée et de sortie
 Types de mutation ou de transfert par séjour
 Nombre de journées de présence dans la semaine
 Mois, année d'hospitalisation
 Ancienneté de la date de l'intervention chirurgicale (en relation avec le séjour en SSR)
 Trois items équivalant au diagnostic principal : finalité principale de prise en charge, manifestation morbide principale, affection étiologique
 Les pathologies associées (maximum 5)
 La cotation de la dépendance : 6 variables de dépendance cotées de 1 à 4 (habillement, locomotion, alimentation, continence, comportement, relation)
 Utilisation ou non d'un fauteuil roulant

3. Nomenclatures employées

- Classification Internationale des Maladies (10^{ème} révision) = CIM-10
- Catalogue des Actes médicaux (CdAM) encore utilisée de façon marginale en 2005
- Classification commune des actes médicaux (CCAM)
- Grille de dépendance des activités de la vie quotidienne
- Catalogue des activités de rééducation réadaptation (CdARR)
- Groupes Homogènes de Journées (GHJ) regroupés en Catégories Majeures Cliniques (CMC)

IV. Population observée

V. Diffusion

Base administrative nationale : le site Internet de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH : <http://www.atih.sante.fr/>) met à disposition des résultats agrégés et permet d'interroger la base de résumés hebdomadaires de sortie anonymes (RHA) avec plusieurs critères de sélection.

Observatoire des Caisses de l'Assurance maladie des Professions Indépendantes (OCAPI)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) Régime social des indépendants

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Périodicité : rafraîchissement mensuel

Année du premier recueil : 2006

Année du dernier recueil : 2008

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A +1 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non

Ensemble des données pour les bénéficiaires artisans, commerçants et professions libérales.
Périmètre : médical, prestations, gestions des assurés et professionnel de santé.

- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 - DOM
 - Plusieurs régions
 - Plusieurs départements

Rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres : Rapports d'activités des secteurs de psychiatrie

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : tous les 4 à 5 ans

Année du premier recueil : 2008

Année du dernier recueil : 2008

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 16 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non

L'enquête comprend deux niveaux de recueil. Un questionnaire est à remplir au niveau de l'établissement, et un autre questionnaire est à remplir par chaque structure de prise en charge de l'établissement. Une structure de prise en charge est définie par une adresse, un type de prise en charge (à temps complet, à temps partiel ou en ambulatoire), et un mode de prise en charge (psychiatrie générale ou psychiatrie infanto-juvénile). Dans ce cadre, les établissements ont la possibilité de regrouper ou non les différents services au sein d'une même structure, en fonction de leur organisation des prises en charge et de leur système d'information.

La collecte a comporté une phase préalable dite de « pré-enquête téléphonique ». Lors de celle-ci chaque établissement de santé susceptible d'avoir une activité de psychiatrie a été contacté par une société de service. Après avoir vérifié que l'établissement faisait partie du champ de l'enquête, l'enquêteur a identifié un référent au sein de l'établissement pour la durée de la collecte. Ce référent a communiqué la liste des structures de son établissement.

Des questionnaires personnalisés ont ensuite été adressés par voie postale à l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie en France métropolitaine et dans les DOM. Une société de service était en charge de la collecte des questionnaires papier et d'un premier contrôle de ceux-ci.

En 2008, 80% des établissements interrogés ont répondu à l'enquête.

- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique :
 - France métropolitaine
 - DOM
 - Plusieurs régions
 - Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Cette enquête s'inscrit dans la continuité des rapports d'activité des secteurs de psychiatrie en décrivant l'offre de soins en psychiatrie en termes d'équipement et de personnels, de capacités, d'activité, mais également d'organisation des prises en charge et de pratiques professionnelles. Étendus pour la première fois à l'ensemble des établissements de santé, les rapports d'activité évoluent également dans le cadre du projet global d'amélioration et d'harmonisation du système d'information national sur la psychiatrie, en complément du RIM-P et de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE).

Les objectifs de l'enquête sont de disposer d'une description de l'offre de soins plus fine par son niveau géographique et par l'utilisation d'indicateurs qualitatifs. Les données recueillies permettront donc de construire et alimenter des indicateurs et de mener des analyses à un niveau national et local. Ce recueil étant de type administratif, il permet une utilisation et une diffusion larges des informations collectées. Cette enquête a vocation à être reconduite à intervalles réguliers (tous les 4 à 5 ans) afin de suivre l'évolution des structures.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser prévalence (stock)
 incidence (flux)
 mortalité
- données déclarées
 données mesurées
 données estimées
 recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins oui non
Si oui, préciser Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages) oui non
- 4 - Santé perçue oui non
- 5 - Qualité de vie oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé oui non
- 7 - Exposition environnementale oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non
- Santé travail oui non
- Santé environnement oui non
- Déficiences et handicaps oui non
- Santé mentale oui non

- Modes de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Nutrition	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Relation avec le système de soins	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Addictions / toxicomanies	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

V. Diffusion

La DREES prévoit la publication d'un document de travail fin 2010 sur son site internet qui doit contenir les principaux résultats à un niveau national et régional. Par ailleurs les fichiers des résultats devront être demandés à la DREES et pourront être diffusés par mail.

Recueil d'information médicalisé en psychiatrie (RIM-P)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)

Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

Direction générale de l'offre de soins (Dgos). Sous-direction des affaires financières

- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s))

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

2. Type de source

- Enquête transversale oui non

- Cohorte, panel oui non

- Registre oui non

- Réseau de surveillance oui non

- Source administrative unique oui non

Si oui, préciser s'il s'agit

d'une source médico-administrative

de données de gestion

autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : annuelle

Année du premier recueil : 2007

Année du dernier recueil : 2010

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 6 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non

Les taux de couvertures pour le RIM-P sont de 68% en 2007 et 87% en 2008.

- Échantillonnage oui non

4. Champs

• Champ géographique : France métropolitaine

DOM

Plusieurs régions

Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Le RIM-P est un outil d'analyse médico-économique de l'activité hospitalière. Il a pour vocation principale de permettre des travaux sur une meilleure répartition des enveloppes budgétaires selon la lourdeur médico-économique des pathologies traitées dans chaque établissement.

Par son contenu, il permet également des études sur la morbidité hospitalière (diagnostics, motifs de prise en charge), l'analyse des prises en charge et des flux régionaux et inter-régionaux des hospitalisations.

Enfin, il constitue un outil important d'aide à la décision au niveau de la planification régionale mais aussi au niveau des établissements de santé.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | |
|---|---|
| <p>1 -Événements et état de santé</p> <p><i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> <i>prévalence (stock)</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>incidence (flux)</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>mortalité</i></p> <p><input type="checkbox"/> données déclarées</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> données mesurées</p> <p><input type="checkbox"/> données estimées</p> <p><input type="checkbox"/> Recueil indirect (ex : carnet de santé...)</p> |
| <p>2 - Consommations de soins</p> <p><i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales)</p> <p><input type="checkbox"/> Médicaments</p> <p><input type="checkbox"/> Renoncement</p> |

- | | | |
|--|------------------------------|---|
| 3 - Prévention (comportements, dépistages) | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 4 - Santé perçue | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 5 - Qualité de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 6 - Inégalités sociales de santé | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 7 - Exposition environnementale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre : Recueil individuel standardisé médico-administratif*

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

3. Nomenclatures employées

Les résumés par séquence (RPS) pour les prises en charge à temps complet et à temps partiel et les résumés d'activité ambulatoire (RAA) qui seront remontés chaque trimestre auprès de l'Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) permettront de disposer en routine des informations suivantes :

- âge et sexe du patient,
- code de résidence,

Pour le temps complet et temps partiel :

- durée de séjour (et de séquence)
- nature de la prise en charge,
- mode d'entrée et de sortie du séjour,
- mode légal de séjour en hospitalisation,
- indicateurs de sortie d'essai,
- nombre de jours d'isolement thérapeutique,
- diagnostics ou motifs de prise en charge principal et associés (codés en CIM-10), le cas échéant,
- la dépendance aux activités de la vie quotidienne,

Pour les actes ambulatoires :

- le lieu de l'acte,
- la catégorie professionnelle des intervenants (MIPARESXY),
- la nature de l'acte (grille EDGAR).

IV. Population observée

V. Diffusion

Le site Internet de l'Agence Technique de l'Information sur l'hospitalisation (ATIH : <http://www.atih.sante.fr/>) met à disposition des résultats agrégés avec plusieurs critères de sélection.

Les bases PMSI (nationales, régionales ou extractions particulières) peuvent être obtenues par demande écrite. Cette voie nécessite l'obtention préalable d'un accord de la CNIL.

Registre des victimes corporelles d'accidents de la circulation routière dans le département du Rhône

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)

INRETS (Institut National de Recherche sur les Transports et leur Sécurité)

- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s))

ARVAC (Association pour le Registre des Victimes d'Accidents Corporels de la circulation routière dans le département du Rhône)

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
- d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité :

Année du premier recueil : 1995

Année du dernier recueil : 2009

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 24 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non

Si oui, indiquer le taux de couverture (exhaustivité)

Le taux de couverture du registre est estimé à 73,3% (versus 31,9% pour le fichier des forces de l'ordre), variant de 72,3% pour les blessés légers à 76,9% pour les blessés graves, et ce sur la période 1996-2004. Ce niveau de couverture estimé chez les blessés graves nous paraît cependant très inférieur à la réalité. Ceci fera l'objet d'un nouveau développement méthodologique dans les prochains mois.

- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique :
 - France métropolitaine
 - DOM
 - Plusieurs régions
 - Plusieurs départements
 - Département du Rhône

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

Le Registre permet un certain nombre de comparaisons infrarégionales, notamment entre les milieux urbain et rural ou, par exemple, entre l'agglomération lyonnaise et sa banlieue.

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Il a été possible d'extrapoler ces données départementales à la France entière et, par ce biais, d'envisager certaines comparaisons internationales.

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Objectifs de santé publique

- Disposer d'un outil de surveillance de la morbidité routière en France et de ses évolutions selon les grandes composantes de cette morbidité (catégories d'usagers, âge, sexe, etc.),
- Disposer d'un outil d'évaluation des mesures de prévention par la connaissance de leur impact sur la distribution des tableaux lésionnels, et en particulier des plus graves d'entre eux (qu'il s'agisse de pronostic vital ou de pronostic séquellaire),
- Disposer d'un outil d'évaluation des modalités de prise en charge médicale des victimes de l'insécurité routière (réseau, parcours de soin et organisation du suivi),
- Contribuer à l'évaluation de la qualité "épidémiologique" (exhaustivité et représentativité) des autres systèmes d'information de référence, notamment en termes de mortalité (ONISR, Inserm-CépiDc),
- Faire reconnaître l'insécurité routière comme un enjeu de santé publique (notamment en termes de handicap).

Objectifs de recherche

- Améliorer la définition et la connaissance des groupes les plus à risque, aussi bien en termes de catégories d'usagers (piétons, cyclistes, usagers de deux-roues motorisés) que d'âge (enfants, personnes âgées), de sexe (hommes),
- Améliorer la définition et la connaissance du blessé grave, notamment en termes de pronostic séquellaire et de devenir,
- Améliorer la connaissance des causes (lésionnelles) de la morbidité et de la mortalité routière, et des mécanismes lésionnels associés,
- Disposer d'une population de référence permettant de coordonner un ensemble de projets de recherches complémentaires, ainsi que de répondre à la demande institutionnelle, économique (constructeurs, assurances) ou sociétale (associations de prévention),
- Constituer une référence française (tant en termes de données que d'approches méthodologiques) dans une perspective de collaborations européennes et/ou internationales en matière de recherche en insécurité routière.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser prévalence (stock)
 incidence (flux)
 mortalité
 données déclarées
 données mesurées
 données estimées
 recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins oui non
Si oui, préciser
 Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 -Prévention (comportements, dépistages) oui non
- 4 -Santé perçue oui non
- 5 - Qualité de vie oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé oui non
- 7 - Exposition environnementale oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre, préciser Recueil actif dans les services de soins*

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Nomenclatures employées

Les lésions sont codées selon l' AIS (Abbreviated Injury Scale, 1990 Revision, Association for the Advancement of Automotive Medicine (AAAM), Des Plaines, Illinois, USA). Cette classification a été à l'origine développée pour les accidentologues afin d'homogénéiser le recueil des données relatives à la fréquence et à la gravité des blessures des victimes d'accidents de la route. Plusieurs révisions ont été proposées depuis 1976. Nous utilisons ici celle de 1990, dernière en date à la création du Registre. Dans l' AIS90, chaque lésion décrite est affectée d'un code numérique à six chiffres (région corporelle atteinte, structure anatomique, structure

anatomique spécifique, nature de la lésion) en complément de la valeur AIS de la gravité "immédiate" de la lésion. C'est ainsi que plus de 1 300 lésions élémentaires peuvent être décrites. La gravité AIS de chacune d'entre elles résulte d'un consensus qui les classe selon une échelle de sévérité variant de 1 (blessure mineure) à 6 (au-delà de toute ressource thérapeutique).

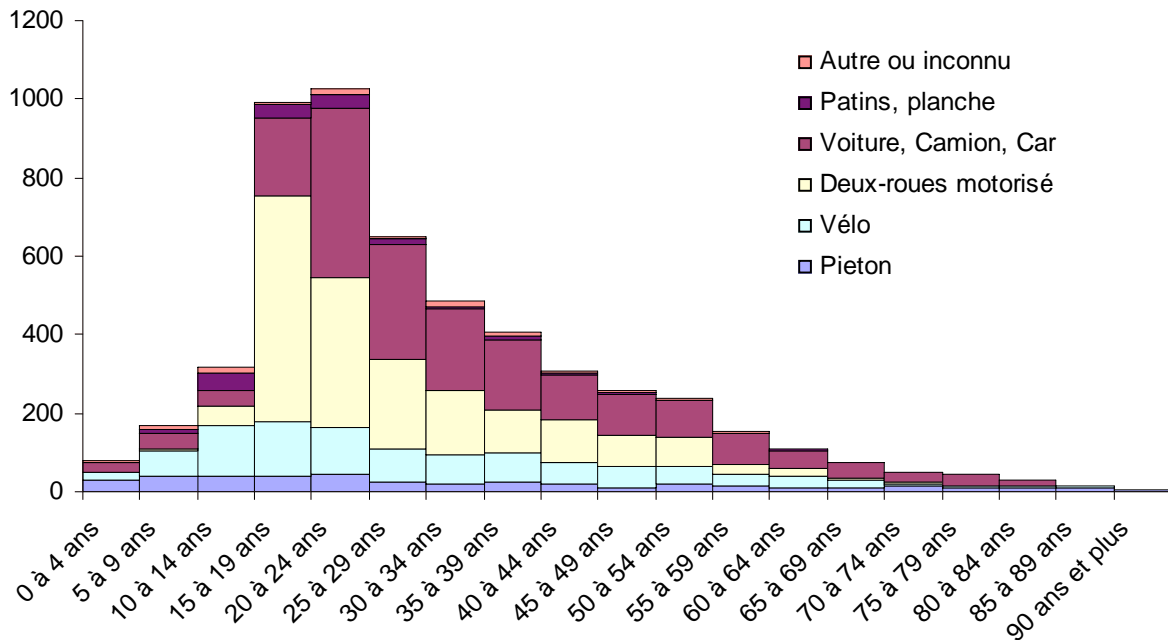
IV. Population observée

Nombre total de cas notifiés annuellement depuis le début de l'enregistrement et répartition par tranche d'âge et par sexe pour la dernière année disponible validée.

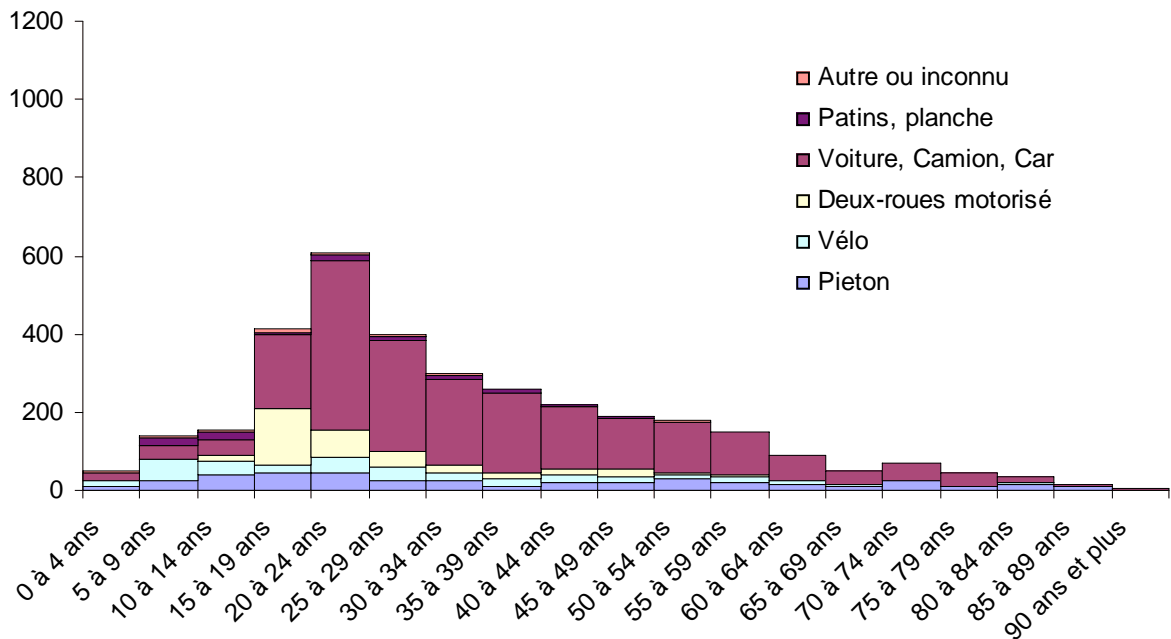
Année	Nombre de cas validés au 25 mai 2009
1995	9 272
1996	10 330
1997	10 510
1998	10 970
1999	11 301
2000	10 185
2001	11 016
2002	8 761
2003	8 749
2004	8 445
2005	8 621
2006	8 785
2007	(8 422)

Une baisse significative est observée en 2002, répartie sur l'ensemble des services. Le sex-ratio est de 1,7 homme pour une femme (et stable d'une année à l'autre). La répartition par âge et par sexe représentée graphiquement ci-après est nuancée selon la catégorie d'usagers des victimes.

Répartition, selon l'âge et les principales catégories d'usagers, des victimes hommes (année 2006)



Répartition, selon l'âge et les principales catégories d'usagers, des victimes femmes (année 2006)



Les cas enregistrés sont les victimes d'un accident corporel de la circulation routière survenant dans le département du Rhône. La définition d'un accident corporel est donnée par l'Observatoire national interministériel de sécurité routière (ONISR). Il provoque au moins une victime, survient sur une voie ouverte à la circulation publique, implique au moins un véhicule (motorisé ou non). Par victime, l'ONISR entend, toute personne impliquée qui n'est pas indemne, c'est-à-dire que son état nécessite au moins un soin médical. Reprenant à notre compte cette définition, nous avons toutefois décidé d'inclure aussi les accidents survenant sur voie privée non ouverte à la circulation publique. Nous avons également précisé la notion de *victime* en imposant que celle-ci présente au moins une lésion (au sens de l'échelle AIS) nécessitant ou non un soin médical.

Services Incendie et Secours

Ces services sont aujourd'hui départementalisés et toutes leurs interventions informatisées. Une convention Conseil Général du Rhône / INRETS a été signée en octobre 2000. Elle prévoit que les Services Départementaux Incendie et Secours (SDIS) nous transmettent les informations dont ils disposent pour toute personne éligible (notamment sur les lieux, dates et heures de l'accident et de transfert des victimes). Il s'agit donc là d'une collecte passive par copie partielle de leur base de données informatisée.

Les réseaux de soins : pôles d'urgence et services de suite

Ces services participent à la collecte active des informations pour chacune des blessés qu'ils prennent en charge. Sont à ce jour inclus dans le dispositif de recueil, tous les services urgences : urgence préhospitalière, accueil des urgences, urgences vitales des établissements publics et privés, civils et militaires, susceptibles d'accueillir des victimes d'un accident de la circulation survenant dans le Rhône .

Un nombre de plus en plus important de services de "suite" prenant en charge secondairement certaines de ces victimes pour des soins de stabilisation sont inclus dans le dispositif. Ainsi, 273 services participent au recueil, dont 28 hors du département.

Autres sources :

- *Les services médico-administratifs*

En fonction de la densité de chaque structure sanitaire, nous avons recours à d'autres sources telles que les unités hospitalières de l'information médicale, les services locaux informatiques ou les bureaux d'admission.

- *Les unités hospitalières de médecine légale et les funérariums* sont aussi sollicités pour recueillir les informations sur les victimes décédées.

- *Les victimes et/ou leurs familles*

Celles-ci sont sollicitées par voie d'affiche dans les services de soins ou directement par le personnel soignant. Elles sont invitées à consulter un document qui leur rappelle leurs droits et qui leur demande de nous préciser lieu, date, heure et circonstances de l'accident les concernant. Lorsque les conditions ne permettent pas de recueillir les circonstances de l'accident, et notamment le lieu, un courrier accompagné d'une enveloppe réponse est envoyé aux victimes et/ou à leur familles.

- *Les journaux régionaux*

Leur consultation quotidienne permet de recueillir des informations supplémentaires sur les circonstances d'accident et sur les victimes (notamment sur celles "tuées sur le coup").

V. Diffusion

Les principales statistiques de base font l'objet d'une publication annuelle par l'Observatoire interministériel de sécurité routière (ONISR) (La Documentation Française et site internet de l'Observatoire). Un article sur les "séquelles majeures en traumatologie routière" a aussi été publié récemment dans le BEH.

Ce Registre sert aussi de base à de nombreuses recherches. La première des actions de valorisation consiste en une large diffusion des rapports contractuels à l'ensemble des personnes qui œuvrent, dans les services et en lien avec l'ARVAC, au recueil des données.

L'existence de ce registre est aujourd'hui bien connue de la plupart des acteurs de sécurité routière et nous nous efforçons de répondre toujours au mieux à leurs sollicitations (y compris par des exploitations spécifiques).

Nos liens avec les décideurs, notamment ceux du monde des transports, sont aujourd'hui multiples et stabilisés, l'organisation même de l'INRETS favorisant des circuits "courts" vers la DISR¹ ou l'ONISR. La publication, désormais systématique, de nos résultats dans le bilan annuel de ce dernier en est une illustration, la production d'articles dans le BEH en est une autre.

S'agissant des accidentés, de leurs familles et de la population générale, un site web, spécifique au registre, est en cours de création. Il en existe déjà un spécifique au suivi des blessés dans la cohorte ESPARR. Et nous saisissons chaque opportunité pour organiser une diffusion la plus large possible de nos résultats via les médias grand public (comme ce fut le cas lors de la publication de nos estimations nationales).

¹ Délégation interministérielle à la sécurité routière

Réseau FranceCoag (RFC)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) Institut de veille sanitaire

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : à préciser : trimestrielle ou annuelle, selon les patients

Année du premier recueil : 1994

Année du dernier recueil : 2009

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : n+3

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non

Si oui, indiquer le taux de couverture (exhaustivité)

Quasi-exhaustivité

Tout patient pris en charge dans un centre de traitement de l'hémophilie participant à RFC et ayant accepté que ses données soient incluses dans RFC.

- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
- DOM
- Plusieurs régions
- Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

1. Connaître de façon exhaustive la répartition géographique, les caractéristiques (notamment les pathologies et les consommations de facteurs de coagulation) et l'évolution de la population atteinte de maladies hémorragiques dues à des déficits héréditaires des protéines de la coagulation (DHPC) prise en charge dans les centres de traitement spécialisés.
2. Disposer d'un outil de veille sanitaire permettant l'investigation rapide de toute suspicion de transmission par des préparations de facteurs de coagulation d'un agent nouvellement identifiable.
3. Mieux connaître les facteurs de risque d'apparition d'inhibiteur chez les patients atteints d'une hémophilie sévère et leurs modalités de prise en charge. L'étude portera à la fois sur les facteurs de risque contrôlables et génétiques permettant d'identifier des sous-groupes plus particulièrement exposés.
4. Évaluer la faisabilité, l'observance, la tolérance et l'impact de traitements prophylactiques standardisés, en particulier de la prophylaxie primaire chez les enfants atteints d'hémophilie sévère.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | |
|---|---|
| <p>1 - Événements et état de santé
<i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
 <input checked="" type="checkbox"/> <i>prévalence (stock)</i>
 <input type="checkbox"/> <i>incidence (flux)</i>
 <input type="checkbox"/> <i>mortalité</i>
 <input type="checkbox"/> données déclarées
 <input type="checkbox"/> données mesurées
 <input type="checkbox"/> données estimées
 <input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...)</p> |
| <p>2 - Consommations de soins
<i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
 <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation
 <input type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales)
 <input checked="" type="checkbox"/> Médicaments
 <input type="checkbox"/> Renoncement</p> |
| <p>3 - Prévention (comportements, dépistages)</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non</p> |

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|---|
| 4 -Santé perçue | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 5 -Qualité de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 6 - Inégalités sociales de santé | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 7 - Exposition environnementale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre, préciser : Consultation médicale*

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Si oui, préciser quelles maladies : Déficiences héréditaires des facteurs de la coagulation

3. Nomenclatures employées

Aucune

IV. Population observée

Mode de recueil :

Les inclusions se font à l'occasion d'une visite dans un centre partenaire du Réseau FranceCoag après information du patient (remise d'une note d'information).

La visite de suivi dans le cadre de RFC doit correspondre à une date de consultation du patient au centre de traitement de l'hémophilie (CTH). Le rythme de suivi RFC est annuel, sauf pour les jeunes patients hémophiles sévères pour lesquels le rythme de suivi dans RFC est trimestriel.

Contraintes et taux de couverture :

Le recueil de données ne s'effectue qu'auprès de patients suivis dans des CTH participant à RFC, ce qui représente la grande majorité des patients. L'exhaustivité n'est toutefois pas assurée.

Natures des traitements :

Données cliniques (antécédents, évènements hémorragiques et infectieux, interventions chirurgicales), prise en charge thérapeutique (nom du médicament, dose, fréquence, apparition d'un anticorps inhibiteur), données biologiques (examens d'hémostase)

Pas de repondération effectuée

V. Diffusion

Rapport

Articles dans revue d'association de patients et dans revue scientifique

Accès aux données après accord du comité d'orientation de RFC, selon une procédure formalisée (soumission d'un projet de recherche respectant les réglementations législatives, avis d'expert puis avis du CO).

Statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non

Si oui, préciser s'il s'agit

- d'une source médico-administrative
- de données de gestion
- autres : Enquête administrative exhaustive obligatoire auprès des établissements de santé

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : annuelle

Année du premier recueil : 1994

Année du dernier recueil : 2009

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 9 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non

L'ensemble des établissements de santé de France métropolitaine et des départements d'outre-mer est sollicité annuellement par voie postale pour répondre à l'enquête via un site internet de collecte (principal support de collecte) ou via un questionnaire papier.

- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique :
 - France métropolitaine
 - DOM
 - Plusieurs régions
 - Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Recueillir des informations sur les établissements de santé en France, sur :

- leur activité par grande discipline,
- leur équipement par grande discipline,
- les activités de soins soumises à autorisation,
- le personnel y travaillant

Cette déclaration administrative couvre l'ensemble des établissements de santé définis au sens du code de la santé publique. Elle a fait l'objet d'un arrêté au bulletin officiel du ministère (Arrêté du 17 mars 2004 relatif à la collecte et à la transmission des informations nécessaires à l'établissement de la statistique annuelle des établissements de santé - NOR : SANG0430145A). Depuis la SAE 2009, une circulaire annuelle précise le contenu et fixe les dates de fin de collecte de la campagne à venir.

Le lancement de l'enquête est effectué à partir du Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess) et du fichier de l'enquête précédente, validation par les DRASS et les CRAM.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser
- prévalence (stock)
 - incidence (flux)
 - mortalité
 - données déclarées
 - données mesurées
 - données estimées
 - recueil indirect (ex : carnet de santé...)

2 - Consommations de soins

Si oui, préciser

- oui non
 Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement

3 - Prévention (comportements, dépistages)

4 - Santé perçue

5 - Qualité de vie

6 - Inégalités sociales de santé

7 - Exposition environnementale

- oui non
 oui non
 oui non
 oui non
 oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------|---|
| - Sociodémographiques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| - Santé sexuelle et reproductive | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

Variables observées :

Identification fine des structures ;

Les modes de coopération inter hospitalière, avec des médecins et autres professionnels de santé non hospitaliers, et avec des services sociaux et médico-sociaux ;

Des indicateurs de suivi des politiques nationales ;

Les capacités d'accueil par type d'activité et par disciplines d'équipement regroupées ;

L'activité réalisée par type d'activité et par disciplines d'équipement regroupées ;

L'équipement, l'activité et le personnel du plateau technique ;

Les interruptions volontaires de grossesse ;

L'équipement, l'activité et le personnel de chaque activité de soins soumise à autorisation ;

Les effectifs :

a) des personnels médicaux salariés rémunérés ou libéraux en activité, en décembre ;

b) des internes, des faisant fonction d'internes et des étudiants en diplômes inter universitaires de spécialité, rémunérés en décembre ;

c) des sages-femmes et des personnels non médicaux ;

d) des emplois aidés en décembre.

Pour les établissements de santé privés relevant de l'article L.162-22-3 du code de la sécurité sociale quelques éléments sur les recettes (données réservées à l'usage de la CNAMTS, recueil supprimé à partir de la campagne SAE 2008).

3. Nomenclatures employées

La liste des nomenclatures utilisées est disponible dans le document « Nomenclatures de la SAE ».

IV. Population observée

L'ensemble des établissements de santé de France métropolitaine et des départements d'outre-mer est sollicité annuellement par voie postale pour répondre à l'enquête via un site internet de collecte (principal support de collecte) ou via un questionnaire papier.

V. Diffusion

Les données administratives sont disponibles :

- Sur un site internet : www.sae-diffusion@sante.gouv.fr
- Via un cédérom de diffusion des données (jusqu'à SAE 2006, supprimé ensuite)

Les données administratives sont conservées sous forme de base SAS et de base ACCESS, les données statistiques sous forme de base SAS.

Les données de l'enquête sont publiques (sauf pour la partie des bordereaux financiers, supprimée à partir de la SAE 2008).

Les cédéroms de diffusion (SAE 1997 à SAE 2006) sont accessibles à la demande auprès du secrétariat du bureau des établissements de santé.

Ventes d'alcool en litres d'alcool pur

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) INSEE
- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s)) OFDT

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres : calcul effectué à partir de différentes données dont principalement les droits d'accises sur l'alcool
- Appariement de sources administratives oui non
- Périodicité : annuelle
- Année du premier recueil : 1961
- Année du dernier recueil : 2008
- Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 6 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- La part de la consommation de boissons alcoolisées non taxées (autoconsommation, fraudes) ne peut-être prise en compte que de façon plus ou moins arbitraire
- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
- DOM
- Plusieurs régions
- Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Mesurer les quantités d'alcool disponibles pour la consommation sur le territoire français

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | |
|--|---|
| <p>1 -Événements et état de santé
<i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> prévalence (stock)</p> <p><input type="checkbox"/> incidence (flux)</p> <p><input type="checkbox"/> mortalité</p> |
| <p>2 -Consommations de soins
<i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input type="checkbox"/> données déclarées</p> <p><input type="checkbox"/> données mesurées</p> <p><input type="checkbox"/> données estimées</p> <p><input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...)</p> <p><input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalisation</p> <p><input type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales)</p> <p><input type="checkbox"/> Médicaments</p> <p><input type="checkbox"/> Renoncement</p> |
| <p>3 - Prévention (comportements, dépistages)</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non</p> |
| <p>4 -Santé perçue</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non</p> |
| <p>5 - Qualité de vie</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non</p> |
| <p>7 -Inégalités sociales de santé</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non</p> |
| <p>7 - Exposition environnementale</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non</p> |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre : données fiscales*

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

V. Diffusion

Diffusion des chiffres sur le site de l'OFDT.

Les réseaux de surveillance
à partir d'échantillons :

Base de données de la qualité de l'air (BDQA/ réseau ATMO)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)
Agence De l'Environnement et de la Maîtrise de l'Energie

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : horaire/ journalière/ hebdomadaire/ mensuelle/ annuelle

Année du premier recueil : 1985

Année du dernier recueil : 2009

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A +1 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
100 % (environ 20 millions de données horaires par an)

- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

L'ADEME est le Centre national de Référence pour la qualité de l'air pour l'agence européenne.

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

La Base nationale des Données Air (BDQA) regroupe en un point l'ensemble des mesures des Association de surveillance de la qualité de l'air (AASQA) pour les polluants réglementés. L'application première de la BDQA est de répondre aux obligations des directives européennes en matière de diffusion d'informations environnementale. La BDQA permet également à l'Etat et aux chercheurs de disposer rapidement de l'ensemble des données de mesure sur un historique d'une vingtaine d'années. Sa conception lui permet de dialoguer directement et en temps réel avec les bases de données locales des AASQA, c'est pourquoi elle recueille aujourd'hui un ensemble pertinent de données de surveillance de la qualité de l'air « temps réels » qui alimentent la plateforme nationale de prévision PREVAIR et l'Agence Européenne de l'Environnement.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | |
|---|--|
| 1 - Événements et état de santé
<i>Si oui, préciser</i> | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> <i>prévalence (stock)</i>
<input type="checkbox"/> <i>incidence (flux)</i>
<input type="checkbox"/> <i>mortalité</i>
<input type="checkbox"/> données déclarées
<input checked="" type="checkbox"/> données mesurées
<input checked="" type="checkbox"/> données estimées
<input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...) |
| 2 - Consommations de soins
<i>Si oui, préciser</i> | <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Hospitalisation
<input type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales) |

- Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages) oui non
4 - Santé perçue oui non
5 - Qualité de vie oui non
6 - Inégalités sociales de santé oui non
7 - Exposition environnementale oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre : collecte numérique automatique et semi-automatique

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Nomenclatures employées

INSEE et coordonnées géographiques WGS 93 et lambert 2

IV. Population observée

France entière (DOM inclus).

Pour les données de registre, DO, réseaux de surveillance, préciser le mode de recueil, ses contraintes, la nature des traitements et repondérations effectuées, le taux de couverture :

Le système d'information de la qualité de l'air géré et animé par l'ADEME est constitué de 4 bases de données nationales alimentées et interrogées quotidiennement

- ◇ BASTER : recueil (automatique via transfert ftp) toutes les heures des valeurs mesurées par les 34 AASQA, présentation cartographique, export pour modélisation, 8 journées de données brutes ou validées
 - ◇ BULDAIR : recueil (automatique via tranfert ftp ou saisie via intranet selon les AASQA) quotidien des indices Atmo et de Qualité de l'Air pour plus d'une centaine d'agglomération (indices partiels du jour entre 16h et 18h, indices complets de la veille à 10h environ), publication de cartes et envois de mail quotidien automatique
 - ◇ ALERTE : recueil (saisie via intranet) et présentation des procédures d'information et recommandation (PIR) ou d'alerte (PA) déclenchées par les préfetures, avec envoi de mail automatique sur apparition/disparition d'un événement
 - ◇ BDQA : recueil hebdomadaire des valeurs mesurées (scrutation via Numeris ou envoi des AASQA via transfert ftp), calculs statistiques et diffusion des valeurs mesurées, échanges avec la communauté européenne
- 1 base de données nationale alimentée et interrogée sur une période limitée (décembre-avril) :
 - ◇ INVEST : recueil (par saisie via intranet) des demandes d'aides par les AASQA, validation par les DR ADEME, le DSQA et l'ADEME

V. Diffusion

Ces données sont mises à disposition sur le site internet de l'ADEME www.atmonet.org.

Système de surveillance des intoxications au CO (SIROCO)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) Institut de veille sanitaire
- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s))
Institut de veille sanitaire : DSE et Cires

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
Si oui, préciser s'il s'agit
 - d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres
- Appariement de sources administratives oui non
- Périodicité :

Année du premier recueil : 2005

Année du dernier recueil : 2009

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 1 an

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non

Inconnu et impossible à estimer. Le système de surveillance repose sur le signalement de suspicion d'intoxications au CO par les déclarants (toute personne ayant connaissance d'une suspicion d'intoxication au CO) qui sont en pratique les services d'intervention d'urgence : les services départements de secours et d'incendie et les services d'urgence hospitalière

- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Conforme à celui d'un système de surveillance :

- 1-décrire la répartition spatio-temporelle, les circonstances de survenue des intoxications au CO et les facteurs favorisant l'intoxication afin de mettre en place des actions de santé publique
- 2 - évaluer les politiques de santé publique

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | |
|---|--|
| 1 - Événements et état de santé
<i>Si oui, préciser</i> | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> prévalence (stock)
<input type="checkbox"/> incidence (flux)
<input type="checkbox"/> mortalité
<input checked="" type="checkbox"/> données déclarées
<input type="checkbox"/> données mesurées
<input type="checkbox"/> données estimées
<input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...) |
| 2 - Consommations de soins
<i>Si oui, préciser</i> | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation
<input type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales)
<input type="checkbox"/> Médicaments
<input type="checkbox"/> Renoncement |

- | | | |
|--|---|---|
| 3 - Prévention (comportements, dépistages) | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 4 - Santé perçue | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 5 - Qualité de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 6 - Inégalités sociales de santé | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 7 - Exposition environnementale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face* (enquête environnementale sur le lieu de l'intoxication)
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

Population générale

Pour les données de registre, DO, réseaux de surveillance, préciser le mode de recueil, ses contraintes, la nature des traitements et repondérations effectuées, le taux de couverture :

Le système de surveillance repose sur le signalement de suspicion d'intoxications au CO par les déclarants (toute personne ayant connaissance d'une suspicion d'intoxication au CO) qui sont en pratique les services d'intervention d'urgence : les Services départements de secours et d'incendie et les services d'urgence hospitalière.

Selon l'organisation régionale en place, le signalement arrive à la Ddass ou au CAPTV? Après une première vérification, une enquête environnementale est menée sur les lieux de l'intoxication pour les intoxications survenues dans l'habitat ou dans un ERP. Une enquête médicale est menée pour toutes les intoxications au CO déclarées au système de surveillance. La réalisation de l'enquête environnementale est soumise à l'accord de l'occupant du lieu d'intoxication.

L'enquête médicale est conditionnée à l'acceptabilité du personnel hospitalier.

V. Diffusion

Selon la déclaration Cnil et la circulaire ministérielle, l'exploitation épidémiologique est confié à l'InVS (DSE et Cires). Toute autre étude doit faire l'objet d'une déclaration Cnil.

Système National de Surveillance des Plombémies chez l'Enfant (SNSPE)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) Institut de veille sanitaire
- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s))
Institut de veille sanitaire
Centres anti-poisons

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
Si oui, préciser s'il s'agit
 - d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

Les déclarations de cas de saturnisme envoyées sous forme papier aux Ddass par les médecins traitants sont retransmises à l'InVS qui vérifie qu'elles sont bien enregistrées dans le système de surveillance des plombémies. Au cas où elles ne le sont pas, les données de la fiche de déclaration sont enregistrées.

- Périodicité :

Année du premier recueil : 1995

Année du dernier recueil : 2009

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 15 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
L'exhaustivité a été estimée à 81 et 90 % pour les années 2003 et 2004.
- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements
- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

La commune de résidence de l'enfant est enregistrée

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

La surveillance du dépistage du saturnisme chez l'enfant est pratiquée par une partie des états américains. La déclaration obligatoire des cas dépistés existe dans certains pays (Québec).

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

L'objectif est de décrire les activités de dépistage du saturnisme chez l'enfant, notamment de quantifier et de connaître les caractéristiques des enfants testés et des cas, de décrire la prise en charge médicale et environnementale des enfants intoxiqués ou présentant des facteurs de risque d'exposition au plomb.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

1 - Événements et état de santé

Si oui, préciser

- oui non
- prévalence (stock)
- incidence (flux)
- mortalité
- données déclarées
- données mesurées
- données estimées
- recueil indirect
(ex : carnet de santé...)

2 - Consommations de soins

Si oui, préciser

- oui non
 Hospitalisation
 Consultations (médicales /
paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement

**3 - Prévention (comportements,
dépistages)**

- oui non

4 - Santé perçue

- oui non

5 - Qualité de vie

- oui non

Si oui, préciser : Outil de mesure : données contenues dans le questionnaire rempli par le médecin lors de la prescription ou de la déclaration

6 - Inégalités sociales de santé

- oui non

7 - Exposition environnementale

- oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Si oui, préciser quelles maladies : saturnisme chez l'enfant

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

La population observée est constituée par les personnes mineures bénéficiant d'une prescription de plombémie.

Pour les données de registre, DO, réseaux de surveillance, préciser le mode de recueil, ses contraintes, la nature des traitements et repondérations effectuées, le taux de couverture :

Tout médecin qui prescrit une plombémie doit remplir une fiche de surveillance sur la quelle sont consignées notamment les informations suivantes :

- Circonstances de la prescription (dépistage ou suivi)
- Date de naissance, sexe, commune d'habitation de l'enfant
- Type d'habitat, densité d'occupation
- Pays de naissance de la mère
- Facteurs de risque ayant conduit au dépistage
- Mesures prises précédemment si ce n'est pas la première plombémie (prise en charge médicale, actions sur l'environnement)

Cette fiche accompagne la prescription jusqu'au laboratoire de prélèvement qui doit y noter la date de prélèvement et le laboratoire d'analyse qui doit y noter la date et les résultats de l'analyse de la plombémie. Cette fiche est renvoyée au médecin par le laboratoire avec copie au centre antipoison qui la saisit dans le système de surveillance. Si la plombémie est supérieure à 100 µg/L, le médecin prescripteur doit faire une déclaration à la Ddass, à l'aide de la même fiche. La Ddass retransmet la fiche anonymisée à l'InVS.

Pour améliorer le taux de couverture, il est demandé aux laboratoires d'analyse de la plombémie d'envoyer régulièrement aux centres antipoison un listing des analyses de plombémies qu'ils ont réalisées chez des enfants.

V. Diffusion

Les données principales sont mises à disposition sur le site internet de l'InVS, sous forme de tableaux (accessibles notamment à partir d'une page thématique sur le saturnisme). L'ensemble des données sont exploitées pour publication de rapports et articles portant sur des périodes de 2 à 3 ans.

Les grandes enquêtes nationales en population générale : déclaratives

Alimentation et état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire (ABENA)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE,
UNIVERSITE PARIS 13

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
 Si oui, préciser s'il s'agit d'une source médico-administrative
 de données de gestion
 autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : 5 à 7 ans

Année du premier recueil : 2004-2005

Année du prochain recueil : 2011-2012

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 6 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
 - Échantillonnage oui non

Plan de sondage :

Choix de zones d'étude : Paris, Seine St-Denis, Dijon, Marseille

Tirage de structures de distribution d'aide alimentaire

Tirage d'individus au sein de la structure selon son mode de fonctionnement (liste de RDV, file d'attente...)

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine SAUF CORSE
 DOM
 Plusieurs régions

- Plusieurs départements
- Plusieurs villes et un département

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

L'étude Alimentation et Nutrition des Bénéficiaires de l'Aide Alimentaire a pour objectif principal de décrire la consommation alimentaire et l'état nutritionnel de personnes ayant recours à l'aide alimentaire dans quatre zones urbaines françaises en 2004 – 2005. L'objectif spécifique de l'étude ABENA est de décrire d'un point de vue socio-démographique et sociologique ces personnes.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | |
|--|--|
| 1 - Événements et état de santé | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser</i> | <input checked="" type="checkbox"/> prévalence (stock) |
| | <input type="checkbox"/> incidence (flux) |
| | <input type="checkbox"/> mortalité |
| | <input checked="" type="checkbox"/> données déclarées |
| | <input checked="" type="checkbox"/> données mesurées |
| | <input checked="" type="checkbox"/> données estimées |
| | <input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...) |
| 2 - Consommations de soins | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser</i> | <input type="checkbox"/> Hospitalisation |
| | <input type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales) |
| | <input type="checkbox"/> Médicaments |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Renoncement |

3 - Prévention (comportements, dépistages) oui non**4 - Santé perçue** oui non*Si oui, préciser :*

Outil de mesure : Indicateur INSEE

5 - Qualité de vie oui non**6 - Inégalités sociales de santé** oui non**7 - Exposition environnementale** oui non**3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?** oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre*

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non
- Santé travail oui non
- Santé environnement oui non
- Déficiences et handicaps oui non
- Santé mentale oui non
- Modes de vie oui non
- Nutrition oui non
- Relation avec le système de soins oui non
- Addictions / toxicomanies oui non
- Parcours de vie oui non
- Accidents et traumatismes oui non
- Maladies infectieuses oui non
- Vaccinations oui non
- Iatrogénie oui non
- Santé sexuelle et reproductive oui non
- Périnatalité oui non
- Maladies chroniques oui non

3. Nomenclatures employées

Sociodémographie : questionnaires courts et classification INSEE

État nutritionnel, marqueurs cardiovasculaires : définitions internationales

IV. Population observée

Total des inclusions : 1.164 adultes de 18 ANS et plus

Population spécifique ; Prise en compte du plan de sondage dans les analyses

V. Diffusion

Rapport princeps disponible sur le site de l'InVS

Articles scientifiques

Alimentation, état nutritionnel et santé mentale des personnes âgées en institutions (ANAIS)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE, UNIVERSITE PARIS 13

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
- d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : 5 à 7 ans

Année du premier recueil : 2011

Année du dernier recueil :

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 6 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage :

Tirage à 2 degrés :

1/ Tirage d'établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes, USLD, logements foyers

2/ Tirage de personnes âgées au sein des établissements

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Par exemple contribution à l'European Nutrition and health report

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Les objectifs principaux de l'étude seront de :

- Décrire les consommations alimentaires et l'activité physique des personnes âgées vivant en institution ;
 - Décrire leur état nutritionnel (prévalence de la malnutrition protéino-énergétique – endogène et exogène –).
 - Déterminer la prévalence des troubles anxiodépressifs, des troubles du sommeil et des troubles cognitifs chez ces personnes ;
 - Décrire leur consommation médicamenteuse, en particulier celle des psychotropes.
- L'objectif secondaire sera de :
- Décrire l'association entre l'état dépressif et le statut nutritionnel.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser prévalence (stock)
 incidence (flux)
 mortalité
- données déclarées
 données mesurées
 données estimées
 recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins oui non
Si oui, préciser Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages) oui non
- 4 - Santé perçue oui non
- 5 - Qualité de vie oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé oui non
- 7 - Exposition environnementale oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non
 - Santé travail oui non

- Santé environnement	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Déficiences et handicaps	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé mentale	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Modes de vie	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Nutrition	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Relation avec le système de soins	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Addictions / toxicomanies	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

3. Nomenclatures employées

Sociodémographie : questionnaires courts et classification INSEE

État nutritionnel, alimentation : définitions internationales

IV. Population observée

Etude pilote en cours en 2009-2010 qui permettra de définir la taille d'échantillon nécessaire

Age supérieur à 75 ans

V. Diffusion

Rapport princeps disponible sur le site de l'InVS

Articles scientifiques

Baromètre Cancer

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)
INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé)

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
- d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : 5 ans

Année du premier recueil : 2005

Année du dernier recueil : 2010 (en cours)

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 18 mois après la fin du recueil

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage :

Sondage à deux degrés (foyer puis individu)

Tirage aléatoire dans l'annuaire France Télécom

Envoi d'une lettre annonce avant l'appel (lorsque l'adresse est disponible, sinon *a posteriori*)

Sélection de l'individu selon la méthode anniversaire jusqu'en 2005 et selon la méthode Kish en 2010

Les personnes inscrites sur liste rouge et les personnes n'étant joignable que sur un téléphone portable (Exclusif mobile) participent à l'enquête

Répartition des appels en 2010 :

-Téléphone filaire : 80 à 85 %

-Exclusif mobile : 13 à 15 %

-Dégrouvés (08/09) : 3 à 5 %

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Evaluer les comportements, les pratiques de dépistage, les représentations sur les soins, les attitudes et les connaissances des individus résidant en France en matière de cancer.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | |
|--|---|
| 1 - Événements et état de santé | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser</i> | <input checked="" type="checkbox"/> <i>prévalence (stock)</i> |
| | <input type="checkbox"/> <i>incidence (flux)</i> |
| | <input type="checkbox"/> <i>mortalité</i> |
| | <input checked="" type="checkbox"/> données déclarées |
| | <input type="checkbox"/> données mesurées |
| | <input type="checkbox"/> données estimées |
| | <input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...) |
| 2-Consommations de soins | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales) |

- Médicaments
 Renoncement

3 - Prévention (comportements, dépistages)

- oui non

4 - Santé perçue

- oui non

Si oui, préciser :

Outil de mesure : question HIS

5 - Qualité de vie

- oui non

Si oui, préciser : Outil de mesure : échelle de Duke ou healthy days

6 - Inégalités sociales de santé

- oui non

7 - Exposition environnementale

- oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

-
- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
- Si oui, préciser quelles maladies : Cancer*

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

Taille de l'échantillon :

- 4046 pour baromètre cancer 2005
- ~ 4000 pour baromètre cancer 2010

Âge :

- 16 ans et + pour baromètre cancer 2005
- 15 à 85 ans pour baromètre cancer 2010

Données représentatives au niveau national (France métropolitaine)

V. Diffusion

- L'INPES édite des ouvrages de présentations des résultats des enquêtes, ainsi qu'un « 4 pages » les synthétisant
- Publication d'articles de synthèse et d'articles publiés dans des revues scientifiques
- Mise en ligne intégrale des chapitres de l'ouvrage du Baromètre cancer 2010
- Diffusion des données sous réserve de convention une fois l'ouvrage édité

Baromètre Santé

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)
INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé)

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
 - d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : 5 ans

Année du premier recueil : 1992

Année du dernier recueil : 2010 (en cours)

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A +18 mois après la fin du recueil

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage :

Sondage à deux degrés (foyer puis individu)

Tirage aléatoire dans l'annuaire France Télécom

Envoi d'une lettre annonce avant l'appel (lorsque l'adresse est disponible, sinon *a posteriori*)

Sélection de l'individu selon la méthode anniversaire jusqu'en 2005 et selon la méthode Kish en 2010

Les personnes inscrites sur liste rouge et les personnes n'étant joignable que sur un téléphone portable (Exclusif mobile) participent à l'enquête

Répartition des appels en 2010 :

-Téléphone filaire : 80 à 85 %

-Exclusif mobile : 13 à 15 %

-Dégrouvés (08/09) : 3 à 5 %

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales

7 régions ont effectué des sur-échantillons en 2005, entre 4 et 10 l'ont prévu en 2010. Une extension du dispositif aux DOM est prévu en 2010 (groupe de travail lancé en juin 2009).

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Les objectifs du Baromètre santé 2010 sont les suivants :

- Suivre l'évolution dans le temps de certains indicateurs fondamentaux sur les comportements et les attitudes en matière de santé sur l'ensemble de la population
- Suivre les évolutions de manière fine par tranche d'âge, sexe, sous-populations... grâce à la taille importante d'échantillon
- Nourrir les différents programmes de l'INPES d'information sur les comportements, l'opinion et les attitudes en matière de santé ainsi que sur les déterminants (facteurs associés) de ces opinions, attitudes et comportements
- Etudier, grâce à la taille importante d'échantillon, les spécificités de sous-populations (jeunes, personnes âgées, étudiants, chômeurs...) et les comportements rares
- Etudier les liens entre les représentations et les comportements en matière de santé (Ce qui distingue les baromètres des autres enquêtes santé, c'est qu'elles sont des enquêtes sur les pratiques de prévention et les modes de vie en ce qu'ils ont un lien avec la santé. On ne cherche pas à mesurer précisément l'état de santé. Une part importante du questionnaire

concerne des sujets sensibles comme les addictions, la santé mentale, les comportements sexuels...)

- Etre complémentaire avec les autres grandes enquêtes de santé (éviter la redondance, rechercher la cohérence), dans un souci collaboratif
- Participer, grâce à la taille importante d'échantillon, à la production de données régionales, en lien avec les ORS
- Dans la dimension étude / observation il y a aussi l'idée de servir de point d'appui à l'évaluation des politiques publiques
- Participer à l'évaluation des politiques publiques : indicateurs de suivi de la loi de Santé Publique, évaluation des plans gouvernementaux (ex : plans addictions)

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | |
|---|--|
| <p>1 - Événements et état de santé
<i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
 <input checked="" type="checkbox"/> prévalence (stock)
 <input type="checkbox"/> incidence (flux)
 <input type="checkbox"/> mortalité</p> |
| <p>2 - Consommations de soins
<i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> données déclarées
 <input type="checkbox"/> données mesurées
 <input type="checkbox"/> données estimées
 <input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
 <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation
 <input checked="" type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales)
 <input checked="" type="checkbox"/> Médicaments
 <input checked="" type="checkbox"/> Renoncement</p> |
| <p>3 - Prévention (comportements, dépistages)</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> |
| <p>4 - Santé perçue
<i>Si oui, préciser :</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
 Outil de mesure : question HIS</p> |
| <p>5 - Qualité de vie
<i>Si oui, préciser :</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
 Outil de mesure : échelle de Duke, échelle « healthy days » ; dimensions santé mentale » du SF36</p> |
| <p>6 - Inégalités sociales de santé</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> |
| <p>7 - Exposition environnementale</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non</p> |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre : complément enquête web en 2010*

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

3. Nomenclatures employées

- Duke inventory (qualité de vie)
- CIDI –SF (dépression)
- Cannabis Abuse Screening Test (CAST) : (usage problématique de cannabis)
- AUDIT (usage problématique d'alcool)
- Fagerström (dépendance au tabac)
- Healthy days (qualité de vie)
- MH5 (SF36 – mental health) : (dimensions santé mentale d'une échelle de qualité de vie)

IV. Population observée

Taille de l'échantillon :

1992	2 099
1993	1 950
1995	1 993
1997	4 115 jeunes
2000	13 685 (+ 5 échantillons régionaux)
2005	30 514 (+ 7 échantillons régionaux)
2010	30 000 (+ 4 à 10 échantillons régionaux)

Âge :

- 18 à 75 ans pour les baromètres santé 1992, 1993 et 1995
- 12 à 19 ans pour le baromètre santé 1997
- 12 à 75 ans pour les baromètres santé 2000 et 2005
- 15 à 85 ans pour le baromètre 2010

Données représentatives au niveau national (France métropolitaine)

Echantillon aléatoire de la population générale parlant le français.

Interrogation de personnes appartenant à des ménages :

- équipés d'un téléphone filaire (listes blanche, orange et rouge)
- équipés uniquement d'un téléphone portable (15 à 17%)
- et étant en dégroupage total (3 à 5%).

Redressement à partir des données des recensements mis à jour grâce à l'enquête emploi la plus récente.

V. Diffusion

- L'INPES édite des ouvrages de présentations des résultats des enquêtes, ainsi qu'un « 4 pages » les synthétisant
- Publication d'articles de synthèse et d'articles publiés dans des revues scientifiques
- Mise en ligne intégrale des chapitres de l'ouvrage du Baromètre santé 2010
- Diffusion des données sous réserve de convention une fois l'ouvrage édité

Baromètre Santé Environnement

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)
INPES (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé)

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
- de données de gestion
- autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : 5 ans

Année du premier recueil : 2007

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 18 mois après la fin du recueil

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage :

Sondage à deux degrés (foyer puis individu)

Tirage aléatoire dans l'annuaire France Télécom

Envoi d'une lettre annonce avant l'appel (lorsque l'adresse est disponible, sinon *a posteriori*)

Sélection de l'individu selon la méthode anniversaire

Les personnes inscrites sur liste rouge ont participé à l'enquête

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
- DOM
- Plusieurs régions
- Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Evaluer les comportements, les pratiques de dépistage, les représentations sur les soins, les attitudes et les connaissances des individus résidant en France en matière de santé environnement.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | |
|---|--|
| <p>1 - Événements et état de santé
<i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
 <input checked="" type="checkbox"/> <i>prévalence (stock)</i>
 <input type="checkbox"/> <i>incidence (flux)</i>
 <input type="checkbox"/> <i>mortalité</i></p> |
| <p>2 - Consommations de soins
<i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> données déclarées
 <input type="checkbox"/> données mesurées
 <input type="checkbox"/> données estimées
 <input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...)
 <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
 <input type="checkbox"/> Hospitalisation
 <input type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales)
 <input type="checkbox"/> Médicaments
 <input type="checkbox"/> Renoncement</p> |
| <p>3 - Prévention (comportements, dépistages)</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non</p> |
| <p>4 - Santé perçue</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> |
| <p>5 - Qualité de vie</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non</p> |
| <p>6 - Inégalités sociales de santé</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> |
| <p>7 - Exposition environnementale</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre*

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

Si oui, préciser quelles maladies : Cancer

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

Taille de l'échantillon :

- 6 007 personnes âgées de 18 à 75 ans

Données représentatives au niveau national (France métropolitaine)

V. Diffusion

- L'INPES édite des ouvrages de présentations des résultats des enquêtes, ainsi qu'un « 4 pages » les synthétisant
- Publication d'articles de synthèse et d'articles publiés dans des revues scientifiques
- Diffusion des données sous réserve de convention une fois l'ouvrage édité

Baromètre Santé Nutrition

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)

Direction des affaires scientifiques

42, bd de la Libération – 92203 Saint-Denis Cedex

- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s))

En plus de l'INPES, les ORS ayant mis en place des sur-échantillons régionaux en 2002 et en 2008 exploitent également la base nationale pour faire des comparaisons.

2. Type de source

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Enquête transversale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Cohorte, panel | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Registre | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Réseau de surveillance | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Source administrative unique | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser s'il s'agit</i> | <input type="checkbox"/> d'une source médico-administrative | |
| | <input type="checkbox"/> de données de gestion | |
| | <input type="checkbox"/> autres | |

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : tous les 6 ans

Année du premier recueil : 1996

Année du dernier recueil : 2008

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 20 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- | | | |
|------------------------|---|---|
| - Recueil systématique | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Échantillonnage | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Plan de sondage :

Le paysage téléphonique ayant considérablement évolué entre 1996 et 2008, la méthode d'échantillonnage a beaucoup évolué afin d'améliorer la représentativité de l'enquête. En 1996, un tirage aléatoire dans l'annuaire France Télécom a permis d'interroger les personnes ayant un téléphone filaire en liste blanche et orange. En 2002, les personnes inscrites sur liste

rouge on également été interrogées. En 2008 ont également été interrogés les personnes appartenant à des ménages équipés uniquement d'un téléphone portable (17%) et ceux étant en dégroupage total (3%).

Sélection de l'individu selon la méthode « anniversaire » en 1996 et en 2002 et selon la méthode « Kish » en 2008. Pondération de la base par le nombre de personnes éligibles dans chaque ménage et redressement selon le recensement de l'Insee.

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements
- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales

En 2002 : 2 sur-échantillons en Languedoc-Roussillon et Nord-Pas-de-Calais

En 2008 : 7 sur-échantillons : la Franche-Comté, la Haute-Normandie, l'Île-de-France, le Languedoc-Roussillon, le Nord-Pas de Calais, la Picardie et la région Provence-Alpes-Côte d'Azur

En 2009 : 1 sur-échantillon en Champagne-Ardenne

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Pour l'activité physique, le questionnaire GPAQ (Global Physical Activity Questionnaire) de l'OMS peut permettre des comparaisons au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Évaluer les comportements, les attitudes et les connaissances des Français en matière d'alimentation et d'activité physique.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé** oui non
Si oui, préciser prévalence (stock)
 incidence (flux)
 mortalité
- données déclarées
 données mesurées
 données estimées
 recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins** oui non
Si oui, préciser Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages)** oui non
- 4 - Santé perçue** oui non
Si oui, préciser : Outil de mesure : perception de sa consommation de plusieurs groupes alimentaires et de sa pratique d'activité physique, perception de l'équilibre de sa propre alimentation
- 5 - Qualité de vie** oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé** oui non
- 7 - Exposition environnementale** oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé travail	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé environnement	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Déficiences et handicaps	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé mentale	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Modes de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Nutrition	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Relation avec le système de soins	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Addictions / toxicomanies	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non

3. Nomenclatures employées

Perception de l'alimentation
 Connaissances nutritionnelles
 Information sur l'alimentation
 Surpoids
 Activité physique
 Aliments et boissons consommés par les Français
 Structure et environnement des repas
 Comportements d'achats alimentaires
 Insécurité alimentaire

IV. Population observée

Taille d'échantillon :

Enquête nationale :
 2008 : 4 714 personnes de 12 -75 ans
 2002 : 3 153 personnes de 12 -75 ans
 1996 : 1984 personnes de 18 -75 ans

Sur-échantillons :

Environ 1 000 personnes dans chacun des sur-échantillons régionaux menés auprès des 18 -75 ans en 2002 et des 12 -75 ans en 2008.

Représentativité :

Echantillon aléatoire de la population générale parlant le français.

Interrogation de personnes appartenant à des ménages

- équipés d'un téléphone filaire (listes blanche, orange et rouge)
- équipés uniquement d'un téléphone portable (17%)
- et étant en dégroupage total (3%).

Redressement à partir des données du recensement de 1990 pour la vague de 1996, sur le recensement de 1999 pour la vague de 2002 et sur l'enquête emploi 2007 pour la vague de 2008.

V. Diffusion

- Diffusion d'ouvrages et possibilité d'en commander à l'INPES (gratuitement pour le Baromètre santé nutrition 2008, à paraître en 2010)
- Mise en ligne intégrale du Baromètre santé nutrition 2008, à paraître en 2010
- Publication d'articles de synthèse et d'articles publiés dans des revues scientifiques
- La base peut-être fournie sous réserve d'une convention passée avec l'INPES.

Changements organisationnels et informatisation (COI)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) DARES - CEE

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
 - d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : a eu lieu en 1997 sur un champ très restreint

Année du premier recueil : 1997

Année du dernier recueil : 2006

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte :

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage :

Entreprises privées de 10 salariés et plus, et salariés de celles de 20 et plus.

4. Champs

- Champ géographique :
 - France métropolitaine
 - DOM
 - Plusieurs régions
 - Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : aucune comparaison régionale possible

- Systématiques (l'ensemble des régions)
- Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Mesure des changements d'organisation des entreprises sur le plan de la gestion et de l'utilisation des technologies de l'information et de la communication sur les 3 dernières années (2003-2006).

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | |
|---|---|
| <p>1 - Événements et état de santé
<i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
 <input type="checkbox"/> prévalence (stock)
 <input checked="" type="checkbox"/> incidence (flux)
 <input type="checkbox"/> mortalité</p> |
| <p>2 - Consommations de soins
<i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> données déclarées
 <input type="checkbox"/> données mesurées
 <input type="checkbox"/> données estimées
 <input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...)
 <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
 <input type="checkbox"/> Hospitalisation
 <input type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicale)
 <input type="checkbox"/> Médicaments
 <input type="checkbox"/> Renoncement</p> |
| <p>3 - Prévention (comportements, dépistages)</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non</p> |
| <p>4 - Santé perçue</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non</p> |
| <p>5 - Qualité de vie</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non</p> |
| <p>6 - Inégalités sociales de santé</p> | <p><input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non</p> |
| <p>7 - Exposition environnementale</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre*

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

Si oui, préciser: Stress (sentiment d'être débordé)- Conséquences dangereuse du travail sur la santé- Se déclare ayant un handicap ou un problème de santé qui limite ses activités potentielles- A eu un ou plusieurs accidents du travail qui l'ont obligé à se soigner au cours des 12 derniers mois.

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

Toutes les entreprises du privé de 10 salariés et plus et tous les salariés du privé de 20 et plus.

Deux autres champs sont couverts par une enquête similaire : la fonction publique de l'Etat (enquête DGAFP-CEE) et le secteur hospitalier (enquête DREES-CEE).

Taille de l'échantillon :

23 000 entreprises, tous secteurs, toutes tailles (de 10 et plus).

14 400 salariés des entreprises de 20 et plus.

37% de femmes.

Age :

15 à 29 ans	18.2 %
30 à 39 ans	31.3 %
40 à 49 ans	30.5 %
50 ans et plus	20.0 %

V. Diffusion

Fichier entreprises, fichier salariés et fichier couplé entreprises de 20 et plus et leurs salariés.

Convention de cession de données DARES – CEE.

Cohorte des consultants des centres d'examens de santé (Constances)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)
Unité mixte Inserm-CNAMTS 687

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
- Préciser s'il s'agit :*
- d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

Préciser : Appariement de données recueillies auprès de personnes (questionnaires, examen de santé) avec des sources administratives : SNIIR-AM, Cnav, CNSA.

Périodicité : Recueil annuel

Année du premier recueil : 2010

Année du dernier recueil : pas de fin prévue

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 6 à 8 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage

Tirage à probabilités inégales sur CS, âge, sexe parmi les affiliés du Régime général de sécurité sociale de 16 départements. Tirage effectué par la Cnav dans le RNIAM.

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : pas dans l'état actuel du projet
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays):
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Des collaborations sont prévues avec des projets similaires dans d'autres pays européens ; actuellement, une coopération est établie avec le projet de cohorte Helmholtz en Allemagne.

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc.)

Cohorte « généraliste » destinée à fournir des données descriptives sur un échantillon représentatif d'adultes et à constituer un « laboratoire épidémiologique » ouvert à la communauté scientifique pour développer des projets de recherche en santé publique.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser:
- prévalence (stock)
 - incidence (flux)
 - mortalité

 - données déclarées
 - données mesurées
 - données estimées
 - recueil indirect (ex : carnet de santé...)

- 2 - Consommations de soins** oui non
 Détailler : Si oui :
 Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages)** oui non
- 4 - Santé perçue** oui non
 Outil de mesure : diverses échelles
- 5 - Qualité de vie** oui non
 Outil de mesure : diverses échelles
- 6 - Inégalités sociales de santé** oui non
- 7 - Exposition environnementale** oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- en face à face*
 par téléphone
 auto-questionnaire
 dossier administratif
 fichier(s) de gestion
 déclaration obligatoire
 autre

2. Thématiques observées

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| -Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Santé travail | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Santé environnement | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Déficiences et handicaps | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Santé mentale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Modes de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Nutrition | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Relation avec le système de soins | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Addictions / toxicomanies | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Parcours de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Accidents et traumatismes | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Maladies infectieuses | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| -Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

-
- Santé sexuelle et reproductive oui non
-Périnatalité oui non
-Maladies chroniques oui non
Si oui, préciser quelles maladies : *ensemble de la morbidité*

3. Nomenclatures employées

Statut socioéconomique : PCS ; santé : CIM-10

IV. Population observée

Echantillon aléatoire de 200 000 adultes âgés de 18 à 69 ans à l'inclusion, affiliés au Régime général de sécurité sociale (RGSS) ; échantillon d'effectif proportionnel à la distribution de sexe, âge et CS des affiliés du RGSS ; résidant dans 16 départements métropolitains dont la composition par sexe, âge, CS et secteur d'activité est proche de la France métropolitaine.

V. Diffusion

Publication régulière de données descriptives ; accès aux données individuelles sur la base d'un dossier détaillé examiné par le Conseil scientifique après autorisation de la CNIL.

Cohorte SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales dans l'agglomération parisienne)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)
UMRS 707 (Inserm – UPMC)
- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s))
UMRS 707 (Inserm – UPMC), ERIS (Centre Maurice Halbwachs, CNRS-EHESS-ENS), ORS Ile-de-France

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
 - Préciser s'il s'agit : d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres
 - Appariement de sources administratives oui non
- Préciser : appariement à un SIG (système d'information géographique), lui-même alimenté par données RGP (recensement général de la population), équipements, DGI (direction générale des impôts), etc ; à l'IRIS et/ou spatialisées

Périodicité : variable (en fonction de la production des données).

Année du premier recueil : 2005

Année du dernier recueil : 2010

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 12 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage

3000 ménages dans 50 IRIS de l'agglomération parisienne

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales: oui

- Systématiques (l'ensemble des régions)
- Du fait d'extensions régionales

Une seule région (IdF) mais avec certains indicateurs comparables à d'autres enquêtes nationales ou régionale.

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : oui

- Systématiques (l'ensemble des régions)
- Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

Par type d'IRIS, de quartier de résidence et par département dans l'ensemble Paris + première couronne de département.

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays):

- la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
- la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Certains indicateurs utilisés sont comparables avec des enquêtes internationales conduites en milieu urbain notamment

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Etudier les inégalités sociales et territoriales de santé et de recours aux soins en milieu urbain

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non

Si oui, préciser prévalence (stock)

incidence (flux)

mortalité

données déclarées

données mesurées

données estimées

recueil indirect (ex : carnet de santé...)

- 2 - Consommations de soins** oui non
Si oui, préciser
 Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages)** oui non
- 4 - Santé perçue** oui non
Si oui, préciser : Outil de mesure : mini-module européen
- 5 - Qualité de vie** oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé** oui non
- 7 - Exposition environnementale** oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non
 -Santé travail oui non
 -Santé environnement oui non
 -Déficiences et handicaps oui non
 -Santé mentale oui non
 -Modes de vie oui non
 -Nutrition oui non
 -Relation avec le système de soins oui non
 -Addictions / toxicomanies oui non
 -Parcours de vie oui non
 -Accidents et traumatismes oui non
 -Maladies infectieuses oui non

-Vaccinations	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
-Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
-Périnatalité	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
-Maladies chroniques	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non

3. Nomenclatures employées

Niveau d'éducation, statut d'activité, PCS, revenus, couverture maladie, nationalité et pays de naissance de égo et des parents, réseau et soutien social, logement, racisme et discrimination, ruptures sociales, événements graves dans l'enfance, liens de citoyenneté, insertions et perceptions du quartier de résidence, quartiers de résidence et de travail

Santé perçue, dépression (Minidiag), IMC déclaratif, ALD, liste de maladies déclarées, recours aux soins 12 derniers mois, recours aux dépistage VIH, mammographie, frottis, habitudes alimentaires, attitudes et représentations de santé

IV. Population observée

3000 adultes francophones représentatifs de Paris et 1ere couronne de départements, échantillonnage à 3 degrés (IRIS, ménage, adulte du ménage).

V. Diffusion

Sur demande justifiée à l'investigateur principal (pierre.chauvin@inserm.fr), données strictement anonymisées seulement, dans le cadre d'une convention de mise à disposition.

Contexte de la Sexualité en France (CSF)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)
INSERM-CESP U1018 et INED

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
- d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité :

Année du premier recueil : 09/2005

Année du dernier recueil : 03/2006

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 2 ans

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage :

L'enquête CSF a été menée auprès d'un échantillon aléatoire de la population âgée de 18 à 69 ans. Au total, 12 364 individus ont été interrogés. La sélection de l'individu repose sur un sondage aléatoire en deux phases avec une post-stratification sur l'âge.

Une procédure de tirage complexe a permis de constituer un échantillon de coordonnées téléphoniques couvrant les abonnés inscrits sur liste blanche et sur liste rouge. De plus, pour assurer au maximum la représentativité de l'échantillon total, les personnes qui ne disposaient que de téléphones mobiles ont également été incluses dans l'échantillon.

Une fois le ménage joint, la deuxième phase consistait à sélectionner, selon la méthode anniversaire, l'individu à interroger au moment du contact téléphonique parmi l'ensemble des adultes éligibles de 18 à 69 ans habitant ce domicile.

Par ailleurs, afin de pouvoir étudier avec plus de précision les comportements de la population la plus exposée ou concernée par les risques sanitaires liés à la sexualité (VIH, IST, grossesses non prévues), ainsi que les conditions d'entrée dans la sexualité, les adultes âgés de moins de 40 ans ont été sur-représentés.

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON l'échantillon CSF n'a pas été construit pour des exploitations régionales.
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON l'échantillon CSF n'a pas été construit pour des exploitations régionales.
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Au niveau international certains indicateurs de l'enquête CSF sont comparables avec ceux de l'enquête NATSAL « National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles » (United Kingdom, 2000 et 2011).

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Intérêt de l'enquête CSF :

Depuis l'enquête ACSF réalisée en 1992, le paysage de la santé publique s'est sensiblement modifié : les générations qui commencent leur vie sexuelle dans les années 2000 connaissent un contexte épidémiologique très différent de celles et ceux qui avaient leur premier rapport dans les années 1990. Les traitements de l'infection à VIH, devenu une maladie chronique, font désormais partie du paysage. La population qui vit avec le VIH tend à vieillir en raison de la baisse du nombre des contaminations. Pour autant, les contaminations continuent à se produire (6700 en 2005 d'après l'InVS), et l'épidémie touche de plus en plus les femmes et les populations précarisées socialement et économiquement. Les représentations du sida et des risques liés à la sexualité en sont profondément modifiées.

Par ailleurs, la société française a connu de nombreuses modifications sociales au cours de cette décennie : l'évolution des structures familiales, les lois sur la parité et leur application, l'apparition du PACS et des débats sur le mariage homosexuel, l'inscription de la question de la violence contre les femmes à l'agenda politique, mais aussi la précarisation de certains groupes sociaux affectés par le chômage et les difficultés de la vie quotidienne. Ces modifications sociales ne peuvent pas être sans effet sur le contexte de la sexualité.

Au vu de la profonde transformation du contexte social et épidémiologique, il est nécessaire de travailler sur des données récentes. Or celles actuellement disponibles (l'enquête KAPB 2004, enquête Gay 2004) ne permettent pas d'étudier précisément les nouvelles conditions sociales d'exercice de la sexualité et de prise de risque. Pour pouvoir anticiper les évolutions de l'épidémie, il apparaissait alors important de se donner les moyens d'obtenir des données scientifiques qui tiennent compte des modifications sociales qu'a connues la société française, en particulier celles qui renvoient aux rapports sociaux entre les femmes et les hommes et aux liens entre sexualité et conditions de vie.

Objectifs de l'enquête CSF :

L'enquête « Contexte de la Sexualité en France » (CSF) a adopté une perspective large. Elle appréhende les trois composantes de la sexualité que sont les actes, les relations et les significations, en les inscrivant à la fois dans les trajectoires individuelles, dans le contexte social, les conditions de vie et les formes prises par les rapports entre les hommes et les femmes.

Une approche de type « Santé et Sexualité » a été privilégiée en envisageant l'infection à VIH mais aussi la contraception, les IVG, les IST (Infections sexuellement transmissibles), les violences sexuelles, les dysfonctions et autres problèmes sexuels.

L'enquête comprend en outre une extension épidémiologique visant à étudier, pour la première fois en France, la prévalence de l'infection à *Chlamydiae Trachomatis* et les facteurs de risque de la contamination.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

1 - Événements et état de santé

Si oui, préciser

oui non

prévalence (stock)

incidence (flux)

mortalité

données déclarées

données mesurées

données estimées

recueil indirect (ex : carnet de santé...)

2 - Consommations de soins

Si oui, préciser

oui non

Hospitalisation

Consultations (médicales / paramédicales)

Médicaments

Renoncement

3 - Prévention (comportements, dépistages)

oui non

4 - Santé perçue oui non

Si oui, préciser: Outil de mesure : état de santé général (très bon/ bon/ moyen/ mauvais/ très mauvais)

5 - Qualité de vie oui non

Si oui, préciser: Outil de mesure : maladies chroniques, dépresses, limitations dans les activités quotidiennes

6 - Inégalités sociales de santé oui non**7 - Exposition environnementale** oui non**3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?** oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre : dépistage par auto-prélèvement urinaire (hommes) ou génital (femmes) pour l'infection à Chlamydia Trachomatis*

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non
- Santé travail oui non
- Santé environnement oui non
- Déficiences et handicaps oui non
- Santé mentale oui non
- Modes de vie oui non
- Nutrition oui non
- Relation avec le système de soins oui non
- Addictions / toxicomanies oui non
- Parcours de vie oui non
- Accidents et traumatismes oui non
- Maladies infectieuses oui non
- Vaccinations oui non
- Iatrogénie oui non
- Santé sexuelle et reproductive oui non
- Périnatalité oui non

- Maladies chroniques oui non

Si oui, préciser quelles maladies : Problèmes cardiaques ou cardio-vasculaires / Problèmes de dos, de squelette ou problèmes articulaires / Problèmes dépressifs / Diabète

3. Nomenclatures employées

Nomenclatures utilisées pour les variables sociodémographiques.

Catégorie socioprofessionnelle. Dans ce cas, nous utilisons une nomenclature particulière. Seuls celles et ceux ayant déjà travaillé sont interrogés. Ils fournissent leur profession en clair et ne s'auto-classent pas dans une des catégories socioprofessionnelles définies par l'INSEE. Par la suite, ces professions ont été recodées selon plusieurs niveaux de classification (en 24 postes, 15 postes, 9 postes, 7 postes) plus ou moins proches de ceux proposés par l'INSEE.

Niveau de diplôme. Dans ce cas, la nomenclature utilisée différencie les niveaux CAP et BEP contrairement à la nomenclature INSEE. Les individus doivent donc se classer dans l'une des catégories suivantes :

- Aucun Diplôme
- Certificat d'Etudes Primaires
- BEPC, Brevet des Collèges
- CAP
- BEP
- Baccalauréat d'enseignement technique
- Baccalauréat d'enseignement général
- Niveau Bac +2 (BTS, DUT, DEUG)
- Diplôme de l'enseignement supérieur (2^{ème}, 3^{ème} cycle, grandes écoles).

Statut matrimonial. Nous avons utilisé ici une variable classiquement utilisée :

- Marié
- Pacsé
- Célibataire
- Divorcé, séparé ou en instance de divorce
- Veuf

Variables de santé.

a. Indicateurs de qualité de vie.

- Etat de santé général : échelle allant de très bon à très mauvais ;
- Maladies chroniques : problèmes cardiaques ou cardio-vasculaires, problèmes de dos, de squelette ou problèmes articulaires, problèmes dépressifs, diabète ;
- Limitations d'activité quotidiennes (de l'enquêté et de son conjoint) ;
- Migraines ;
- Déprimés.

b. Consommations de soins.

- Consultation : fréquence des consultations d'un généraliste, d'un spécialiste ; consultation suite à une déprime ; consultation pour motif gynécologique ;
- Traitement : fréquence du traitement des maladies chroniques ; traitement, thérapie suite à une déprime ; traitement pour obtenir une grossesse ; traitement hormonal pour les femmes ménopausées ; médicament pour favoriser l'érection ;
- Renoncement aux soins médicaux
- Couverture médicale

c. Santé sexuelle et reproductive

- Infection à VIH : utilisation du préservatif dans divers contextes, dépistage du virus VIH, résultat du test => prévalence ;
- Contraception : méthode de contraception dans divers contextes ;
- Grossesses non prévues, IVG et pilule du lendemain : fréquence
- Infections sexuellement transmissibles (IST) : Chlamydia, Gonocoque, Herpès génital, papillomavirus, hépatite B, Trichomonas, Syphilis, Mycoplasme, Sida ;
- Violences sexuelles : attouchements, rapports forcés, fréquence, période, auteur(s), déclaration ;
- Dysfonctions sexuelles : type de problèmes sexuels, fréquence, répercussion(s) sur vie sexuelle, consultation, traitement
- Ménopause : âge, traitement hormonal, raisons de l'arrêt du traitement hormonal

d. Santé au travail

- Horaires nocturnes
- Travail physiquement fatigant
- Stress au travail

d. Toxicomanie.

- Consommation d'alcool ;
- Consommation de hash, d'herbe ;
- Consommation de cocaïne, ecstasy, amphétamines, héroïne ;
- Consommation de tranquillisants, somnifères ;

e. Autres

- Poids et taille de l'enquêté et de son conjoint

IV. Population observée

L'enquête CSF « Contexte de la Sexualité en France » est une enquête par sondage probabiliste en population générale. Elle a porté sur un échantillon probabiliste de 12364 personnes âgées de 18 à 69 ans interrogées par téléphone.

La population de l'enquête. Toute personne âgée de 18 à 69 ans, résidant en France métropolitaine et comprenant suffisamment bien la langue française pour être en mesure de répondre au questionnaire téléphonique était éligible. Les jeunes de moins de 18 ans n'ont pas été inclus dans l'enquête. Une des raisons est la présence possible des parents, dont l'autorisation au préalable est nécessaire. En effet, la présence des parents peut conduire les jeunes à fournir des réponses qui ne correspondent pas à la réalité de leur vie affective et

sexuelle. Plusieurs enquêtes étrangères ont limité l'âge d'inclusion à 45 ans. L'échantillon de l'enquête CSF étend la limite à 69 ans pour étudier comment la population gère sa vie affective et sexuelle dans un contexte d'allongement de la vie sexuelle.

Sélection des individus. La sélection de l'individu repose sur un sondage aléatoire en deux phases avec une post-stratification sur l'âge. Une procédure de tirage complexe a permis de constituer un échantillon de coordonnées téléphoniques couvrant les abonnés inscrits sur liste blanche et sur liste rouge. De plus, pour assurer au maximum la représentativité de l'échantillon total, les personnes qui ne disposaient que de téléphones mobiles ont également été incluses dans l'échantillon. Une fois le ménage joint, la deuxième phase consistait à sélectionner, selon la méthode anniversaire, l'individu à interroger au moment du contact téléphonique parmi l'ensemble des adultes éligibles de 18 à 69 ans habitant ce domicile. Par ailleurs, afin de pouvoir étudier avec plus de précision les comportements de la population la plus exposée ou concernée par les risques sanitaires liés à la sexualité (VIH, IST, grossesses non prévues), ainsi que les conditions d'entrée dans la sexualité, les adultes âgés de moins de 40 ans ont été sur-représentés.

Structure et taille de l'échantillon. Au total 12364 individus ont été interrogés dont 2752 (22.3%) sur liste rouge et 304 qui ne disposaient que d'un téléphone mobile. Cet échantillon comprend 6824 femmes et 5540 hommes. Il comprend 15.1% de jeunes de moins de 25 ans, 49.5% de femmes et d'hommes âgés entre 25 et 39 ans et 35.4% entre 40 et 69 ans (Tableau 1). Les données ont ensuite été redressées de manière à pouvoir établir des estimateurs représentatifs de la population dans son ensemble.

Tableau 1. Répartition par âge et sexe.

	Femmes		Hommes	
	% pondérés	Effectifs bruts	% pondérés	Effectifs bruts
18 - 19 ans	3.1%	235	3.2%	224
20 - 24 ans	9.9%	750	10.5%	663
25 - 29 ans	9.1%	864	9.4%	665
30 - 34 ans	10.5%	1141	10.9%	975
35 - 39 ans	11.4%	1346	11.4%	1126
40 - 44 ans	10.5%	462	10.5%	392
45 - 49 ans	10.7%	404	10.5%	352
50 - 54 ans	10.6%	445	10.4%	337
55 - 59 ans	9.9%	439	9.5%	304
60 - 64 ans	6.9%	356	7.3%	284
65 - 69 ans	7.4%	382	6.4%	218
Ensemble	100.0%	6824	100.0%	5540

Structure et taille de l'échantillon NatChla. Par ailleurs, l'enquête CSF a aussi pour objectif de mesurer la prévalence et d'identifier les facteurs de risque de l'infection à *Chlamydia trachomatis* en population générale. Un sous-échantillon de personnes a donc été sélectionné en vue de participer à une enquête complémentaire. Ont été sélectionnées : toutes les personnes sexuellement actives de moins de 26 ans, les personnes âgées de 26 à 44 ans qui avaient eu un nouveau partenaire ou plus d'un partenaire dans l'année, ainsi qu'un groupe

témoin sélectionné de manière aléatoire parmi les autres répondants de la tranche d'âge 26-44 ans. A la fin de l'entretien téléphonique, un dépistage par auto-prélèvement urinaire (pour les hommes) ou génital (pour les femmes) a été systématiquement proposé à ce sous-échantillon. Au total, 4957 personnes dont 2302 hommes et 2655 femmes ont effectué ce test de dépistage.

V. Diffusion

La base de données de l'enquête CSF « Contexte de la Sexualité en France » sera mise en accès libre à partir de mars 2011. D'ici là, les chercheurs voulant faire une exploitation du fichier CSF doivent envoyer un protocole d'étude aux responsables scientifiques de l'enquête CSF. Une fois le protocole validé, un membre de l'équipe scientifique de l'enquête CSF est désigné comme référent. Les chercheurs doivent alors signer une convention dans laquelle ils s'engagent à :

- ne pas céder les fichiers informatiques à aucun autre chercheur ou équipe de recherche et à ne pas les utiliser pour des formations d'étudiants jusqu'en mars 2011.
- ne publier que des résultats correspondants au projet soumis à l'équipe CSF. Toute autre analyse devra faire l'objet d'un nouveau projet et d'une validation par l'ensemble de l'équipe CSF.
- adresser à l'équipe CSF, pour avis, une version finale de l'article avant sa soumission dans une revue.
- faire apparaître les organismes ayant financé l'enquête dans chacun des papiers soumis.

Échantillon National Témoin Représentatif des personnes Diabétiques (ENTRED)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) InVS, CnamTS, RSI, Inpes, HAS

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

Suivi de cohorte par les bases médico-administratives sur 3 ans et suivi de mortalité.

- Appariement de sources administratives oui non

Tirage au sort dans les bases de données de l'Assurance maladie, extraction des données de consommation médicale, appariement avec les données du PMSI.

- Périodicité :

Année du premier recueil : 2001-2003

Année du dernier recueil : 2007-2010

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 5 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
CnamTS + RSI soit environ 90 % de la population française
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage

Au 1/97 ème puis restriction pour obtenir environ 9000 personnes diabétiques en métropole et 1000 en DOM, avec sur-échantillonnage des 3 grandes catégories socio-professionnelles du RSI.

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales : Uniquement DOM versus métropole

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON (sauf Ile de la Réunion où une étude a été réalisée auprès des médecins)
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Entred 2007-2010 a pour objectif général de répondre aux besoins d'information en santé publique des organismes financeurs. Ses objectifs spécifiques consistent en :

1. la description épidémiologique des caractéristiques et de l'état de santé des personnes diabétiques (caractéristiques socio-économiques, niveau de risque vasculaire, prévalence des complications, qualité de vie), ainsi que de la qualité de la prise en charge médicale ;
2. l'évaluation de la démarche éducative reçue par les personnes diabétiques, et proposée par leurs médecins, l'analyse du vécu et des besoins des patients et des médecins en matière d'information et d'éducation ;
3. l'évaluation économique (coût des soins et différence entre la part présentée au remboursement et celle remboursée), la description du parcours de soins (recours au médecin traitant, aux spécialistes, à l'hôpital et aux paramédicaux) et l'évaluation de la réforme de l'Affection de longue durée diabète (référentiel de prise en charge médicale, guides d'accompagnement, critères d'accès) ;
4. l'aide à l'évaluation des actions nationales et régionales diabète et des réseaux diabète en apportant des populations de référence auxquelles, par exemple, les réseaux de soins peuvent comparer celles qu'ils prennent en charge.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :**1 - Événements et état de santé** oui non*Si oui, préciser* prévalence (stock) incidence (flux) mortalité données déclarées données mesurées par les médecins soignants données estimées recueil indirect (ex : carnet de santé...)**2 - Consommations de soins** oui non*Si oui, préciser* Hospitalisation Consultations (médicales / paramédicales) Médicaments Renoncement**3****- Prévention (comportements, dépistages)** oui non**4 - Santé perçue** oui non**5 - Qualité de vie** oui non*Si oui, préciser : Outil de mesure : SF12***6 - Inégalités sociales de santé** oui non**7 - Exposition environnementale** oui non**3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?** oui non**III. Variables et nomenclatures****1. Mode de recueil** En face à face Par téléphone Auto-questionnaire Dossier administratif Fichier(s) de gestion Déclaration obligatoire Autre : questionnaires des médecins

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Si oui, préciser quelles maladies : Diabète et ses complications

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

Environ 9 000 personnes adultes sont sélectionnées aléatoirement sur la base d'environ un tiers d'une clef matriculaire (2 derniers chiffres du numéro de sécurité sociale correspondant à 1/97^{ème} de la population) parmi toutes les personnes assurées ou bénéficiaires de la CnamTS, hors sections locales mutualistes, et du RSI, domiciliées en métropole, âgées d'au moins 18 ans au 31/07/07, ayant bénéficié d'au moins trois remboursements de médicaments antidiabétiques oraux et/ou d'insuline au cours des douze derniers mois. Un sur-échantillonnage est réalisé au RSI afin de pouvoir comparer les professions libérales, les artisans et les commerçants (300 environ par catégorie socio-professionnelle). Un numéro d'anonymat Entred aléatoire est attribué à chaque personne au niveau des caisses locales d'Assurance maladie.

L'étude Entred est composée de six études successives.

1. Un suivi de consommation médicale est réalisé pendant trois années consécutives par l'Assurance maladie sur l'ensemble des 9 000 personnes de l'échantillon. Ces données sont transmises à l'InVS après anonymisation (numéro Entred) pour l'ensemble de l'échantillon Entred.

2. Une enquête hospitalière est réalisée par extraction des données hospitalières du PMSI demandées au Centi d'Evreux par les régimes d'Assurance maladie pendant trois années consécutives pour les personnes n'ayant pas refusé l'étude. Ces données sont ensuite transmises à l'InVS après anonymisation (numéro Entred).

3. Enquête praticien-conseil : Au niveau de chaque service médical local des 2 régimes d'Assurance maladie, un praticien-conseil local adresse un courrier aux personnes tirées au sort pour leur expliquer l'intérêt de l'enquête, solliciter leur participation et leur numéro de téléphone, avec enveloppe retour. Une relance postale est réalisée systématiquement en cas de non-réponse après 3 semaines. Après retour de courrier avec accord et coordonnées téléphoniques, le praticien-conseil prend contact téléphoniquement avec la personne pour expliquer les modalités de l'enquête. Le praticien-conseil propose également un questionnaire téléphonique court qui vise à 1) vérifier les critères d'inclusion, 2) caractériser les personnes ne souhaitant pas participer aux étapes suivantes et 3) valider certaines questions de l'auto-questionnaire proposé à l'étape suivante.

4. Enquête patient par auto-questionnaire : Le praticien-conseil adresse ensuite par la poste à l'ensemble des personnes (à l'exception de celles ayant exprimé leur refus) une nouvelle lettre et un auto-questionnaire détaillé ainsi qu'une demande de coordonnées des médecins qui suivent la personne pour son diabète (généraliste et/ou spécialiste), avec enveloppe retour. Les coordonnées des personnes n'ayant pas exprimé leur refus (nom, prénoms, adresse, n° Entred) constituent un fichier nominatif par caisse locale et sont transmises aux praticiens-conseils responsables de l'étude au niveau national dans chaque régime. Chaque régime transmet ensuite un fichier nominatif par régime au médecin responsable de l'étude à l'InVS.

En cas de non-réponse des patients à l'auto-questionnaire, une relance postale est alors effectuée par l'InVS. Les personnes enquêtées renvoient leur auto-questionnaire et les coordonnées de leur(s) médecin(s)-soignant(s) directement à l'InVS sous enveloppe confidentielle.

5. Enquête médecin-soignant : Pour les personnes diabétiques ayant à la fois renvoyé leur auto-questionnaire et transmis les coordonnées d'un médecin-soignant, les médecins-enquêteurs de l'InVS contactent les médecins-soignants par téléphone pour leur présenter l'étude. Un questionnaire est ensuite adressé aux médecins-soignants par la poste, suivi d'une relance téléphonique puis postale. Le retour se fait vers l'InVS sous enveloppe confidentielle T. Les médecins-soignants qui le souhaitent peuvent répondre à ce questionnaire directement au téléphone avec le médecin-enquêteur.

6. Une enquête de mortalité (statut vital et causes de décès) est réalisée après extraction des données (département, commune ou pays de naissance) du numéro inter-régime (NIR) par l'Assurance maladie pour les personnes n'ayant pas refusé de participer. Les données extraites sont transmises par les caisses nationales à l'InVS qui réalise l'enquête selon les procédures habituelles.

En DOM, seules les enquêtes téléphoniques ont été réalisées, et une enquête a de plus été réalisée à la Réunion auprès des médecins soignants.

Toutes les données sont pondérées sur la plan de sondage, et les données de questionnaires de plus sur certaines caractéristiques de la non-réponse.

V. Diffusion

Diffusion sur web (invs.sante.fr/diabete), BEH, articles
Accès sur demande auprès du comité de pilotage d'Entred

Enquête « Entrée en Vie Adulte » (EVA)

I. Source

Mise en place en 2005 par l'INSEE auprès des jeunes sortis du système scolaire parallèlement à l'enquête SUP (enseignement supérieur) réalisée côté DEPP auprès des jeunes adultes encore scolarisés dans le cadre du Panel d'élèves entrés en 6^{ème} en 1995. Un questionnaire complémentaire sur la santé a été posé en 2007 à l'ensemble des jeunes suivis par l'INSEE et la DEPP.

* DEPP : Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Education nationale)

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)
INSEE-DEPP (+ la DREES pour le questionnaire complémentaire santé)
- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s))
INSEE + DEPP + DREES, DARES, Centre Quételet...

2. Type de source

- Enquête transversale oui (pour la partie santé)
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres
 - Appariement de sources administratives oui non
- Périodicité : les enquêtes EVA et SUP sont posées aux jeunes tous les ans. Le questionnaire complémentaire santé est une enquête transversale posée seulement en 2007
- Année du premier recueil : 1995
Année du dernier recueil : 2009
Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 10-12 mois environ pour la partie INSEE, un délai plus long pour la partie DEPP

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage

Le taux de sondage de l'échantillon initial constitué en 1995 est de 1/40 soit environ 17 830 élèves. Le champ de l'enquête est l'ensemble de l'échantillon initial, non compris les décès et les départs à l'étranger. Ce champ se décompose en deux parties :

- les jeunes échantillonnés dans le panel en 1995 et qui sont sortis du système éducatif en 2005 ou avant. 3 200 d'entre eux ont répondu à la première vague d'enquête en 2005 (ils sont sortis du système éducatif en 2003 ou avant) et seront interrogés pour la 3ème fois en 2007. Et environ 1 000 jeunes ayant quitté l'école en 2004, qui seront interrogés pour la seconde fois en 2006, et 1500 environ auront quitté le système éducatif en 2005 ; ceux-là seront interrogés pour la première fois en 2007. Ceux-ci sont suivis par l'INSEE.

- les jeunes échantillonnés dans le panel en 1995 et qui sont encore à l'école en 2005. Ceux-ci sont suivis par la DEPP.

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements
- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source**1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)**

L'objectif initial du Panel était d'observer le déroulement des carrières scolaires de collégiens ayant bénéficié des réformes engagées au début des années 1990.

Depuis, les interrogations annuelles de l'enquête EVA et de l'enquête SUP veulent observer l'évolution de la situation personnelle du jeune, sa carrière scolaire et professionnelle et ses conditions de vie. Le questionnaire complémentaire sur la santé vient compléter ce panorama en apportant des informations sur le mode de vie du jeune, sa vie affective et sexuelle, sa santé mentale, ses conduites à risque, son recours et/ou renoncement aux soins et les événements de santé importants qu'il a vécu dans le passé et au cours de sa vie adulte.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

1 - Événements et état de santé

oui non

Si oui, préciser

prévalence (stock)

incidence (flux)

mortalité

données déclarées

données mesurées

données estimées

recueil indirect (ex : carnet de santé...)

2 - Consommations de soins

oui non

Si oui, préciser

Hospitalisation

Consultations (médicales / paramédicales)

Médicaments

Renoncement

3 -Prévention (comportements, dépistages)

oui non

4 - Santé perçue

oui non

Si oui, préciser : Outil de mesure : mini-module européen (avec les cinq modalités de réponse : « très bien », « bien », « moyen », « mauvais », « très mauvais » à la première question du mini-module)

5 - Qualité de vie

oui non

6 - Inégalités sociales de santé

oui non

7 - Exposition environnementale

oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

En face à face

Par téléphone

Auto-questionnaire

Dossier administratif

Fichier(s) de gestion

Déclaration obligatoire

Autre

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé travail	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé environnement	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Déficiences et handicaps	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé mentale	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Modes de vie	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Nutrition	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Relation avec le système de soins	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Addictions / toxicomanies	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

3. Nomenclatures employées

- mini-module européen (avec les cinq modalités de réponse : « très bien », « bien », « moyen », « mauvais », « très mauvais » à la première question du mini-module)
- l'audit-C pour déterminer les profils de consommation d'alcool

IV. Population observée

Des 17830 jeunes entrés en 6^{ème} en 1995, le Panel est désormais constitué d'un peu plus de 11 000 jeunes âgés en moyenne de 23 ans qui ne sont pas représentatifs des jeunes entrés en 6^{ème} en 1995 du fait de l'attrition du Panel.

V. Diffusion

L'accès aux données se fait via le centre de recherche Quételet Publications sur le site de l'Insee et de la DEPP :
<http://www.insee.fr> ; <http://ww.education.gouv.fr>

Enquête Fécondité – Contraception – Dysfonctions sexuelles (Fécond)

I. Source

1. Entité responsable

• Organisme(s) propriétaire(s)

Inserm-CESP unité 1018, Équipe Genre Santé Sexuelle et Reproductive

2. Type de source

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Enquête transversale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Cohorte, panel | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Registre | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Réseau de surveillance | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Source administrative unique | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser s'il s'agit</i> | <input type="checkbox"/> d'une source médico-administrative | |
| | <input type="checkbox"/> de données de gestion | |
| | <input type="checkbox"/> autres | |

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité :

Année du premier recueil : 06/2009 (enquête pilote)

Année du dernier recueil : de mai à septembre 2010 (enquête finale)

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte :

3. Caractéristiques de la collecte

- | | | |
|------------------------|---|---|
| - Recueil systématique | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Échantillonnage | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Plan de sondage :

Principe : La sélection des individus participants à l'enquête repose sur un sondage aléatoire en deux phases.

Élaboration de la base de sondage : L'élaboration du plan de sondage à partir de numéros de téléphone fait appel à la constitution de deux échantillons distincts selon un plan à 2 degrés : Un premier échantillon de téléphones filaires commençant par 01,02, 03, 04, 05 permettant d'inclure l'ensemble des personnes possédant une ligne fixe en 01 à 05. Cet échantillon couvre la population des abonnés à France Télécom ainsi que les détenteurs de téléphones fixes dont les numéros sont en dégroupage partiel ou total avec portage de numéros. Cet échantillon couvre partiellement la population détentrice d'un numéro de téléphone fixe en

08 ou 09. En effet, selon l'enquête pilote Fécond, 37% possédaient également une ligne en 08 ou 09 sur laquelle elles pouvaient être appelées.

Un deuxième échantillon de téléphones mobiles en 06 (et 07 si nécessaire) permettant d'inclure la population détentrice de mobiles exclusifs (qui représente environ 17% de la population des 15 à 49 ans) ainsi que les personnes possédant à la fois un mobile et une ligne fixe en 08 ou 09 sur laquelle ils peuvent recevoir des appels. L'enquête pilote Fécond a montré que 16% de ces personnes possédaient à la fois un mobile et une ligne en 08 ou 09 sur laquelle elles pouvaient être appelées. Il est donc nécessaire de tenir compte de cette nouvelle population de mobile + ligne en dégroupage total dans le plan d'échantillonnage.

La liste des téléphones filaires apurée permet de constituer un échantillon aléatoire et représentatif des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine. La liste des téléphones mobiles complète ce premier échantillon en incluant un échantillon aléatoire de personnes détentrices de mobiles exclusifs ou détentrices de mobiles et d'un numéro de fixe en dégroupage total en 08 ou 09. Les fichiers de numéros sont découpés en lots, afin d'exploiter de façon optimale et exhaustive chacun des numéros mis à disposition.

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements
- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales

Non il s'agit d'un échantillon national non conçu pour être exploité régionalement.

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

Non il s'agit d'un échantillon national non conçu pour être exploité par région.

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Quelques indicateurs (rupture contraceptive dans les 12 mois) et biographie contraceptive dans les 5 ans ont été développés de manière à pouvoir faire l'objet de comparaison avec les enquêtes menées en population générale et équivalentes aux Etats Unis (National Survey of Family Growth) et l'enquête anglaise CONTESSA.

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Ces dernières décennies ont été marquées par un changement majeur de paradigme dans le champ de la santé reproductive. D'une analyse centrée sur la santé de la femme en tant que mère, on est passé à une perspective s'intéressant aux individus impliqués dans le processus de reproduction, puis à une approche globale de la sexualité et des risques qui lui sont associés (Bonnet et Guillaume 2004). Le concept de santé sexuelle et reproductive tel qu'il est défini par l'OMS ne se limite pas à l'absence de dysfonctions, de maladies ou de problèmes de santé (infertilité, avortement, infection sexuellement transmissible (IST) etc.) mais se réfère à un *processus continu* de bien-être physique, psychologique, et socio-culturel associé à la sexualité (OMS 2004). Bien que leur prise en charge soit de plus en plus médicalisée, les questions de santé sexuelle et reproductive s'envisagent aujourd'hui dans une perspective globale et multidisciplinaire (Hart and Wellings 2002). C'est dans ce contexte de médicalisation croissante (Conrad 1992, Giami 2002) que ce projet vise à éclairer les enjeux actuels de la santé sexuelle et reproductive en France.

S'inscrivant dans la perspective de l'OMS, nous proposons d'étudier, pour la première fois en France, la santé sexuelle et reproductive comme un *processus* résultant des déterminants sociaux et médicaux qui structurent les représentations et les pratiques des femmes mais aussi celles des hommes, ainsi que les facteurs sociaux, médicaux, institutionnels qui organisent les pratiques des professionnels de santé.

De façon plus précise, la recherche vise à analyser :

- la socialisation à la contraception et le passage du préservatif à un autre mode de contraception en début de vie reproductive ;
- les normes et représentations en matière de maternité/paternité et technologies de la reproduction au regard des pratiques de santé dans ce domaine (aide médicale à la procréation, stérilisation contraceptive) ;
- les pratiques contraceptives et les conditions du choix des méthodes aux différentes étapes du cycle de vie (en particulier en période de péri-ménopause) ;
- les échecs de contraception (et la mesure de l'efficacité pratique des principales méthodes utilisées) au regard des effets secondaires des méthodes employées et de leur contexte de survenue (relationnel, préventif et procréatif) ainsi que le recours à la contraception d'urgence en cas de rapport mal ou non protégé ;
- les difficultés à concevoir et leur prise en charge: perception des problèmes de fertilité, temps écoulé, parcours de soins (médical et non médical) et impact sur la santé ;
- le suivi médical en matière de santé sexuelle et reproductive, en étudiant la question de l'accès aux soins, la nature et la fréquence du suivi gynécologique pour les femmes et les pratiques de dépistage des cancers gynécologiques. Le recours aux soins pour certaines conditions particulières telles que les symptômes de la péri ménopause, les dysfonctions sexuelles et les troubles urinaires sera également étudié.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé** oui non
Si oui, préciser
 prévalence (stock)
 incidence (flux)
 mortalité
- données déclarées
 données mesurées
 données estimées
 recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins** oui non
Si oui, préciser
 Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages)** oui non
- 4 - Santé perçue** oui non
 Outil de mesure : état de santé général ressenti
- 5 - Qualité de vie** oui non
 Outil de mesure : niveaux de vie, maladies chroniques, dysfonctions sexuelles
- 6 - Inégalités sociales de santé** oui non
- 7 - Exposition environnementale** oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures**1. Mode de recueil**

- En face à face
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé travail	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé environnement	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Déficiences et handicaps	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé mentale	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Modes de vie	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Nutrition	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Relation avec le système de soins	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Addictions / toxicomanies	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Si oui, préciser quelles maladies : maladies cardio-vasculaires, maladies gynécologiques, infections sexuellement transmissibles déclarées, cancer du sein, diabète

3. Nomenclatures employées

Sociodémographie

• Statut matrimonial

Marié(e)
Pacsé
Célibataire
Divorcé(e)
Veuf (ve)

• Niveau d'éducation des parents

Primaire (2 à 10 ans) ou jamais scolarisé
Secondaire (11 à 18 ans)
Supérieur (18 ans et plus)

• Niveau de diplôme

Sans diplôme
Certificat d'étude (primaire)
CAP (Certificat d'Aptitude Professionnelle)
Brevet simple ; BEPC, brevet des collèges
BEP (Brevet d'Enseignement Professionnel)
Baccalauréat d'enseignement technique
Baccalauréat d'enseignement général
Diplôme de l'enseignement supérieur de 1^e cycle (BTS, DUT, instituteur, infirmier, DEUG, licence)
Diplôme de l'enseignement supérieur de 2^e ou 3^e cycle (Maîtrise, M1, Master 2, DESS, DEA, Doctorat)

• Catégorie socioprofessionnelle

Dans ce cas, nous utilisons une nomenclature particulière. Seuls celles et ceux ayant déjà travaillé sont interrogés. Ils fournissent leur profession en clair et ne s'auto-classent pas dans une des catégories

socioprofessionnelles définies par l'INSEE. Par la suite, ces professions doivent être recodées selon plusieurs niveaux de classification plus ou moins proches de ceux proposés par l'INSEE.

Qualité de vie

• *Revenus du foyer*

Moins de 1000 €
de 1000€ à 1500€
de 1500€ à 2500€
de 2500€ à 3500€
de 3500€ à 4500€
plus de 4500€

• *Etat de santé général*

Échelle allant de très bon à très mauvais

• *Maladies chroniques*

Maladies cardio-vasculaires, maladies gynécologiques, IST virales, cancer du sein, diabète

• *Migraines*

• *Pertes urinaires*

Relation avec le système de soins

• *Consultation*

Fréquence des consultations d'un généraliste, d'un gynécologue ; consultation pour raisons gynécologiques ; consultation pour difficultés à avoir un enfant

• *Traitement*

Traitement pour obtenir une grossesse (+ impact psychologique et social ressenti) ; traitement hormonal pour les femmes ménopausées, traitement pour dysfonctions sexuelles, intervention sur utérus, col de l'utérus, seins, ovaires ou trompes

• *Tests/examens/vaccination*

Frottis ; dépistage VIH ; dépistage autres IST ; tests de grossesse ; mammographie/échographie ; vaccination HPV

• *Couverture médicale*

Sécurité sociale seulement (ou MSA)

Sécurité sociale (ou MSA) avec une mutuelle ou assurance

CMU (Couverture Médicale Universelle), AME ou sans couverture

• *Remboursements*

Remboursement de la contraception

Santé sexuelle et reproductive

• *Histoire contraceptive*

Méthodes de contraception utilisées dans la vie, méthodes utilisées au cours des 5 ans et méthode actuelle, contraception au premier rapport, et contraception avec les deux premiers partenaires dans la vie

• *Histoire génésique*

Historique de toutes les grossesses, durée, issue, IVG, grossesses non prévues, difficultés pour obtenir une grossesse, consultations, traitements pour obtenir la grossesse

• *Infections sexuellement transmissibles (IST) et Infection à VIH*

Utilisation du préservatif dans divers contextes, (premier rapport, dernier rapport, utilisation avec le premier et second partenaire) , IST déclarée dans les 5 ans, dépistage du virus VIH, vaccination et opinion sur la vaccination HPV

• *Dysfonctions sexuelles*

Type de problèmes sexuels, gêne, consultation, traitement

• *Periménopause/Ménopause*

Symptômes en rapport avec la période de péri-ménopause (bouffées de chaleur, troubles des règles)
traitement hormonal

Autres

- *Poids et taille de l'enquêté*
- *Consommation de tabac*
- *Opinion*

Sur la contraception, sur l'accès aux traitements de l'infertilité et sur les tests génétiques sur l'embryon.

IV. Population observée :

Il s'agit d'une enquête nationale transversale téléphonique auprès d'un échantillon aléatoire représentatif de la population générale, âgée de 15 à 49 ans vivant en France métropolitaine. Le questionnaire est posé à 5000 femmes et 3000 hommes.

Critère d'éligibilité et sélection des individus : femmes et hommes âgés de 15 à 49 ans parlant le français et vivant en France Métropolitaine. Une personne par numéro de téléphone appelé sera sélectionnée aléatoirement pour répondre à l'enquête. Seules les personnes appelées au numéro de téléphone de leur résidence principale seront incluses dans l'étude (les numéros correspondants à une résidence secondaire ou à un numéro professionnel seront considérés hors champ)

Le sujet éligible ne peut en aucun cas être remplacé par un autre éligible d'un même foyer. En cas de refus, quelques questions sont proposées afin de caractériser les refus (nombre de femmes et d'hommes âgés de 15 à 49 ans habitant dans le foyer ou détenteur du téléphone mobile sélectionné, raisons du refus). Dans le cas des numéros de téléphones filaires en 01 à 05 (correspondant à des foyers), les individus sont sélectionnés aléatoirement au sein du foyer selon la méthode Kish. Il s'agit de choisir au hasard un individu parmi toutes les personnes éligibles du foyer. Dans le cas de personnes contactées sur leur mobile (échantillons de mobiles), seul les détenteurs de mobiles sans numéro de téléphone fixe personnel en 01, 02, 03, 04, 05, sont inclus dans l'échantillon de l'étude. En cas d'utilisateurs multiples d'un même numéro de portable, un individu parmi tous les utilisateurs habituels de ce portable et ne possédant pas de ligne fixe en 01 à 05 est sélectionné aléatoirement selon la méthode Kish.

V. Diffusion

Les membres de l'équipe de recherche du projet FECOND auront accès au fichier de données anonymisées (aucune mention du lieu de résidence des personnes interrogées, seules données indirectement nominatives) durant toute la période de traitement des données.

La base de données sera mise à disposition des chercheurs qui en feront la demande à l'équipe de recherche après un délai de 2 ans :

les chercheurs voulant faire une exploitation du fichier devront envoyer un protocole d'étude aux responsables scientifiques de l'enquête FECOND. Une fois le protocole validé, un membre de l'équipe scientifique de l'enquête sera désigné comme référent. Les chercheurs devront alors signer une convention dans laquelle ils s'engagent à :

- ne pas céder les fichiers informatiques à aucun autre chercheur ou équipe de recherche et à ne pas les utiliser pour des formations d'étudiants jusqu'en ??.

- ne publier que des résultats correspondants au projet soumis à l'équipe FECOND. Toute autre analyse devra faire l'objet d'un nouveau projet et d'une validation par l'ensemble de l'équipe FECOND.

faire apparaître le groupe FECOND dans les auteurs (avec en renvoi, les membres de l'équipe) pour rendre compte du travail fourni par l'équipe dans l'élaboration des données.

adresser à l'équipe, pour avis, une version finale de l'article avant sa soumission dans une revue.

faire obligatoirement apparaître les organismes ayant financé l'enquête dans chacun des papiers soumis.

Enquête Handicap Santé 2008-2009 (HS) en deux volets : Handicap Santé en Ménages (HSM 2008) Handicap Santé en Institutions (HSI 2009)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)

INSEE et DREES sont co-maîtrise d'ouvrage. Il faut s'adresser à l'INSEE pour signer la convention d'accès aux données.

- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s)) : liste des destinataires fixée par arrêté.

2. Type de source

- | | | |
|--------------------------------|---|---|
| - Enquête transversale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Cohorte, panel | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Registre | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Réseau de surveillance | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Source administrative unique | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

Si oui, préciser s'il s'agit

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> d'une source médico-administrative |
| <input type="checkbox"/> de données de gestion |
| <input type="checkbox"/> autres |

- Appariement de sources administratives oui non

L'enquête Handicap-Santé est appariée avec les consommations de soins de la CNAM-TS (données du SNIIR-AM)

Année du premier recueil : 1960-61

Année du dernier recueil : 2008-2009 (dominante handicap, santé en mineure), 2002-2003 pour la dernière enquête à dominante Santé

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 12 mois pour un premier fichier de production et de recherche, A + 2 4 mois pour un fichier comprenant également l'appariement avec les données de l'assurance maladie (SNIIR-AM).

Enquête 2007 sur les recours à l'IVG

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) DREES
- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s))
DREES INED-INSERM

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : enquête unique

Année du premier recueil : 2007

Année du dernier recueil : -

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 24 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage

200 établissements tirés.

Le nombre d'interventions attendues atteint 13 500 en incluant les extensions. Le mode de sondage est un tirage aléatoire stratifié à un degré : tous les établissements pratiquant plus de 1 000 IVG par an, 40 % des établissements pratiquent entre 250 et 1 000 IVG par an, et 20 % des établissements pratiquant moins de 250 IVG par an seront enquêtés.

Tous les praticiens effectuant des IVG dans les établissements appartenant à l'échantillon et tous les praticiens ayant établi une convention avec l'un de ces établissements sont inclus dans l'enquête.

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage

L'enquête Handicap-Santé en Ménages (HSM 2008) couvre la plus grande partie de la population, celle qui vit en ménage ordinaire. L'enquête Handicap-Santé en Institution (HSI 2009) la complète en interrogeant les personnes qui vivent dans des institutions telles que les maisons de retraite, EHPAD, unités de soins de longue durée, établissements psychiatriques, MAS, FAM, Centre d'hébergements et de réinsertion sociale. Les établissements pour enfants, les prisons ou les couvents par exemple sont toutefois exclus.

Les personnes en situation de handicap sont surreprésentées dans HSM 2008, grâce à une enquête filtre qui a permis de les repérer : l'enquête Vie Quotidienne et Santé (VQS). La base de sondage de l'enquête HSM 2008 est donc constituée des répondants de l'enquête VQS (environ 250 000 personnes). Quelques questions de VQS permettent de construire 4 groupes de handicap, selon la sévérité de celui-ci. La base de sondage est alors stratifiée sur ces 4 groupes de handicap croisé avec un critère géographique : les départements ou regroupements de départements (11 groupes géographiques). Enfin, 37 000 personnes environ sont échantillonnées, pour 28 500 répondants.

L'enquête en institutions (HSI) comporte une stratification des établissements selon leur type (maisons de retraite, EHPAD, USLD, établissements psy, CHRS, MAS, FAM, ...) et sur le critère public/privé (11 strates finales). Ensuite, 6 à 8 personnes par institution seront enquêtées pour viser un échantillon de 8 200 répondants.

Un poids de sondage est calculé à partir d'HSM, et un autre poids est calculé à partir de la compilation d'HSM et d'HSI. Le poids de sondage est recalculé pour tenir compte de la non-réponse.

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements
- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

Extension régionale dans le Nord, Pas-de-Calais, Hauts-de-Seine, Rhône, Guadeloupe et Martinique.

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international
 Le projet d'enquête Européen Ehis fera l'objet d'un règlement dès 2012 pour une enquête quinquennale obligatoire dès 2014

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

L'office européen de statistique, Eurostat, a lancé un projet d'harmonisation des statistiques de santé entre les pays européens (règlement cadre de décembre 2008). Les États-membres devront fournir régulièrement des données de santé déclaratives selon un protocole et un questionnaire harmonisés. La partie santé du questionnaire de l'enquête Handicap-Santé 2008-2009 a servi notamment à tester le projet de questionnaire européen. Les indicateurs de santé retenus par l'Union Européenne couvrent la santé déclarée : le mini-module, les limitations physiques (difficultés à marcher, lever le bras, ...), sensorielles (difficultés de vue, d'audition) et les limitations dans la vie quotidienne (difficultés à faire sa toilette, à s'habiller, à faire des courses). Ils couvrent également le recours aux soins : consultations de professionnels de santé, consommation de médicaments, dépistages. Ils couvrent enfin les déterminants de la santé : consommation d'alcool, de tabac, habitudes alimentaires, activité physique ou Indice de Masse Corporelle. L'enquête européenne inclut également des informations sociodémographiques.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | |
|---|--|
| <p>1 - Événements et état de santé
<i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
 <input checked="" type="checkbox"/> <i>prévalence (stock)</i>
 <input type="checkbox"/> <i>incidence (flux)</i>
 <input type="checkbox"/> <i>mortalité</i></p> |
| <p>2 - Consommations de soins
<i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> données déclarées
 <input type="checkbox"/> données mesurées
 <input type="checkbox"/> données estimées
 <input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
 <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation
 <input checked="" type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales)
 <input checked="" type="checkbox"/> Médicaments (avec l'appariement SNIIR-AM)
 <input checked="" type="checkbox"/> Renoncement</p> |
| <p>3 - Prévention (comportements, dépistages)</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> |
| <p>4 - Santé perçue</p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> |
- Si oui, préciser* : Outil de mesure : mini-module européen de Santé

5 - Qualité de vie oui non

Si oui, préciser : Outil de mesure : SF -12

6 - Inégalités sociales de santé oui non

7 - Exposition environnementale oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire* (une partie du questionnaire seulement : qualité de vie, alcool, tabac)
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre*

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non
- Santé travail oui non
- Santé environnement oui non
- Déficiences et handicaps oui non
- Santé mentale oui non
- Modes de vie oui non
- Nutrition oui non
- Relation avec le système de soins oui non
- Addictions / toxicomanies oui non
- Parcours de vie oui non
- Accidents et traumatismes oui non
- Maladies infectieuses oui non
- Vaccinations oui non
- Iatrogénie oui non
- Santé sexuelle et reproductive oui non
- Périnatalité oui non
- Maladies chroniques oui non

Si oui, préciser quelles maladies :

Maladies ou problèmes cardio-vasculaires

- 1 : Infarctus du myocarde
- 2 : Maladies des artères coronaires, angine de poitrine, angor (hors infarctus du myocarde)
- 3 : Hypertension artérielle
- 4 : Accident vasculaire cérébral, attaque cérébrale (hémorragie cérébrale, thrombose cérébrale)
- 5 : Insuffisance cardiaque
- 6 : Artérite des membres inférieurs (maladie des artères)
- 7 : Varices, ulcères variqueux, insuffisance veineuse
- 8 : Troubles du rythme
- 9 : Hémorroïdes

Cancer(s)

- 10 : Cancer (toutes les tumeurs malignes y compris les leucémies et les lymphomes)

Maladies respiratoires

- 11 : Asthme (y compris l'asthme d'origine allergique)
- 12 : Bronchite chronique, broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème
- 13 : Rhinite allergique (rhume des foins), conjonctivite allergique

Maladies ou problèmes concernant les os et les articulations

- 14 : Lombalgies (douleurs des reins) et autres atteintes chroniques du dos
- 15 : Cervicalgies (douleurs du cou) et autres anomalies cervicales chroniques
- 16 : Scoliose, cyphose, déformations de la colonne vertébrale
- 17 : Polyarthrite rhumatoïde
- 18 : Autres arthrites (inflammation des articulations)
- 19 : Arthrose du genou (dégénérescence des articulations)
- 20 : Arthrose de la hanche
- 21 : Arthrose autres localisations
- 22 : Ostéoporose

Maladies ou problèmes digestifs

- 23 : Ulcère de l'estomac ou du duodénum
- 24 : Cirrhose du foie, maladie chronique du foie
- 25 : Allergies alimentaires

Maladies endocriniennes et métaboliques

- 26 : Diabète
- 27 : Problèmes thyroïdiens (hyperthyroïdie, hypothyroïdie, goitre)

Maladies ou problèmes neurologiques

- 28 : Maux de têtes importants, migraines
- 29 : Epilepsie
- 30 : Maladie d'Alzheimer et autres maladies du même type
- 31 : Maladie de Parkinson
- 32 : Sclérose en plaque

Maladies ou problèmes psychiques ou mentaux

- 33 : Anxiété chronique
- 34 : Dépression chronique
- 35 : Autisme
- 36 : Schizophrénie
- 37 : Trisomie 21

Maladies ou problèmes urinaires ou génitaux

38 : Incontinence urinaire (fuites urinaires)

39 : Calcul urinaire

40 : Cystites, infections urinaires fréquentes

41 : Adénome de la prostate

Maladies ou problèmes de peau

42 : Psoriasis

43 : Allergies cutanées, eczéma,

44 : Escarres

Maladies ou problèmes oculaires

45 : Cataracte

46 : Glaucome

47 : Strabisme

Autres maladies

48 : Blessures ou séquelles permanentes causées par un accident

49 : Autres troubles neurologiques

50 : Autres troubles psychiques ou mentaux

51 : Autre(s) maladie(s)

3. Nomenclatures employées

Catégorie Sociale (CS)

Nomenclatures ad hoc créées pour l'enquête (carte des maladies, carte des déficiences, ...)

Alcoolisation : AUDIT-C et DETA

Qualité de vie : SF12

Handicap : AGGIR, Colvez, Katz

IV. Population observée

L'échantillon de HSM comporte 28 500 observations, les personnes en situation de handicap sont surreprésentées. L'échantillon d'HSI contiendra environ 9 000 personnes pour environ 1 500 institutions répondantes. Ils ont pour vocation à être représentatif de la population française vivant en ménage ordinaire (HSM) et de l'ensemble de la population française (HSM et HSI). Ils sont donc calés sur la structure de la population française par sexe, tranches d'âge et CS.

V. Diffusion

Les fichiers de production et de recherche sont accessibles aux chercheurs du groupe d'exploitation qui auraient signé la convention d'accès auprès de l'INSEE. Les FPR définitifs et anonymisés seront mis à disposition du centre Quételet.

Enquête Handicap Santé Aidants informels 2008 (HSA 2008)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) DREES
- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s))
Financeurs : CNSA, NOVARTIS, CNAV, CNAF, FMNF.
Laboratoires de recherches travaillant actuellement sur le sujet (CEE, INSERM).

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres
 - Appariement de sources administratives oui non
- Périodicité : enquête ponctuelle
Année du premier recueil : -
Année du dernier recueil : -
Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A+24 mois pour le fichier de production et de recherche.

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage :

Le champ de l'enquête HSA est celui des personnes de 16 ans ou plus aidant, pour des raisons de santé ou de handicap, une personne âgée de 5 ans ou plus de leur entourage vivant en logement ordinaire.

a) Niveau aidé

L'enquête Handicap/Santé « ménages » (HSM) constitue la base de sondage de l'enquête HSA. Plus précisément, il s'agit des personnes de 5 ans ou plus aidées par leur entourage (aide matérielle, aide financière, soutien moral, etc.) pour raison de santé ou de handicap.

Sont retenues, dans l'échantillon, toutes les personnes du champ interrogées dans HSM au titre de l'échantillon national (hors extensions départementales de l'échantillon de HSM).

b) Niveau aidant

Les personnes enquêtées dans HSA sont tous les aidants de l'entourage (famille, amis, voisins, etc.) de 16 ans et plus prodiguant de l'aide (matérielle, financière, soutien moral, etc.) et déclarés par les personnes définies ci-dessus.

Lorsque les personnes interrogées dans le volet « ménages » de l'enquête Handicap-Santé indiquent qu'elles sont aidées par des non-professionnels, sont demandées :

- dans un premier temps, la liste de leurs aidants avec une rapide description de ces aidants et de la nature de leur aide ;
- dans un second temps, les coordonnées de ces aidants.

Dans l'enquête Handicap-Santé, on a fixé à 10 le nombre maximum d'aidants listés pour une personne aidée². Néanmoins, l'enquêté doit également déclarer le nombre de personnes qui l'aident non citées dans la liste précédente, en distinguant les aidants cohabitants des aidants non-cohabitants.

Pour chacun des aidants listés par la personne aidée, l'enquêteur demande l'autorisation d'utiliser les coordonnées pour réaliser l'enquête HSA pour :

- tous les aidants ne cohabitant pas avec l'aidé figurant dans la liste ;
- au maximum 3 aidants cohabitant avec l'aidé figurant dans la liste. Les 3 aidants cohabitants sont les 3 premiers cités dans la liste.

Ainsi, le nombre d'aidants interrogés par personne aidée est limité à un maximum 10 aidants, parmi lesquels un maximum de 3 aidants cohabitants.

c) Cas particulier

Deux situations ont pu être rencontrées dans HSM :

1er cas : cas d'une seule personne interrogée dans l'enquête Handicap-Santé déclarant être aidée au sein du ménage

L'enquêteur de HSA interroge tous les aidants dont les coordonnées ont été fournies par la personne aidée selon les règles présentées ci-dessus..

2nd cas : cas de deux personnes vivant dans le même ménage interrogées dans l'enquête Handicap-Santé et déclarant toutes deux être aidées

L'enquête Handicap-Santé-Ménage (HSM) prévoit d'interroger jusqu'à deux personnes du même ménage.

Pour ne pas multiplier les entretiens auprès d'un même aidant dans le cas où deux personnes HSM d'un même ménage se déclarent aidées, un tirage au sort détermine l'unique personne aidée dont le réseau d'aide sera enquêté. La personne aidée enquêtée est celle dont la date du prochain anniversaire est la plus proche de la date de collecte, et en cas d'ex-æquo le premier par ordre alphabétique du prénom.

Ainsi, un seul jeu d'adresses d'aidants par ménage est enquêté.

² Si la personne a plus d'aidants que ne le prévoit le protocole, c'est-à-dire plus de 10 aidants au total, c'est l'aidé qui choisit les 10 aidants qui seront décrits. Il n'y a donc pas de tirage aléatoire mais un classement subjectif fait par l'aidé. La limite de 10 aidants a été fixée lors de la conception du questionnaire HSM à partir des résultats de l'enquête Handicap-Incapacités-Dépendance (HID, 1999), où 97% des enquêtés étaient aidés par moins de quatre aidants non professionnels (cohabitants ou non) ; ce qui représentait 92 % des aidants déclarés.

Ce tirage se fait à l'issue de l'enquête HSM. Toutes les données de HSM (y compris la liste des aidants) sont donc collectées pour ces deux personnes.

Au final, 8 279 personnes sont aidées dans l'échantillon de l'enquête HSM.

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
Extension régionale dans le Nord, Pas-de-Calais, Hauts-de-Seine, Rhône, Guadeloupe et Martinique

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

L'enquête permet des comparaisons européennes dans la mesure où quelques questions sur la santé des aidants sont posées aussi au niveau Européen (mini-module).

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

L'objectif général de l'enquête peut être décomposé en cinq grands sous-objectifs :

- dresser un portrait des aidants de l'entourage,
- connaître la configuration de l'aide et les conditions de son exercice,
- voir comment l'activité de l'aidant se concilie avec celle des autres aidants,
- saisir les conséquences de l'aide sur la vie de l'aidant et les besoins qui en découlent,
- et enfin de mieux comprendre les arbitrages économiques en jeu dans la relation d'aide.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

Remarque : la source n'a pas été construite spécifiquement pour renseigner les thématiques de santé. La santé des aidants est appréhendée à travers le module E du questionnaire.

1 - Événements et état de santé

Si oui, préciser

oui non

prévalence (stock)

incidence (flux)

mortalité

données déclarées

données mesurées

données estimées

recueil indirect (ex : carnet de santé...)

2 - Consommations de soins

Si oui, préciser

oui non

Hospitalisation

Consultations (médicales / paramédicales)

Médicaments (consommation de médicaments pour les nerfs, pour dormir)

Renoncement

3 - Prévention (comportements, dépistages)

oui non

4 - Santé perçue

oui non

Si oui, préciser : Outil de mesure : Mini-module européen de Santé

5 - Qualité de vie

oui non

Si oui, préciser : Outil de mesure : des questions sur la qualité de vie de l'aidant mais pas de reprise d'outil de mesure validé en santé publique.

6 - Inégalités sociales de santé

oui non

7 - Exposition environnementale

oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

En face à face

Par téléphone

Auto-questionnaire (une partie du questionnaire seulement : qualité de vie, alcool, tabac)

Dossier administratif

- Fichier(s) de gestion
- Déclaration obligatoire
- Autre

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé travail	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé environnement	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Déficiences et handicaps	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé mentale	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Modes de vie	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Nutrition	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Relation avec le système de soins	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Addictions / toxicomanies	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Si oui, préciser quelles maladies : dans HSA, on interroge sur l'existence ou non d'une maladie chronique mais on ne pose pas de question plus approfondie pour connaître la nature de la maladie.

3. Nomenclatures employées

Catégorie Sociale (CS)

IV. Population observée

L'échantillon est composé de 4 569 personnes aidées et 9 286 liens aidé-aidants. L'enquête HSA repose sur la déclaration de 4879 aidants (questionnaire complet). L'échantillon est représentatif de la situation nationale des aidants non-professionnels aidant un proche âgé de 5 ans ou plus pour des raisons de santé ou un handicap.

V. Diffusion

Les Fichier de production et de recherche anonymisé seront mis à disposition du centre Maurice Halbwach (ex-Quetelet) à partir du premier semestre 2010.

Huit régions et un département ont souhaité étendre le champ de l'enquête de façon à avoir une représentativité régionale (ou départementale) de leurs résultats. Dans ces zones le champ de l'enquête sera étendu à 8 semaines complètes pour l'ensemble des recours à l'IVG, parfois en augmentant le nombre d'établissements tirés au sort pour faire partie de l'échantillon.

Représentativité géographique : Les données ne pourront être exploitées au niveau local que dans les régions ayant réalisé une extension de l'enquête : Guadeloupe, Réunion, Corse, Centre, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Nord-Pas de Calais, Alsace, Midi-Pyrénées, ainsi que pour le département du Rhône.

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements
- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales (uniquement pour le département du Rhône)
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Cette enquête a pour objet :

- la description des conditions d'accès et de prise en charge à l'interruption de grossesse,
- la description des filières de prises en charge,
- les caractéristiques socio-démographiques des femmes et les caractéristiques de l'intervention, en particulier pour les mineures et les interruptions de grossesses médicamenteuses réalisées en cabinet
- les modalités de prise en charge financières de l'IVG.
- les antécédents de grossesse et d'IVG
- l'utilisation d'une contraception par les femmes ayant eu recours à une IVG

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser prévalence (stock)
 incidence (flux)
 mortalité
 données déclarées
 données mesurées
 données estimées
 recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins oui non
Si oui, préciser Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages) oui non
- 4 - Santé perçue oui non
- 5 - Qualité de vie oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé oui non
- 7 - Exposition environnementale oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

Questionnaire rempli par le Médecin à partir du dossier médical

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé travail	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé environnement	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Déficiences et handicaps	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé mentale	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Modes de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Nutrition	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Relation avec le système de soins	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Addictions / toxicomanies	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

Environ 13 000 IVG enquêtées (pour 220 000 IVG annuelles d'après la SAE)

V. Diffusion

Fichier anonyme exploité par DREES, INED-INSERM

Enquête nationale auprès des usagers des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques (ENa-CAARUD)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) :
OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies)
En coopération avec la Direction générale de la Santé

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit*
 - d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres (préciser)
- Appariement de sources administratives oui non
- Périodicité : Tous les deux ans

Année du premier recueil : 2006

Année du dernier recueil : 2008

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A +/-14 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non

Si oui, indiquer le taux de couverture (exhaustivité) :

Recueil exhaustif une semaine donnée. 100 % des CAARUD en activité sont tenu de participer à l'enquête. Les CAARUD dont l'activité se déroulent uniquement en milieu festif et qui n'ont pas eu de sortie la semaine de recueil ne sont pas représenté (marginal) Le taux de réponse des usagers, après exclusion des doublons, suspicions de doublons et des questionnaires invalides est estimé à 72,8 %.

- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales
Effectifs non suffisant pour des comparaisons régionales. Comparaisons entre inter- région possibles.

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Un projet d'harmonisation au plan européen est en réflexion.
Actuellement, l'outil a été adopté par la Pologne.

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Outil intégré au système d'information sur les usagers de drogues (qui comprends les Enquêtes en population générales, le système d'information chez les usagers traité, le système de veille TREND...).

Le suivi de l'ensemble des sources d'information permet d'observer les tendances en termes de situation des usagers, de pratiques, de conséquences de l'usage...

Les CAARUD reçoivent une part importante d'usagers précaires et/ou non insérés encore dans un processus de soins, disposent d'unités mobiles qui se déplacent vers les usagers et d'équipes d'intervention en squat.

Ces données permettent donc de suivre des groupes d'usagers de drogues non récréatifs, actifs et plutôt précaires.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser prévalence (stock)
 incidence (flux)
 mortalité
 données déclarées

- 2 - Consommations de soins**
Si oui, préciser
- données mesurées
 - données estimées
 - recueil indirect (ex : carnet de santé...)
 - oui non
 - Hospitalisation
 - Consultations (médicales / paramédicales)
 - Médicaments
 - Renoncement

Données déclarées.

Les consultations concernent uniquement le VHC et le VIH

- 3 - Prévention (comportements, dépistages)** oui non
- 4 - Santé perçue** oui non
- 5 - Qualité de vie** oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé** oui non
- 7 - Exposition environnementale** oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

Une enquête multisite qui la précédait a été utilisée (Bio PRELUD)

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre*

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non
- Santé travail oui non
- Santé environnement oui non
- Déficiences et handicaps oui non
- Santé mentale oui non
- Modes de vie oui non
- Nutrition oui non
- Relation avec le système de soins oui non
- Addictions / toxicomanies oui non
- Parcours de vie oui non

- Accidents et traumatismes	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non (surdoses)
- Maladies infectieuses	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

N définitif = 3000 environ, recueil ; exhaustif une semaine donnée,

Population masculine à 80 %. Part des femmes beaucoup plus importante chez les jeunes générations (parité en dessous de 20 ans).

La moitié a au moins 35 ans, 20 % ont moins de 25 ans.

Plutôt précaires : La moitié a des conditions de logement instable, 1 sur 3 est SDF ou vit en squat.

La moitié dispose d'un revenu social, ¼ n'a aucun revenu (hors prostitution, manche, deal...). 5 % n'ont aucune couverture santé. 17.4 % ont été incarcéré dans les 12 mois précédents.

Au cours du mois précédent, 72 % ont pris du cannabis, 63 % de l'alcool, 69 % des opiacés, 51 % des stimulant ...46 % ont utilisé l'injection...

6 % des injecteurs/vie se déclarent positif au VIH et 36 % au VHC

V. Diffusion

- Une part des données est insérée dans le rapport TREND de l'OFDT (éventuellement avant la sortie du rapport)
- Sortie d'un rapport ad hoc

Enquête Nationale Périnatale (ENP)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) DREES, INSERM, DGS

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
 - d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : enquête triennale puis devenue quinquennale

Année du premier recueil : 1995

Année du dernier recueil : 2003

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 15 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non

Echantillon exhaustif de toutes les naissances une semaine donnée (du 15 au 21 mars 2010), en métropole et DOM

- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique :
 - France métropolitaine
 - DOM
 - Plusieurs régions
 - Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON

Systématiques (l'ensemble des régions)

Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Une des rares sources pour prématurité, utilisée dans les comparaisons internationales (Travaux Euro-Péristat)

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Les objectifs de cette enquête sont de :

- connaître les principaux indicateurs de l'état de santé, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement et les facteurs de risque périnatal ; il sera ainsi possible de suivre leur évolution à partir des enquêtes nationales antérieures (1995, 1998 et 2003) ;
- fournir un échantillon national auquel on pourra comparer les données départementales ou régionales provenant d'autres sources ;
- apporter des informations pour guider les décisions en santé publique et évaluer les actions de santé dans le domaine périnatal.

4 volets : femme, dossier médical, praticien, structures

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | |
|--|---|
| <p>1 - Événements et état de santé</p> <p><i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input type="checkbox"/> prévalence (stock)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> incidence (flux)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> mortalité</p>
<p><input checked="" type="checkbox"/> données déclarées</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> données mesurées</p> <p><input type="checkbox"/> données estimées</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...)</p> |
| <p>2 - Consommations de soins</p> <p><i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales)</p> <p><input type="checkbox"/> Médicaments</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Renoncement</p> |

3 - Prévention (comportements, dépistages)

- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| 4 - Santé perçue | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 5 - Qualité de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 6 - Inégalités sociales de santé | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 7 - Exposition environnementale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre : une partie issue du dossier médical

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

Environ 15 000 femmes venant d'accoucher enquêtées

V. Diffusion

Fichier exploité par la DREES et l'INSERM

Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)
IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé)
- Organisme(s) exploitant la source DREES, CNAMTS, RSI, MSA, InVS, INED

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 Si oui, préciser s'il s'agit d'une source médico-administrative
 de données de gestion
 autres
- Appariement de sources administratives oui non
 Les informations individuelles recueillies par enquête sont appariées avec les prestations de l'Assurance maladie.
- Périodicité : bi-annuelle
 Année du premier recueil : 1988
 Année du dernier recueil : 2010
 Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 12 mois pour les membres du conseil scientifique, A + 24 mois pour les autres.

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage :

L'échantillon maître est constitué de trois fichiers d'assurés des trois grandes caisses d'assurance maladie : CNAMTS, RSI et MSA. Il s'agit d'une extraction au 1/600ème environ des assurés de chacun des régimes. Ces trois fichiers sont issus de tirages basés sur le numéro d'identifiant national (NNI). La CNAMTS effectue un tirage parmi ses assurés, selon le principe suivant : l'assuré est né en octobre et 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.

Le RSI et la MSA reprennent ce principe de tirage, en y adjoignant chacun un sous-échantillon construit sur une condition spécifique.

L'enquête ESPS utilise la moitié de l'échantillon maître, ¼ tous les deux ans. L'autre moitié est un échantillon de réserve qui permet des analyses plus robustes statistiquement sur les données d'Assurance maladie. Il est utilisé par l'Irdes depuis 2006 pour constituer un sur-échantillon de bénéficiaires de la CMU.

L'assuré tiré dans l'EPAS par l'Assurance maladie – on parle d'assuré principal - n'est pas enquêté seul. L'enquête s'étend à l'ensemble de son ménage. Au total sont compris dans l'échantillon

ESPS, quand ils répondent, l'assuré principal, ses ayants droit cohabitants, les autres membres du ménage (conjoint lui-même assuré social, ayant droit du conjoint, ayant droit d'un assuré hors ménage, autre assuré, etc.)

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international
Santé : santé générale (mini-module européen), module de questions sur les incapacités, consommation d'alcool (AUDIT-C), santé mentale (MH5).

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Les objectifs de l'enquête sont multiples.

En premier lieu, ESPS permet d'étudier les liens existant au niveau individuel entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut socio-économique. Ceci permet de mener de nombreuses analyses portant sur l'équité du système

de santé et d'éclairer l'action publique en participant à l'évaluation des politiques publiques, qu'elles soient directement ou indirectement liées à la santé.

ESPS se veut aussi un outil réactif pour les chercheurs en sciences sociales, qui permet de tester de nouvelles hypothèses de recherche sur données françaises.

ESPS est aussi un outil d'information en santé publique. Elle permet d'évaluer de façon exploratoire les prévalences d'affections en l'absence d'instruments spécifiques ou de sources exhaustives, ce à partir du recueil détaillé de la morbidité.

ESPS constitue enfin une source de données unique sur l'assurance complémentaire en France.

Par son questionnaire spécifique sur les contrats complémentaires bénéficiant aux membres des ménages enquêtés, elle propose un panorama des contrats effectivement détenus et donc de la répartition et de l'évolution des niveaux de couverture dans la population.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé** oui non
Si oui, préciser prévalence (stock)
 incidence (flux)
 mortalité
- données déclarées
 données mesurées
 données estimées
 recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins** oui non
Si oui, préciser Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 -Prévention (comportements, dépistages)** oui non
- 4 - Santé perçue** oui non
Si oui, préciser : le mini module européen et note d'état de santé
- 5 - Qualité de vie** oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé** oui non
- 7 - Exposition environnementale** oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre*

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Si oui, préciser : déclaration des ALD, déclaration des maladies, module spécifique certaines années (asthme...)

3. Nomenclatures employées

CIM 10 pour la codification des maladies ;

Code CIP pour la codification des médicaments ;

La nomenclature INSEE pour la codification de la PCS (codification par SICORE) ;

Échelle d'Oxford, de l'OCDE et l'échelle utilisée pour la CMU pour le calcul du revenu par unité de consommation. ;

IV. Population observée

L'enquête ESPS interroge environ 8 000 ménages et 22 000 personnes. Les trois échantillons (Cnamts, RSI, MSA) couvrent 96,7 % (source : CNAMTS) des personnes résidant en France métropolitaine.

Les observations de l'enquête ESPS sont pondérées à l'aide d'un calage sur marge qui corrige simultanément les poids de sondage et de la non-réponse totale à l'enquête. Le calage est réalisé sur des critères d'âge, de sexe, de taille de ménage et de régime d'Assurance maladie. Nous savons que l'âge et le sexe jouent à la fois sur la participation à l'enquête et sur des variables d'intérêt comme l'état de santé et le besoin de soins et que leurs distributions sont disponibles à l'échelle du champ de l'enquête. Le critère de régime d'Assurance maladie permet de corriger les taux de sondage que nous ne connaissons pas précisément mais qui sont propres à chaque régime. La taille du ménage permet de corriger du fait que les ménages les plus nombreux ont une probabilité plus importante d'appartenir à l'échantillon. De plus cette information est liée à la participation à l'enquête.

V. Diffusion

L'IRDES est propriétaire des données, mais celles-ci ont vocation à être diffusées à la communauté scientifique. Le terrain de l'enquête se répartit sur un an. L'apurement des données est réalisé durant l'année suivant l'enquête (n+1). L'IRDES réalise une publication générale sur l'enquête au début de l'année n+2, au cours de laquelle les données sont réservées à l'usage des membres du comité de pilotage. Les données peuvent être diffusées par l'IRDES à d'autres organismes, français ou étrangers à partir de l'année n+3.

Enquête sur la Santé et les Comportements lors de l'Appel de la Préparation à la Défense (ESCAPAD)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) : OFDT

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit*
 - d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres (préciser)

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : 2000 ; 2002 ; 2003 ; 2005 ; 2008 ; 2011

Année du premier recueil : 2000

Année du dernier recueil : 2008

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 2 ans

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Une fois par an tous les individus présents lors d'une période donnée sont inclus.
- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 - DOM
 - Plusieurs régions
 - Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :

- Systématiques (l'ensemble des régions)
- Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

- disposer des indicateurs sur la santé et les conditions de vie des jeunes ;
- connaître la prévalence de consommation et les âges de début de consommation des différentes substances psychoactives (licites et illicites) ;
- avoir une indication sur l'évolution de ces indicateurs ;
- identifier les caractéristiques et les facteurs associés à ces pratiques.

Jusqu'en 2003, mesurer quelques éléments comme la dépressivité et l'anxiété. En 2008, un module anorexie/boulimie a été intégré.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | |
|---|--|
| 1 - Événements et état de santé
<i>Si oui, préciser</i> | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> prévalence (stock)
<input type="checkbox"/> incidence (flux)
<input type="checkbox"/> mortalité
<input checked="" type="checkbox"/> données déclarées
<input type="checkbox"/> données mesurées
<input type="checkbox"/> données estimées
<input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...) |
| 2 - Consommations de soins
<i>Si oui, préciser</i> | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation
<input checked="" type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales)
<input checked="" type="checkbox"/> Médicaments
<input type="checkbox"/> Renoncement |
| 3 - Prévention (comportements, dépistages) | <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 4 - Santé perçue | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 5 - Qualité de vie | <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 6 - Inégalités sociales de santé | <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 7 - Exposition environnementale | <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre*

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

Les jeunes âgés de 17 à 19 ans de nationalité française.

V. Diffusion

Les données sont accessibles deux ans après l'année de l'enquête dans le cadre d'une convention de recherche.

Enquêtes conditions de travail, complémentaires à l'enquête Emploi, Dares, éditions 1978, 1984, 1991, 1998, 2005

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)

Enquête pilotée par la DARES. La collecte des données est réalisée par le réseau des enquêteurs INSEE

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit*
 - d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : 7 ans

Année du premier recueil : 1978

Année du dernier recueil : 2005

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte :

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage :

Jusqu'en 2002, l'enquête Emploi était réalisée annuellement en mars. Les personnes étaient alors interrogées sur leurs conditions de travail après la passation du questionnaire de l'enquête Emploi. Depuis 2002, l'enquête Emploi se déroule « en continu » sur six trimestres. Les enquêtés sont interrogés deux fois en face à face (la première et la dernière) et quatre fois par téléphone. L'enquête Conditions de travail 2005 est la première enquête complémentaire à la nouvelle enquête Emploi en continu. Elle se déroule au cours du

sixième et dernier entretien. Le questionnaire est soumis à tous les actifs ayant un emploi parmi les personnes interrogées pour cette sixième fois dans le cadre de l'enquête Emploi, soit 19 000 personnes en 2005.

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements
- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Les principaux objectifs de l'enquête sont de décrire et d'analyser les situations de travail des actifs occupés et leurs évolutions, de faire le lien entre les différentes composantes du travail, d'observer l'évolution des technologies et leur impact sur le travail et de décrire les risques professionnels et les pratiques de prévention.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser
- prévalence (stock)
 - incidence (flux)
 - mortalité
 - données déclarées
 - données mesurées
 - données estimées
 - recueil indirect (ex : carnet de santé...)

2 - Consommations de soins

Si oui, préciser

oui non

Hospitalisation

Consultations (médicales / paramédicales)

Médicaments

Renoncement

3 - Prévention (comportements, dépistages)

oui non

4 - Santé perçue

oui non

5 - Qualité de vie

oui non

6 - Inégalités sociales de santé

oui non

7 - Exposition environnementale

oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

En face à face

Par téléphone

Auto-questionnaire

Dossier administratif

Fichier(s) de gestion

Déclaration obligatoire

Autre

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non

- Santé travail oui non

- Santé environnement oui non

- Déficiences et handicaps oui non

- Santé mentale oui non

- Modes de vie oui non

- Nutrition oui non

- Relation avec le système de soins oui non

- Addictions / toxicomanies oui non

- Parcours de vie oui non

- Accidents et traumatismes oui non

- Maladies infectieuses oui non

- Vaccinations oui non

- Iatrogénie oui non
- Santé sexuelle et reproductive oui non
- Périnatalité oui non
- Maladies chroniques oui non

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

L'enquête est représentative de l'ensemble des actifs en emploi (salariés ou non), qui vivent dans un ménage ordinaire de France métropolitaine, soit en 2005, environ 25 millions de personnes.

Taille de l'échantillon :

	Hommes	Femmes	Ensemble
Moins de 20 ans	135	59	194
De 20 à 24 ans	556	522	1 078
De 25 à 29 ans	1 002	922	1 924
De 30 à 34 ans	1 336	1 159	2 495
De 35 à 39 ans	1 362	1 315	2 677
De 40 à 44 ans	1 436	1 426	2 862
De 45 à 49 ans	1 359	1 318	2 677
De 50 à 54 ans	1 283	1 269	2 552
55 ans et plus	1 141	1 189	2 330
Total	9 610	9 179	18 789

V. Diffusion

Résultats détaillés sur internet, données individuelles disponibles pour les chercheurs au centre Quételet / Maurice Halbwachs.

- Plusieurs régions
- Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Contribution à l'EUROPEAN NUTRITION AND HEALTH REPORT

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Étude nationale estimant, en France :

- (i) la fréquence, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel,
- (ii) le type, la durée et les quantités utilisées de formules lactées du commerce
- (iii) les modalités de la diversification alimentaire (moment d'introduction des nouveaux aliments, natures et quantités).

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | |
|--|---|
| <p>1 - Événements et état de santé</p> <p><i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> prévalence (stock)</p> <p><input type="checkbox"/> incidence (flux)</p> <p><input type="checkbox"/> mortalité</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> données déclarées</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> données mesurées</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> données estimées</p> <p><input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...)</p> |
| <p>2 - Consommations de soins</p> <p><i>Si oui, préciser</i></p> | <p><input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Médicaments</p> <p><input type="checkbox"/> Renoncement</p> |

- | | | |
|--|---|---|
| 3 - Prévention (comportements, dépistages) | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 4 - Santé perçue | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 5 - Qualité de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 6 - Inégalités sociales de santé | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 7 - Exposition environnementale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre*

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

3. Nomenclatures employées

Sociodémographie : questionnaires courts et classification INSEE

État nutritionnel, alimentation infantile : définitions internationales

IV. Population observée

Étude pilote en cours en 2009-2010 qui permettra de définir la taille de l'échantillon nécessaire et les éventuelles sur représentations.

Enfants suivis de la naissance à 1 an.

V. Diffusion

Rapport princeps disponible sur le site de l'InVS

Articles scientifiques

Étude de Suivi d'une Population d'Accidentés de la Route dans le Rhône (ESPARR)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)
UMRESTTE – Unité Mixte INRETS/UCBL/InVS,
25 avenue François Mitterrand, 69500 Bron

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
Si oui, préciser s'il s'agit
 - d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : l'inclusion des sujets dans la cohorte s'est étalée du 1er octobre 2004 au 31 décembre 2005 pour les blessés et a été prolongée jusqu'en juillet 2006 pour les blessés graves afin de disposer d'un effectif suffisant pour ce groupe. Le recrutement sur un an permet d'assurer la représentativité des accidents (saisons, vacances, travail...).

Quatre étapes de suivi : 6 mois, un an, trois ans, cinq ans après l'accident (en cours)

Année du premier recueil : 2004

Année du dernier recueil : 2011

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 2 ans

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
Si oui, indiquer le taux de couverture (exhaustivité)

ESPARR est une étude de cohorte prospective des victimes d'accidents de la route, représentative des victimes au sein de la population du département du Rhône, basée sur une inclusion systématique des accidentés en temps réel, s'appuyant sur des outils validés en français et appréciant les différents aspects des conséquences.

La réalisation d'une cohorte des victimes d'accidents de la route doit permettre de travailler dans trois dimensions :

- En amont de l'accident : évaluer la part respective des différents facteurs de risque d'accidents entraînant une lésion corporelle,
- En suivi immédiat : rechercher l'existence de facteurs pronostiques de gravité des conséquences à partir des lésions initialement observées,
- En aval à long terme : analyser les conséquences sanitaires, familiales, sociales et professionnelles des accidents de la route, et analyser le circuit des soins.

- Échantillonnage oui non

plan de sondage

Inclusion : L'objectif était de recruter des personnes représentatives de l'ensemble des victimes. Compte tenu de la très forte proportion de blessés légers dans le Registre (environ 90%), l'objectif initial du plan de recrutement des sujets est d'avoir une fraction de sondage différente suivant qu'il s'agisse de blessés légers (M.AIS1) ou modérés (M.AIS2), [1 accidenté sur 4] ou de blessés graves (tous les sujets M.AIS3+, c'est-à-dire 3 ou 4 ou 5), afin de pouvoir disposer d'un échantillon de blessés graves suffisamment important pour pouvoir analyser cette population particulière.

Pour le recrutement des blessés légers et modérés, un plan d'échantillonnage en grappes a été mis en place afin d'inclure une personne sur dix parmi les victimes concernées du Registre. Pour les blessés légers et modérés, il s'agissait donc d'un recrutement en temps réel. Ce recrutement des sujets a permis d'assurer une représentativité des victimes incluses dans la cohorte, en termes de répartition dans le temps et dans les services de soins et consultations hospitaliers.

Les victimes les plus gravement atteintes, hospitalisées généralement au moins vingt-quatre heures, étaient repérées tous les jours dans les services de soins de suite, soit lors de la vacation des enquêteurs dans les deux hôpitaux universitaires de Lyon, soit par un contact téléphonique hebdomadaire du coordinateur. Enfin, le SAMU notifiait quotidiennement toutes ses sorties dans le cadre d'accidents de la route.

Le Registre des victimes d'accidents de la circulation, nous permet de plus d'analyser la représentativité de la cohorte par rapport à l'ensemble des accidentés du Rhône, par comparaison de divers paramètres (démographiques, lésionnels, et caractéristiques de l'accident).

Suivis : La cohorte dans son ensemble fait l'objet d'une investigation par un auto questionnaire de base qui sera régulièrement adressé à tous les sujets. Cette information de base sera complétée pour des sous-groupes particuliers par des informations acquises lors d'une rencontre en tête à tête avec ces sujets :

- patients traumatisés graves (ayant au moins une lésion AIS \geq 3).
- patients traumatisés crâniens (présentant au moins une lésion à la tête quelle que soit la gravité : AIS 1, 2 et plus)

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements
 Un département

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales

La cohorte ESPARR est un sous-ensemble du Registre des victimes d'accidents de la circulation du département du Rhône ; connaissant les caractéristiques démographiques et accidentologiques de nos sujets et des victimes incluses dans le Registre il sera tout à fait possible de généraliser les résultats observés à la totalité des victimes survenues dans l'aire géographique du Rhône.

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Objectifs principaux

Evaluer les conséquences de l'accident, sur la victime et sa famille (fonctionnelles, sociales, professionnelles, financières)

Identifier les facteurs pronostiques d'un mauvais devenir et ainsi mieux définir le blessé grave.

Proposer des pistes de prévention des conséquences, par des mesures adaptées de prise en charge.

Objectifs secondaires

Étudier plus particulièrement le devenir de certains groupes d'accidentés :

- les sujets ayant eu un **traumatisme grave** (1),

- les sujets ayant eu un **traumatisme crânien** (toute gravité confondue) ;
 - les sujets les plus jeunes pour lesquels les blessures, même un traumatisme crânien léger, peuvent entraîner des conséquences sur les acquisitions futures et donc perturber leur développement ;
 - **les sujets âgés** pour lesquels l'accident pourrait être une marche vers la dépendance.
- Avoir une connaissance chiffrée de la réalité en matière de conséquences des accidents de la route** (et non à partir de données empiriques, ou affectives).

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé** oui non
Si oui, préciser
- prévalence (stock)
 - incidence (flux)
 - mortalité
 - données déclarées
 - données mesurées
 - données estimées
 - recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins** oui non
Si oui, préciser
- Hospitalisation
 - Consultations (médicales / paramédicales)
 - Médicaments
 - Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages)** oui non
- 4 - Santé perçue** oui non
Si oui, préciser : Outil de mesure : General Health Questionnaire GHQ 12
- 5 - Qualité de vie** oui non
Si oui, préciser : Outil de mesure : WhoQol pour les adultes
 Qualin et Auquei (enfants de 3 à 11 ans),
 et par Child Health Questionnaire (parents)
- 6 - Inégalités sociales de santé** oui non
- 7 - Exposition environnementale** oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face
- Par téléphone
- Auto-questionnaire

- Dossier administratif
- Fichier(s) de gestion
- Déclaration obligatoire
- Autre, préciser : Dossier médical, scanners.

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé travail	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé environnement	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Déficiences et handicaps	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé mentale	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Modes de vie	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Nutrition	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Relation avec le système de soins	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Addictions / toxicomanies	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non

3. Nomenclatures employées

AIS et ISS : Abbreviated impairment scale and injury severity score; échelles permettant de coter les lésions et leur gravité en accidentologie

Catégories socioprofessionnelles de l'INSEE

Score de Glasgow : score du niveau de conscience ; Glasgow Outcome Scale : score du niveau de handicap

MIF : mesure de l'incapacité fonctionnelle Score ASIA : score de lésion neurologique médullaire

Score de Marshall : score de lésions traumatiques crâniennes radiologiques

IV. Population observée

Inclusion : Dans le cadre de la cohorte, 1932 personnes répondant aux critères d'inclusion ont été signalées par 14 établissements hospitaliers du Rhône, publics ou privés. Parmi celles-ci, 1 372 (71%) ont accepté de rentrer dans la cohorte et de participer au suivi sur cinq ans. Pour 63,8% des personnes non incluses, il s'agit d'un refus de participer à l'étude. Les autres raisons de non participation sont liées à des difficultés de langage, des pathologies mentales associées, des sorties du service hospitalier avant les soins ou avant le passage de l'enquêteur, ou à une impossibilité de rencontre pour des raisons de mise en examen par la police.

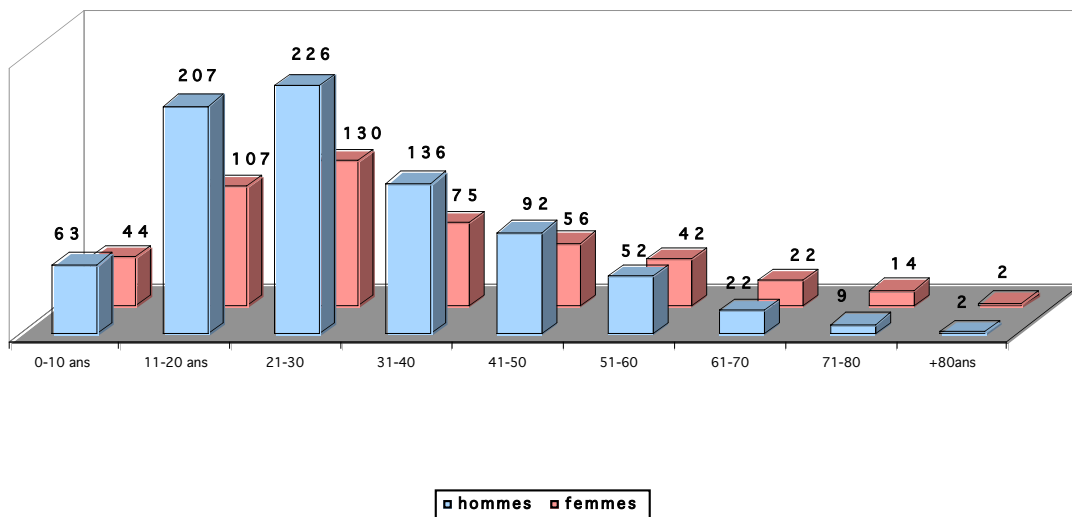
Les sujets inclus sont en moyenne plus jeunes que les non inclus (30,9 ans contre 35,4 ans) avec notamment une proportion plus importante de personnes âgées de 60 ans et plus chez les

non inclus (16,4% contre seulement 6,8% dans la cohorte). La proportion d'homme est plus élevée parmi les accidentés non inclus dans l'étude par rapport aux inclus (respectivement 67,6% et 62,3% ; $p=0,03$). La proportion de refus est moins importante chez les sujets les plus gravement atteints.

La cohorte ESPARR s'appuie sur le Registre des Victimes du Rhône, afin de valider plusieurs aspects de la mise en place de la cohorte. Dans un premier temps elle permet de confirmer le signalement des victimes et notamment de contrôler le signalement exhaustif prévu pour les blessés graves. Dans un second temps, pour les sujets inclus dans la cohorte, le Registre permet de valider les critères d'inclusion, les mêmes informations étant disponibles à la fois pour la cohorte et pour le Registre. Toutes les comparaisons portent sur la période du 1er octobre 2004 au 31 décembre 2005, pour les victimes non décédées. Enfin, grâce aux informations contenues dans le questionnaire d'inclusion, une première description globale est établie sur la population ESPARR.

Si l'on se situe par rapport au Registre du Rhône, la cohorte ESPARR compte 12,8% des victimes non décédées recensées dans le Registre entre le 1er octobre 2004 et le 31 décembre 2005. Compte tenu du plan d'échantillonnage, ce taux diffère selon la gravité initiale : 10,3% des sujets avec un M.AIS < 3 ont été inclus et 43,4% des sujets avec un M.AIS3+.

Figure : répartition des âges par sexe des sujets ESPARR



V. Diffusion

- Site internet : <http://esparr.inrets.fr/>
- Journées de présentation des résultats aux sujets de l'étude et aux professionnels impliqués (deux manifestations déjà)
- Journée Spécialisée INRETS (congrès) en 2010-2011
- Rapports de recherche : ANR, Predit, PHRC
- Publications scientifiques :
 - ❖ Deux articles scientifiques sont d'ores et déjà publiés sur l'étude ESPARR, dans la revue Accident Analysis and Prevention :
 - Functional outcome after road-crash injury: Description of the ESPARR victims cohort and 6-month follow-up results
 - Diseases, consumption of medicines and responsibility for a road crash.
 - ❖ Esparr a été le sujet de trois thèses de médecine
 - en novembre 2007 - Qualité de prise en charge médicale après un accident de la route dans le Rhône. Etude menée dans le département du Rhône dans le cadre de l'enquête ESPARR.
 - en novembre 2007 - Le syndrome de stress post traumatique dans une population d'accidentés de la route présentant un traumatisme crânien léger. Etude menée dans le département du Rhône dans le cadre de l'enquête ESPARR.
 - En 2009 : le retour au travail après un accident de la route
 - ❖ Une thèse de sciences est en cours : Les conséquences familiales, professionnelles et sociales de l'accident de la route : caractérisation à partir des données épidémiologiques de la cohorte ESPARR
- Participation à des congrès : SOFMER, ADELFI, automobile-Club, Journées Mondiales de la Santé, European Congress of Physical and rehabilitation medicine
- Communications grand public : plusieurs rencontres avec des journalistes, et conférence de presse lors des rencontres et journées scientifiques, participation à la semaine de la sécurité routière, à des colloques publics (OMS)
- Diffusion dans la presse spécialisée : revue des Hospices Civils de Lyon, revue de l'UNAFTC...

Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) Ined et Inserm
- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s))
...Ined, Inserm, Invs, Cnaf, Insee, Drees, DGS, MESR, MEEDAAT,

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
- Préciser s'il s'agit :
- d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

Préciser : panel EDP de l'Insee, données du SNIIRAM

Périodicité enquêtes annuelles (de 0 à 6 ans)

Année du premier recueil : 2011

Année du dernier recueil : 2030

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A+15 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

plan de sondage

...Toutes naissances en France métropolitaines pendant 16 jours de 2011 (taux d'échantillonnage = 4%)

4. Champs

- Champ géographique :
 - France métropolitaine
 - DOM
 - Plusieurs régions
 - Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales:
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionalesSur grandes régions seulement

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays):
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/internationalRéseau Eucconet de cohortes d'enfants (Fondation Européenne pour la Science)

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Analyse du développement physique, psychologique et social de l'enfant.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser:
- prévalence (stock)
 - incidence (flux)
 - mortalité
 - données déclarées
 - données mesurées
 - données estimées
 - recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins oui non
Détaillez : Si oui :
- Hospitalisation
 - Consultations (médicales / paramédicales)
 - Médicaments
 - Renoncement

- 3 -Prévention (comportements, dépistages) oui non
- 4 -Santé perçue oui non
- Outil de mesure :
- 5 - Qualité de vie oui non
- Outil de mesure :
- 6 - Inégalités sociales de santé oui non
- 7 - Exposition environnementale oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- en face à face
- par téléphone
- auto-questionnaire
- dossier administratif
- fichier(s) de gestion
- déclaration obligatoire
- autre :
- préciser*

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non
- Santé travail oui non
- Santé environnement oui non
- Déficiences et handicaps oui non
- Santé mentale oui non
- Modes de vie oui non
- Nutrition oui non
- Relation avec le système de soins oui non
- Addictions / toxicomanies oui non
- Parcours de vie oui non
- Accidents et traumatismes oui non
- Maladies infectieuses oui non
- Vaccinations oui non
- Iatrogénie oui non
- Santé sexuelle et reproductive oui non
- Périnatalité oui non
- Maladies chroniques oui non

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

Cohorte représentative France métropolitaine de 20 000 enfants à naître en 2011 les 4 fois 4 jours de l'échantillon démographique permanent de l'Insee. L'ensemble des 580 maternités seront intégrées au dispositif.

V. Diffusion

Données accessibles aux équipes de recherche, universitaires et autres institutions publiques après validation d'un projet par le comité d'accès aux données Elfe.

European School survey Project on Alcohol and other Drugs (ESPAD)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) : OFDT

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres (préciser)

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : quadriennale

Année du premier recueil : 1995

Année du dernier recueil : 2011

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 2 ans

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

En 1999 et 2003, échantillonnage à deux niveaux :

Tirage au sort des établissements selon le type collège/lycée général et technologique/professionnel ; le secteur privé/public ; ZEP/non ZEP ; commune rurale/urbaine ;

Tirage au sort des classes, tous les élèves des classes tirées au sort sont retenus pour participer à l'enquête.

En 2007, Echantillon équilibré

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Rapport européen consultable à l'adresse suivante <http://www.espad.org/>

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Rassembler des données comparables sur l'usage de l'alcool, du tabac et d'autres drogues illicites parmi la population adolescente âgée de 15-16 ans dans autant de pays européens que possible, en utilisant une méthodologie standardisée.

Suivre et comparer les tendances des usages dans les pays européens.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser
- prévalence (stock)
 - incidence (flux)
 - mortalité
 - données déclarées
 - données mesurées
 - données estimées
 - recueil indirect (ex : carnet de santé...)

- 2 - Consommations de soins** oui non
Si oui, préciser
 Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages)** oui non
- 4 - Santé perçue** oui non
- 5 - Qualité de vie** oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé** oui non
- 7 - Exposition environnementale** oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non
- Santé travail oui non
- Santé environnement oui non
- Déficiences et handicaps oui non
- Santé mentale oui non
- Modes de vie oui non
- Nutrition oui non
- Relation avec le système de soins oui non
- Addictions / toxicomanies oui non
- Parcours de vie oui non
- Accidents et traumatismes oui non
- Maladies infectieuses oui non

- Vaccinations	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

Adolescents âgés de 15-16 ans scolarisés dans un établissement scolaire de l'éducation nationale ou ministère de l'agriculture.

V. Diffusion

Les données sont accessibles deux ans après l'année de l'enquête dans le cadre d'une convention de recherche.

Recueil commun sur les addictions et les prises en charge (RECAP)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) : OFDT

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres (préciser)

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : Annuelle

Année du premier recueil : 2005

Année du dernier recueil : 2009

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 8 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
Exhaustivité : 70%
- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :

- Systématiques (l'ensemble des régions)
- Du fait d'extensions régionales

Dépend du taux de couverture régional

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Compatible avec le protocole européen d'enregistrement des demandes de traitement

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Description des caractéristiques des personnes accueillies pour un problème d'addiction dans les Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | |
|---|--|
| 1 - Événements et état de santé
<i>Si oui, préciser</i> | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
<input checked="" type="checkbox"/> <i>prévalence (stock)</i>
<input type="checkbox"/> <i>incidence (flux)</i>
<input type="checkbox"/> <i>mortalité</i>
<input checked="" type="checkbox"/> données déclarées
<input type="checkbox"/> données mesurées
<input type="checkbox"/> données estimées
<input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...) |
| 2 - Consommations de soins
<i>Si oui, préciser</i> | <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Hospitalisation
<input type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales)
<input type="checkbox"/> Médicaments
<input type="checkbox"/> Renoncement |
| 3 - Prévention (comportements, dépistages) | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 4 - Santé perçue | <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 5 - Qualité de vie | <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 6 - Inégalités sociales de santé | <input checked="" type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| 7 - Exposition environnementale | <input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre*

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Nomenclatures employées

CSP_Insee

IV. Population observée

Fiche d'accueil et de suivi rempli pour chaque patient vu au cours de l'année et saisie sur un logiciel de gestion des dossiers patients
Taux de couverture d'environ 70%

V. Diffusion

Mise à disposition des tableaux statistique sur le site de l'OFDT
Accès possible dans le cadre de convention d'études ; anonymat des patients et des centres

Santé et Itinéraire Professionnel (SIP)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) concerné(s)

Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques (DARES), du Ministère en charge du Travail, et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé. Maîtrise d'œuvre INSEE.

2. Type d'enquête

- | | | |
|--------------------------|---|---|
| - Enquête transversale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Cohorte, panel | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Registre | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Source administrative | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Réseau de surveillance | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

Périodicité : fin d'année 2006 et fin d'année 2010

Année du premier recueil : Fin 2006

Année du dernier recueil : Fin 2010

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 14 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- | | | |
|------------------------|---|---|
| - Recueil systématique | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Échantillonnage | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Les logements échantillonnés proviennent :

- de l'Echantillon-Maître 99 pour les logements recensés,
- de la BSLN (base de sondage des logements neufs) pour les logements construits après mars 1999.

Le tirage se pratique en deux phases qui permettent de distinguer les catégories de logements (habitation principale, secondaire, occasionnelle, vacante, neuve) et, au sein des résidences principales, les statuts d'occupation (0 ou 1 personne, 2 ou 3, plus de 3).

Pour les logements neufs, le tirage s'effectue donc en une seule phase.

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de l'enquête

1. Objectif général de l'enquête

Elle a pour objectif de mettre en évidence les liens et interactions entre la santé et l'itinéraire professionnel. La vague 2010 comprend un sur-échantillon d'actifs occupés destinés à une analyse transversale de l'exposition aux risques psychosociaux au travail.

2. Est-ce que l'enquête permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser
- prévalence (stock)
 - incidence (flux)
 - mortalité

 - données déclarées
 - données mesurées
 - données estimées
 - recueil indirect (ex : carnet de santé...)

- 2 - Consommations de soins** oui non
Si oui, préciser
 Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 -Prévention (comportements, dépistages)** oui non
- 4 - Santé perçue** oui non
Si oui, préciser : Outil de mesure : mini module européen, le M.I.N.I., gênes fonctionnelles, vie quotidienne
- 5 - Qualité de vie** oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé** oui non
- 7 - Exposition environnementale** oui non

3. Cette source est-elle déjà mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

2. Thématiques observées

- | | | |
|------------------------------------|---|---|
| -Socio-démographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Santé travail | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| -Déficiences et handicaps | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Santé mentale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| -Nutrition | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| -Addictions / toxicomanies | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Parcours de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Accidents et traumatismes | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

- Maladies infectieuses oui non
- Iatrogénie oui non
- Santé sexuelle et reproductive oui non
- Périnatalité oui non
- Maladies chroniques oui non

Si oui, préciser : description des événements de santé tout au long du parcours professionnel, maladies, accidents, handicaps.

3. Nomenclatures employées

Nomenclature des maladies et problèmes de santé (CIM).

IV. Population observée

Individus âgés de 20 à 74 ans, quelque soit leur situation vis-à-vis de l'emploi (emploi, chômage, inactivité)

L'échantillon contient près de 14 000 individus en 2006 et 13 000 en 2010.

	Hommes	Femmes
De 20 à 29 ans	12,95%	13,08%
De 30 à 39 ans	18,15%	18,81%
De 40 à 49 ans	21,12%	22,26%
De 50 à 59 ans	24,81%	23,54%
De 60 à 74 ans	22,98%	22,31%

V. Diffusion

Etudes et Résultats, DREES/ Premières synthèses, DARES.

Post-enquêtes quantitatives et qualitatives par conventionnement. Deux vagues de post-enquêtes, une première lancée en 2007 et achevée et une autre, en cours.

Mise à disposition de la base de données au centre Quételet.

Surveillance médicale des expositions aux risques professionnels (SUMER)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) concerné(s) DARES et DGT (inspection médicale du travail)

2. Type d'enquête

- | | | |
|-------------------------|---|---|
| -Enquête transversale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| -Cohorte | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| -Panel | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| -Registre | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| -Source administrative | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| -Réseau de surveillance | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

Périodicité : environ 7 ans

Année du premier recueil : 1987

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
Si oui, indiquer le taux de couverture réel (exhaustivité)
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage à deux degrés. La collecte est réalisée par des médecins du travail volontaires (1800 médecins, soit 20% de la profession), qui ont tiré au sort des salariés parmi ceux qui étaient convoqués pour la visite médicale périodique. Les périodes d'enquête sont différentes selon les régions afin de couvrir les 4 saisons et de permettre des formations décentralisées en région.

4. Champs

- Champ géographique :
 - France métropolitaine
 - DOM
 - Plusieurs régions
 - Plusieurs départements

- Préciser si l'enquête permet des comparaisons régionales ou infrarégionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales

- Population cible, préciser ses principales caractéristiques :

La population de référence est celle des salariés couverts par la médecine du travail ou de prévention et couverts par le régime général, le régime agricole (MSA), ainsi que les salariés d'Air-France, de la SNCF, d'EDF GDF, de La Poste et des Hôpitaux publics. Une partie au moins des fonctionnaires de l'État et des collectivités territoriales seront intégrés en 2008

II. Objectifs de l'enquête

1. Objectif général de l'enquête

L'enquête SUMER vise à :

- décrire l'ensemble des expositions liées aux postes de travail (ambiances et contraintes physiques, contraintes organisationnelles et relationnelles, agents biologiques ou produits chimiques) auxquelles sont soumis les salariés,
- caractériser ces expositions (durée et intensité),
- décrire les protections collectives ou individuelles mises en place par les entreprises

2. Est-ce que l'enquête permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | | |
|--|---|---|
| - Santé perçue | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Qualité de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Événements de santé | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser:</i> | <input type="checkbox"/> prévalence (stock) | |
| | <input type="checkbox"/> incidence (flux) | |
| | <input type="checkbox"/> mortalité | |
| | <input type="checkbox"/> données déclarées | |
| | <input type="checkbox"/> données mesurées | |
| - Consommations de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Prévention (comportements, dépistages) | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Inégalités sociales de santé | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Exposition environnementale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

3. Cette source est-elle déjà mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- en face à face*
 par téléphone
 auto-questionnaire

2. Thématiques observées

-Socio-démographiques	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
-Santé travail	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-Santé environnement	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
-Déficiences et handicaps	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
-Santé mentale	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
-Modes de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
-Nutrition	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
-Relation avec le système de soins	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
-Addictions / toxicomanies	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
-Parcours de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
-Accidents et traumatismes	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
-Maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
-Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
-Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
-Périnatalité	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
-Maladies chroniques	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non

3. Nomenclatures employées

- NAF 2003 et NAF 2008
- Des nomenclatures spécifiques pour la fonction publique d'État, territoriale et Hospitalière, la MSA, la poste, EDF-GDF Suez, la SNCF pour la variable « Nature de la Structure administrative (STRUC) et/ou la variable « Métier spécifique » (METIE). Ces nomenclatures sont consultables sur le site du ministère, à la page réservée à la collecte de SUMER 2009.

IV. Taille de l'échantillon

Par sexe et tranche d'âge par exemple - 50 000 salariés

V. Diffusion

Indiquer les modalités de diffusion et d'accès aux données et les restrictions éventuelles

* **diffusion de résultats chiffrés pour une utilisation quotidienne** sous forme de fiches accessibles sur internet : www.travail.gouv.fr -

études => statistiques => santé et travail => SUMER

* **diffusion d'études à partir de SUMER :**

- dans « Premières Synthèses » du Ministère du travail
- dans « Documents pour le médecin du travail » de l'INRS
- sur internet : www.travail.gouv.fr - études => statistiques => santé et travail => SUMER

Enquête « Trajectoires et Origines » (TeO)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) INED-INSEE
- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s)) INED-INSEE, DREES, DARES, Centre Quetelet...

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
- d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : enquête transversale réalisée en 2008 et qui n'a pas vocation à être répétée

Année du premier recueil : 2008

Année du dernier recueil : -

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 24 mois après la fin du terrain selon la convention signée

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage :

La plus grande difficulté de l'enquête tient à la méthode d'échantillonnage. La base de sondage utilisée pour constituer l'échantillon de l'enquête TeO est le recensement de 2007. Cependant, si les immigrés sont directement identifiables dans le recensement, tel n'est pas le cas de leurs descendants. En effet, le recensement ne comporte pas de variables renseignant sur l'origine des parents (lieu de naissance ou nationalité). Pour sélectionner a priori les individus qui doivent être enquêtés en tant que descendants de natifs, d'immigrés ou

d'originaires des DOM, il a donc été nécessaire de recourir à une source d'information complémentaire. La construction de l'échantillon de l'enquête TeO repose donc sur une opération complexe d'appariement entre les données du recensement, de l'échantillon démographique permanent et de l'état civil.

Du recensement ont été extraits les noms et adresses des individus à enquêter ; de l'EDP et de l'état civil ont été extraites les informations sur l'ascendance des individus (lieu de naissance des parents).

La constitution de l'échantillon a nécessité d'innover et implique de mobiliser des moyens financiers et humains importants puisque des recherches ont du être effectuées dans les registres d'État civil des mairies. La constitution de l'échantillon a eu lieu entre avril 2008 et août 2008.

Le champ de l'enquête est celui des personnes vivant en « ménage ordinaire » en France métropolitaine. La base de sondage est constituée des personnes recensées en 2007 résidant dans une commune de l'échantillon-maître¹¹. Ont été retenus les immigrés et les descendants de natifs âgés de 18 à 59 ans et les descendants d'immigrés âgés de 18 à 49 ans. Le choix a été fait de n'enquêter que des personnes d'âge actif, car l'enquête porte de façon approfondie sur l'insertion sociale et professionnelle. Par rapport à l'enquête mobilité géographique et insertion sociale, le champ a été étendu à 18 ans (au lieu de 20 ans) pour étudier les problèmes d'autonomie résidentielle et les premiers temps de l'insertion professionnelle, moments qui peuvent se jouer entre 18 et 20 ans. Il nous semblait moins important d'interroger des personnes de plus de 60 ans. En effet, l'enquête « Passage à la retraite des immigrés » (PRI) a été réalisée en 2003 et traite spécifiquement de la situation des immigrés lorsqu'ils vieillissent en France. Il paraissait inutile de revenir sur ces problématiques de façon aussi rapprochée. C'est par contre essentiellement pour des raisons techniques que l'échantillon de descendants d'immigrés ne comprend que des personnes âgées de 18 à 49 ans

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements
- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

L'enjeu premier de cette enquête est de décrire les conditions de vie et les trajectoires sociales de différentes populations (immigrés, descendants d'immigrés nés en France, personnes originaires des DOM, descendants d'originaires des DOM nés en France métropolitaine et natifs descendants de natifs) pour examiner leurs conditions d'accès aux ressources et décrire leurs parcours d'intégration quelles que soient leurs origines.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser prévalence (stock)
 incidence (flux)
 mortalité

- données déclarées
 données mesurées
 données estimées
 recueil indirect (ex : carnet de santé...)

- 2 - Consommations de soins oui non
Si oui, préciser Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement

- 3 - Prévention (comportements, dépistages) oui non

- 4 - Santé perçue oui non

Si oui, préciser : Outil de mesure : mini-module européen (avec les cinq modalités de réponse : « très bien », « bien », « moyen », « mauvais », « très mauvais » à la première question du mini-module)

- 5 - Qualité de vie oui non

- 6 - Inégalités sociales de santé oui non

- 7 - Exposition environnementale oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre*

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

3. Nomenclatures employées

Le questionnaire fait plus de 160 pages il est donc difficile de citer les différentes nomenclatures utilisées.

Concernant le volet santé, on retrouve le mini-module européen (avec les cinq modalités de réponse : « très bien », « bien », « moyen », « mauvais », « très mauvais » à la première question du mini-module)

IV. Population observée

L'échantillon est distingué en cinq groupes complémentaires inégalement représentés :

- **9 600 immigrés**, définis suivant l'usage comme les personnes nées étrangères à l'étranger et résidant en France au moment de l'enquête ;
- **9 600 natifs descendants d'immigrés**, définis comme les personnes nées en France métropolitaine d'au moins un parent immigré ;
- **800 personnes originaires des DOM**, nées dans un DOM et résidant en métropole
- **800 natifs descendant d'originaires des DOM**, définis comme personnes née en métropole d'un ou deux parents nés dans un DOM
- **3200 natifs descendant de natifs**, définis comme les personnes nées en France dont les deux parents sont nés en France métropolitaine.

La volonté de construire un échantillon représentatif au niveau national des divers courants migratoires invite aussi à surreprésenter certaines origines au sein des groupes immigrés et natifs descendants d'immigrés. Il n'y a donc pas de présélection de certains groupes d'origine à l'exclusion des autres groupes. Cependant, dans la mesure où il est établi que les processus d'intégration varient selon les origines, les groupes pour lesquels il serait éventuellement intéressant de produire des analyses distinctes ont été prédéfinis afin de tirer un nombre suffisant d'individus d'où un tirage à probabilité inégales selon les groupes. Cela concerne les personnes originaires de Turquie, d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud-est et leurs descendants. Pour chacun des groupes, l'effectif de 800 enquêtés permet de mener des analyses descriptives selon différents types de découpage : par origine, par « génération », par groupes d'âge, par classe sociale, par sexe.

V. Diffusion

L'INED, en accord avec l'INSEE, s'est engagé à diffuser les données de l'enquête TeO dans les délais les plus brefs après la fin de la collecte, lorsque tous les traitements nécessaires au « nettoyage » des fichiers auront été effectués. Les données seront mises à la disposition de la communauté scientifique par l'intermédiaire du Réseau Quételet.

Le réseau Quételet s'assurera notamment du statut réel de chercheur de la personne qui demande l'accès au fichier, du bien-fondé du projet de recherche scientifique présenté et de la nécessité d'avoir recours au fichier de l'enquête TeO pour mener à bien ce projet. Lorsque l'accord sera donné, une licence d'usage spécifiant le sujet de la recherche sera signée par le chercheur et visée par son directeur du laboratoire.

Par ailleurs, un fichier « grand public », très simplifié, sera accessible en ligne.

VIH : enquête sur les personnes atteintes (VESPA)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) INSERM

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
- d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : aucune

Année du premier recueil : 2003

Année du dernier recueil : 2010

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte :

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage :

Echantillon national à deux degré en France métropolitaine : Hôpitaux suivant au moins 150 patients infectés par le VIH, puis patients (102 services en 2003, environ 80 en 2010), 3000 patients. Tous les hôpitaux en Antilles et Guyane : 15 % de la file active (500 patients).

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
- DOM
- Plusieurs régions
- Plusieurs départements

• Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON seulement Ile de France vs autres régions et DFA vs métropole compte tenu de la prévalence très hétérogène de l'incidence et de la prévalence du VIH.

- Systématiques (l'ensemble des régions)
- Du fait d'extensions régionales

• Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON

- Systématiques (l'ensemble des régions)
- Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

• Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON

- la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
- la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Surveillance des indicateurs sociaux de la maladie VIH chronique. Etude des déterminants sociaux des effets biunivoques entre la maladie et la situation sociale.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | | |
|---|---|---|
| 1 - Événements et état de santé | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser</i> | <input type="checkbox"/> prévalence (stock) | |
| | <input type="checkbox"/> incidence (flux) | |
| | <input type="checkbox"/> mortalité | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> données déclarées | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> données mesurées | |
| | <input type="checkbox"/> données estimées | |
| | <input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...) | |
| 2 - Consommations de soins | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Médicaments | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Renoncement | |
| 3 - Prévention (comportements, dépistages) | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 4 - Santé perçue | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 5 - Qualité de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 6 - Inégalités sociales de santé | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 7 - Exposition environnementale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre*

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Si oui, préciser quelles maladies : maladies cardio-vasculaires, diabète, hypertension

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

Personnes vivant avec le VIH et suivies dans les hôpitaux publics et privés. Echantillon aléatoire de 3000 personnes en métropole et 500 dans les DFA. Recherche à approcher la représentativité de la population suivie pour une infection VIH. Enquête réalisée dans les services VIH compte tenu de la périodicité de 3 à 4 fois par an des visites et du caractère obligatoire d'au moins une visite par an pour les patients suivis en ville (% peu nombreux de la file active).

Pour les données de registre, DO, réseaux de surveillance, préciser le mode de recueil, ses contraintes, la nature des traitements et repondérations effectuées, le taux de couverture :

Pondération de l'échantillon en fonction de la fréquence annuelle des consultations (CALMAR).

V. Diffusion

Présentation auprès des COREVIH, journaux et sites associatifs, publications scientifiques, conférences internationales et nationales.

Les grandes enquêtes nationales en population générale :
Avec examen de santé et/ou prélèvement biologique

Corpulence des enfants de 7-9 ans scolarisés en CE1 et CE2

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE,
UNIVERSITE PARIS 13

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
- d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : 8 ans

Année du premier recueil : 2000

Année du dernier recueil : 2007

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 6 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage :

Tirage à deux degrés :

1/ Tirage d'écoles primaires par département

2/ Tirage de classes de CE1 et CE2 par école

Inclusion de tous les enfants dans la classe du niveau concerné

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Protocole de l'EUROPEAN CHILDHOOD OBESITY GROUP

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

L'objectif principal de cette étude est de décrire les prévalences de surpoids et d'obésité chez les enfants scolarisés en classes de CE1 et CE2 en France en 2007.

Les objectifs secondaires sont de :

- Décrire l'activité physique et la sédentarité chez ces enfants ;
- Décrire les enfants en surpoids ou obèses selon leurs caractéristiques sociodémographiques et leurs comportements (activité physique et sédentarité).

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

1 - Événements et état de santé

Si oui, préciser

oui non

prévalence (stock)

incidence (flux)

mortalité

données déclarées

données mesurées

données estimées

recueil indirect (ex : carnet de santé...)

2 - Consommations de soins

Si oui, préciser

oui non

Hospitalisation

Consultations (médicales / paramédicales)

Médicaments

Renoncement

- | | | |
|--|---|---|
| 3 - Prévention (comportements, dépistages) | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 4 - Santé perçue | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 5 - Qualité de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 6 - Inégalités sociales de santé | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 7 - Exposition environnementale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Nomenclatures employées

État nutritionnel : définitions internationales IOTF

IV. Population observée

Total des inclusions : 2.699 ENFANTS

Tranches d'âge : 7-9 ANS

Utilisation de redressements sur les caractéristiques des écoles (ZEP/REP) et des enfants résidant en France (âge, genre)

V. Diffusion

Articles scientifiques

Enquête épidémiologique nationale de prévalence de la carie dentaire des enfants de 6 à 12 ans

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)
Union Française pour la Santé Bucco-Dentaire (UFSBD)

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
- d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : 5 ans

Année du premier recueil : 1987

Année du dernier recueil : 2006

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 6 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage :

Le nombre d'enfants dans l'échantillon est fixé afin de pouvoir observer chez les enfants de 12 ans une différence de 15% de CAO par rapport à la valeur de 1998, soit 1300 par tranche d'âge (la dimension de la population dans laquelle est tiré l'échantillon n'intervenant pas).

Les échantillons d'enfants sont construits par sondage stratifié établi sur deux critères :

- le type d'établissement scolaire (public ou privé),
- la taille de la commune

Définissant 16 strates :

Strate 1 : Établissement public commune rurale < 5000 h

Strate 2 : Établissement public commune urbaine < 5000 h

Strate 3 : Établissement public agglomération de 5000 à 9999 h

Strate 4 : Établissement public agglomération de 10000 à 19999 h
Strate 5 : Établissement public agglomération de 20000 à 49999 h
Strate 6 : Établissement public agglomération de 50000 à 99999 h
Strate 7 : Établissement public agglomération > 100000 h
Strate 8 : Établissement public agglomération parisienne
Strate 9 : Établissement privé commune rurale < 5000 h
Strate 10 : Établissement privé commune urbaine < 5000 h
Strate 11 : Établissement privé agglomération de 5000 à 9999 h
Strate 12 : Établissement privé agglomération de 10000 à 19999 h
Strate 13 : Établissement privé agglomération de 20000 à 49999 h
Strate 14 : Établissement privé agglomération de 50000 à 99999 h
Strate 15 : Établissement privé agglomération > 100000 h
Strate 16 : Établissement privé agglomération parisienne

L'appartenance ou non à une ZEP est également étudiée pour avoir une représentativité. Avant l'analyse des résultats, les échantillons sont redressés afin d'être rendus strictement représentatifs selon les critères définis au départ par la méthode de stratification et que la répartition par strate reflète exactement la structure observée dans la base de sondage.

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements
- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
Non, en raison de la taille de l'échantillon limitée à 1300 par tranche d'âge ne permettant pas la constitution de groupes régionaux statistiquement exploitables
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : Non
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
Oui, les indices utilisés sont internationaux.

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Réaliser en France des études épidémiologiques fiables et représentatives de l'état bucco-dentaire des enfants scolarisés de 6 et 12 ans et à intervalles réguliers (périodicité à 5 ans). Ces études doivent permettre de mesurer la santé, la pathologie, les soins effectués et les besoins en soins des enfants ainsi que l'évolution de l'état dentaire de la population.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser prévalence (stock)
 incidence (flux)
 mortalité
- données déclarées
 données mesurées
 données estimées
 recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins oui non
Si oui, préciser Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages) oui non
- 4 - Santé perçue oui non
- 5 - Qualité de vie oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé oui non
- 7 - Exposition environnementale oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre : Examen clinique

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé travail	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé environnement	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Déficiences et handicaps	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé mentale	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Modes de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Nutrition	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Relation avec le système de soins	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Addictions / toxicomanies	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Si oui, préciser quelles maladies : Carie dentaire

3. Nomenclatures employées

Pour les enfants de 6 ans, sont recensés :

- l'indice co moyen : nombre moyen (et écart type) de dents présentes, de dents cariées, et de dents obturées en denture temporaire,
- l'indice CAO mixte : nombre moyen (et écart type) de dents présentes, de dents cariées, de dents absentes et de dents obturées en denture mixte, moyen
- la distribution de l'indice co

Pour les enfants de 6 ans et 12 ans, sont recensés :

- l'indice CAO moyen : nombre moyen (et écart type) de dents présentes, de dents cariées, de dents absentes et de dents obturées en denture permanente,
- les résultats sur les premières molaires permanentes
- les résultats sur les autres dents permanentes
- les proportions d'enfants indemnes de dents cariées non traitées ($C = 0$) ou de dents atteintes ($CAO = 0$) ainsi que ceux sans aucune trace de traitement ($O = 0$).
- l'indice de traitement calculé sur les enfants ayant au moins une dent atteinte ($CO \neq 0$). Il mesure la proportion de dents traitées par rapport à l'ensemble des dents atteintes qu'elles

soient traitées ou non.

- le pourcentage de besoins en soins exprimé par la formule $[O/CO = 0] + [0 < O/CO < 1]$,
- l'indice de bonne santé dentaire,
- les autres besoins en soins (orthodontie, hygiène, gingivite, tartre)
- la présence de traumatismes,
- la présence de scellements des puits et fissures
- le recours au cabinet dentaire.

IV. Population observée

La population d'enfants retenus pour chaque tranche d'âge (1300) est représentative de la population française de cet âge. Le tirage de l'échantillon est réalisé à partir des fichiers informatiques fournis par la Direction Évaluation- Prospective de l'Éducation Nationale. Ils comprennent des indications concernant le type de commune sur laquelle est implantée chaque établissement, ainsi que le nombre d'enfants scolarisés dans le niveau.

Chaque établissement a une probabilité de choix proportionnelle à son effectif. Les tirages seront effectués de manière non exhaustive avec remise (un même établissement pouvant éventuellement être tiré plusieurs fois). Le tirage effectué est un tirage en grappe, dans chaque strate, sur les enfants scolarisés en donnant une estimation du nombre d'enfants concernés. Le tirage est effectué sur 5000 enfants nécessaires par catégorie d'âge. Seulement 26% de ces enfants seront examinés. Afin de garantir une certaine marge de sécurité (enfants absents, différence de nombre d'enfants d'une catégorie d'âge et de celui de la section où ils devraient se trouver...) il est retenu le tiers de la classe d'âge soit les enfants nés à plus ou moins 3 mois de la date d'examen.

Les items relevés permettent la mesure des indices COD (denture temporaire), CAOD (denture permanente) et CAO mixte (denture mixte) puis les paramètres pris séparément (c, o, C, A, 0) en fonction de l'âge, du sexe, des PCS (professions et catégories sociales : nomenclature INSEE PCS 2003), des strates et des zones géographiques (rurales, petites villes, villes de plus de 20 000 habitants) et de l'appartenance ou non à une ZEP (zone d'éducation prioritaire).

V. Diffusion

Les résultats sont analysés et présentés sous forme de listing pour chaque item et indices étudiés.

L'interprétation des résultats fait l'objet d'un rapport remis à la Direction Générale de la Santé avec des tableaux de résultats annexés.

Une monographie de ce rapport est éditée par l'UFSBD et une version pdf du document mise en ligne sur le site ufsbdbd.fr.

L'enquête est diffusée sur la base de données de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'UFSBD étant Centre Collaborateur de l'OMS pour le développement de nouveaux concepts d'éducation et de pratiques bucco-dentaires.

Enquête nationale de prévalence du saturnisme et de séroprévalence des maladies infectieuses chez les enfants de 6 mois à 6 ans (SATURN-INF)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) InVS

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non
- Périodicité : septembre 2008 à avril 2009

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A +1 an

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Exhaustivité non calculée (143 services hospitaliers de pédiatrie ont participé et 3832 enfants ont été enquêtés pour estimer la prévalence en population générale)

- Échantillonnage oui non

plan de sondage

Sondage aléatoire à 2 degrés : 1^{er} degré : tirage au sort des hôpitaux

2^{ème} degré : recrutement en tout venant d'enfants hospitalisés

Stratification au 1^{er} degré sur la région et sur le risque d'exposition au plomb dans l'habitat

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :

- Systématiques (l'ensemble des régions)
- Du fait d'extensions régionales

Comparaisons régionales possibles pour la distribution de la plombémie mais pas pour la prévalence du saturnisme.

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :

- Systématiques (l'ensemble des régions)
- Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :

- la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
- la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Harmonisation sur les méthodes de dosage et le calcul de l'incertitude analytique

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Cette enquête transversale a de multiples objectifs :

Pour le volet Saturnisme :

- estimer la prévalence nationale du saturnisme chez les enfants de 6 mois à 6 ans ;
- estimer la distribution des plombémies des enfants de 6 mois à 6 ans par région administrative ;
- mettre à jour les connaissances sur les déterminants de la plombémie ;
- valider des indicateurs permettant de caractériser des zones à risque.

Pour le volet Cadmium :

- de connaître la distribution de la cadmiémie des enfants de 6 mois à 6 ans ;
- de déterminer des valeurs de référence pour cette population ;
- d'étudier les facteurs de variation de la cadmiémie.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé** oui non
Si oui, préciser *prévalence (stock)*
 incidence (flux)
 mortalité
 données déclarées
 données mesurées
 données estimées
 recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins** oui non
Si oui, préciser Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages)** oui non
- 4 - Santé perçue** oui non
- 5 - Qualité de vie** oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé** oui non
- 7 - Exposition environnementale** oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

-
- oui
-
- non

III. Variables et nomenclatures**1. Mode de recueil**

-
- En face à face*
-
-
- Par téléphone*
-
-
- Auto-questionnaire*
-
-
- Dossier administratif*
-
-
- Fichier(s) de gestion*
-
-
- Déclaration obligatoire*
-
-
- Autre*

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non
- Santé travail oui non
- Santé environnement oui non
- Déficiences et handicaps oui non
- Santé mentale oui non

- Modes de vie	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Nutrition	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Relation avec le système de soins	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Addictions / toxicomanies	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non

3. Nomenclatures employées

Nomenclatures sur les niveaux d'étude et CSP 2003 de l'Insee

IV. Population observée

3832 enfants de 6 mois à 6 ans ont été enquêtés dans 143 services de pédiatrie au cours d'une hospitalisation de jour ou complète (+ de 24h). Métropole + Martinique, Guadeloupe et Ile de la Réunion.

Les poids de sondage et redressements réalisés permettront d'extrapoler nos résultats aux enfants français âgés de 6 mois à 6 ans.

V. Diffusion

Données « Saturnisme » partagées entre l'InVS, l'EHESP et le Centre Scientifique et Techniques du Bâtiment (partenaires de l'étude). L'accès d'une autre équipe projet aux données nécessiterait une demande complémentaire à la Cnil.

Enquêtes triennales sur la santé des enfants et des adolescents scolarisés (Grandes sections, CM2 et 3^e)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) DREES, Éducation nationale
- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s))
DREES, Institut de veille sanitaire, Direction de l'Évaluation et de la Prospective et de la Performance (DEPP).

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
- d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non
- Périodicité : annuelle, jusqu'en 2015, un niveau enquêté tous les ans
alternativement. A partir de 2012, un niveau scolaire enquêté alternativement tous
les 2 ans
- Année du premier recueil : 1999
- Année du dernier recueil : 2006
- Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 24 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
- DOM
- Plusieurs régions
- Plusieurs départements

• Préciser si la source permet des comparaisons régionales : Oui mais seulement pour enquête en grandes sections de maternelles.

- Systématiques (l'ensemble des régions)
- Du fait d'extensions régionales

• Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON

- Systématiques (l'ensemble des régions)
- Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

• Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON

- la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
- la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Disposer régulièrement de données sur la santé des enfants et des adolescents en vue d'éclairer l'action publique, en particulier sur la surcharge pondérale, l'asthme, la santé bucco dentaire.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | | |
|---|--|---|
| 1 - Événements et état de santé | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser</i> | <input checked="" type="checkbox"/> prévalence (stock) | |
| | <input type="checkbox"/> incidence (flux) | |
| | <input type="checkbox"/> mortalité | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> données déclarées | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> données mesurées | |
| | <input type="checkbox"/> données estimées | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...) | |
| 2 - Consommations de soins | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser</i> | <input checked="" type="checkbox"/> Hospitalisation | |
| | <input type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Médicaments | |
| | <input type="checkbox"/> Renoncement | |
| 3 - Prévention (comportements, dépistages) | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 4 - Santé perçue | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 5 - Qualité de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 6 - Inégalités sociales de santé | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 7 - Exposition environnementale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre : questionnaire renseigné par le médecin ou l'infirmière de l'Education nationale qui examine l'élève

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Si oui, préciser quelles maladies : Asthme

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

En CM2 et 3^{ème} :

Taille de l'échantillon selon les années : 8 à 10 000 élèves,

Plan de sondage à 2 degrés, le 1^{er} permettant de sélectionner les établissements et le 2nd les élèves à enquêter, avec une surreprésentation des ZEP.

Représentativité nationale et au niveau de ZEAT (Zones d'étude et d'aménagement du territoire).

En Grandes sections de maternelles :

Taille de l'échantillon : 25 000 à 30 000 élèves

Représentativité régionale

V. Diffusion

Publications disponibles sur les sites des partenaires exploitant la base :

DREES (<http://www.sante.gouv.fr>); Insee (<http://www.insee.fr>); DEPP

(<http://www.education.gouv.fr>).

Étude Nationale Nutrition Santé (ENNS)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE,
UNIVERSITE PARIS 13

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit*
 - d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : 5 à 7 ans

Année du premier recueil : 2006-2007

Année du prochain recueil : 2012-2013

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 6 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage

Tirage à 3 degrés :

1/ Tirage d'unités primaires INSEE (communes ou regroupement de communes)

2/ Tirage de foyers au sein de chaque zone (listes téléphoniques blanches, rouges, portables uniquement, incluant les dégroupés)

3/ Tirage d'un individu par foyer (adulte ou enfant ; méthode de la date anniversaire)

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine SAUF CORSE
 - DOM
 - Plusieurs régions
 - Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Cf. par exemple contribution à l'European Nutrition and Health Report

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Décrire la consommation alimentaire, l'activité physique et le statut nutritionnel des enfants et des adultes à partir d'un échantillon représentatif de la population vivant en France métropolitaine en 2006-2007.

Décrire les prévalences de diabète, du syndrome métabolique, de l'hypertension artérielle, des dyslipidémies, connus ou méconnus, ainsi que leurs facteurs de risque nutritionnels et leur prise en charge nutritionnelle et médicamenteuse chez les adultes inclus dans l'étude ;

Décrire l'exposition de la population, *via* les indicateurs biologiques, à divers toxiques alimentaires (métaux lourds et pesticides) et les déterminants de ces expositions.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | | |
|---------------------------------|---|------------------------------|
| 1 - Événements et état de santé | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser</i> | <input checked="" type="checkbox"/> prévalence (stock) | |
| | <input type="checkbox"/> incidence (flux) | |
| | <input type="checkbox"/> mortalité | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> données déclarées | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> données mesurées | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> données estimées | |
| | <input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...) | |

- 2 - Consommations de soins** oui non
Si oui, préciser
 Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages)** oui non
- 4 - Santé perçue** oui non
- 5 - Qualité de vie** oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé** oui non
- 7 - Exposition environnementale** oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

-
- | | | |
|----------------------------------|---|---|
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

3. Nomenclatures employées

Sociodémographie : questionnaires courts et classification INSEE
État nutritionnel, marqueurs cardiovasculaires : définitions internationales

IV. Population observée

Total des inclusions : 3.115 adultes et 1.675 enfants
Tranches d'âge : 3-17 ans et 18-74 ans
Utilisation de redressement sur le recensement INSEE.

V. Diffusion

Rapport princeps disponible sur le site de l'InVS
Articles scientifiques

Accès aux données individuelles : lancement d'un appel à projets et ouverture de la biothèque fin 2009 pour une transmission mi 2010 après examen des propositions.

Études individuelles et Nationales sur les Consommations Alimentaires (INCA1, INCA2, INCA3)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)
Agence Nationale de Sécurité Sanitaire ANSES

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
 - d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité : à préciser 6 ans

Année du premier recueil : 1998-9

Année du dernier recueil : 2006-7

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A+12 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non

Les consommations alimentaires individuelles déclarées peuvent faire l'objet de sous déclaration et plus rarement de sur-déclaration. La méthode d'enquête de l'étude INCA été validée par biomarqueur sur volontaires sains. Récemment, dans le cadre du projet européen EFCOVAL, les déclarations d'apports nutritionnels ont été comparées aux biomarqueurs correspondants et les écarts sur les indicateurs populationnels sont restés inférieurs à 10%. Le taux de participation à l'étude a été en 2006-7 de 63% chez les adultes de 18 à 79 ans et 69% chez les enfants de 3 à 17 ans

- Échantillonnage oui non

Plan de sondage à 3 degrés (unités primaires, ménages, individus) sur base recensement, stratifié selon région et taille d'agglomération, équilibré sur l'âge moyen du chef de ménage et le revenu.

4. Champs

- Champ géographique :
 - France métropolitaine
 - DOM
 - Plusieurs régions
 - Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales :
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales

Le plan de sondage a été conçu avec l'aide de l'UMS de l'INSEE pour permettre des exploitations au niveau ZEAT pour les variables communes avec l'étude ENNS de l'InVS

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) :
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

La méthode INCA1 et INCA2 a été conçue pour permettre une comparaison avec plusieurs pays européens (Royaume-Uni, Irlande, Suède, Italie, Pays-Bas).

Un changement méthodologique pour INCA3 permettra un recueil standardisé au moyen du logiciel EPIC-SOFT de l'OMS, traduit dans plusieurs langues et recommandé par l'agence européenne EFSA. Il est utilisé actuellement en Belgique, aux Pays-Bas, en Allemagne, République Tchèque et en cours d'adoption dans d'autres pays.

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Caractériser de façon quantitative les consommations alimentaires individuelles, les apports nutritionnels et les expositions par voie alimentaire de la population à l'ensemble des substances présentes dans l'alimentation et en particulier celles qui sont réglementées (contaminants environnementaux, résidus de pesticides, additifs alimentaires)

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non (sauf surpoids et obésité)
Si oui, préciser
 prévalence (stock)
 incidence (flux)
 mortalité
 données déclarées
 données mesurées
 données estimées
 recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins oui non
Si oui, préciser
 Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages) oui non
- 4 - Santé perçue oui non
- 5 - Qualité de vie oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé oui non
- 7 - Exposition environnementale oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non
- Santé travail oui non
- Santé environnement oui non
- Déficiences et handicaps oui non
- Santé mentale oui non

- Modes de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Nutrition	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Relation avec le système de soins	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Addictions / toxicomanies	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non

3. Nomenclatures employées

L'étude INCA2 a fait l'objet d'un avis d'opportunité favorable du CNIS et d'un avis favorable du comité du label (étude d'intérêt général). L'ensemble des variables socio-démographiques sont celles utilisées par la statistique publique : région, taille d'agglomération, âge, sexe, PCS individuelle, PCS du chef de ménage, niveau d'études, taille du ménage, revenus du ménage (en tranches).

Les nomenclatures sur les aliments sont celles utilisées par l'autorité européenne EFSA et par les réglementations communautaires

IV. Population observée

L'échantillon est constitué de 2624 adultes de 19 à 79 ans et 1455 enfants de 3 à 17 ans

Une post-stratification a été réalisée au moyen des variables région, taille d'agglomération, taille du ménage, sexe, âge, PCS du chef de famille à partir de l'enquête emploi de 2005.

La représentativité est assurée pour la France métropolitaine

V. Diffusion

Le rapport général de l'étude INCA2 a été publié en février 2009 par l'Afssa (devenue en 2010 l'Anses), il est en ligne sur le site www.anses.fr

Lafay et al (2009) Etude individuelle Nationale des Consommations Alimentaires 2 (INCA2) 2006-7, Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, ISBN 978-2-11-097789-2, 225 pages

Il est possible d'accéder aux données désagrégées par établissement d'une convention avec l'Anses.

Source de données échantillonnée et permanente

Échantillon Généraliste de Bénéficiaires (EGB)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) : CNAMTS
- Organisme(s) accédant à la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s)) : CNAMTS, CNSA, InVS, AFSSAPS, InCA, ARS, HAS, HCAAM, INSERM, IRDES, CNRS, ministères.

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
 - d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres (préciser)

- Appariement de sources administratives oui non
- Appariement avec les données du PMSI MCO pour les séjours à partir de 2007.

- Périodicité :

Année du premier recueil : 2004

Année du dernier recueil : 2010 recueil permanent

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte ? 3 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage : l'EGB est un échantillon représentatif qui résulte d'un sondage au 1/97^{ème} sur le numéro de sécurité sociale (NIR) des bénéficiaires de l'assurance maladie, qu'ils soient ouvriers de droit ou ayants droit, et recense près de 500 000 bénéficiaires. S'il ne couvre actuellement que le régime général à l'exception des fonctionnaires et des étudiants, il a vocation à s'étendre à l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

Les bénéficiaires de l'EGB sont ceux dont le numéro de clé de contrôle du NIR est égal à une valeur donnée, confidentielle. Une étude préalable au tirage a permis, grâce à deux tests statistiques du Chi2, de s'assurer que :

- la population vivante en France est équidistribuée selon la clé de contrôle du NIR des individus. Le numéro de clé de contrôle du NIR varie de 1 à 97. Les bénéficiaires de l'EGB sont ceux dont la clé de contrôle du NIR est égal à une seule de ces valeurs, le taux de sondage de l'EGB est donc de 1/97e ;
- la répartition par tranche d'âge de cinq ans et par sexe de la population vivante en France est indépendante de la clé de contrôle du NIR des individus et par conséquent représentative de la répartition nationale.

Cette vérification était essentielle compte tenu de l'influence déterminante de l'âge et du sexe de la population sur les dépenses de santé.

L'EGB est un échantillon vivant : à la fin de chaque trimestre calendaire, les informations de l'ensemble des bénéficiaires de l'EGB (déjà présents ou nouveaux entrants) sont extraites des bases de données administratives de l'Assurance maladie. Chaque trimestre, l'échantillon s'enrichit des nouveau-nés, des étrangers venant travailler en France et de leurs ayants droit ; tant qu'il ne couvre que le régime général, il s'enrichit également des personnes nouvellement affiliées à ce régime pour cause de changement dans leur vie professionnelle et de leurs ayants droit. En revanche, les personnes décédées (la date de décès figure dans le référentiel de l'EGB), les étrangers retournant dans leur pays d'origine ou les bénéficiaires quittant le(s) régime(s) couvert(s) par l'EGB ne seront plus protégés par ces régimes et sont considérés comme sortants ; leurs informations sont néanmoins conservées dans la base de données de l'échantillon pour permettre de réaliser des études longitudinales et de les caractériser.

4. Champs

Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

• Préciser si la source permet des comparaisons régionales :

- Systématiques (l'ensemble des régions)
- Du fait d'extensions régionales

• Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales :

- Systématiques (l'ensemble des régions) mais limité par l'effectif
- Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

• Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : oui

- la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
- la source est en partie harmonisée au niveau européen/international (codification ATC pour le médicament, CIM 10 pour les pathologies)

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

L'EGB permet de rassembler une population suffisamment importante (près de 500 000 personnes du régime général) pour répondre à la plupart des questions portant sur le comportement sanitaire de la population. Ainsi, il est possible d'étudier le montant du reste à charge des patients, le niveau moyen de leur consommation de soins suivant différents critères (âge, sexe, prise en charge pour affection de longue durée (ALD), affiliation à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), le suivi d'une population atteinte d'une ALD telle que le diabète (13 000 personnes dans l'EGB en 2007), l'insuffisance respiratoire chronique grave (2 500 personnes) ou la maladie d'Alzheimer (2 000 personnes). Le mode de tirage de l'EGB, basé sur le NIR des individus, facilite largement la réalisation d'études longitudinales. En effet, le NIR d'une personne reste identique pendant toute sa vie, un bénéficiaire de l'EGB sera donc identifié de la même façon de sa naissance jusqu'à sa mort. Lorsque cet échantillon sera ouvert à l'ensemble des régimes de sécurité sociale, les personnes qui le composent ne le quitteront que pour cause de décès ou de départ à l'étranger. Il sera donc aisé de suivre le parcours de soins de différentes cohortes d'individus.

Cet échantillon devrait permettre de reconstituer l'ensemble du parcours de soins des patients sur une longue période, car les données de consommation de soins du SNIIRAM, concernant la médecine de ville et l'hospitalisation privée, peuvent être enrichies des données de remboursement des hospitalisations dans des établissements « publics », anciennement sous dotation globale, ainsi que des informations hospitalières médicalisées du PMSI. Cette reconstitution sera facilitée par l'évolution du SNIIRAM, qui concerne également l'EGB, puisque, depuis février 2009, le SNIIRAM contient des informations sur les soins externes dispensés dans les hôpitaux « publics » (PMSI).

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé** oui non
Si oui, préciser
- prévalence (stock)
 - incidence (flux)
 - mortalité
 - données déclarées
 - données mesurées
 - données estimées
 - recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins** oui non
Si oui, préciser
- Hospitalisation
 - Consultations (médicales / paramédicales)
 - Médicaments
 - Renoncement

- | | | |
|--|---|---|
| 3 - Prévention (comportements, dépistages) | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| 4 - Santé perçue | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 5 - Qualité de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 7 - Inégalités sociales de santé | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 6 - Exposition environnementale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

• Variables et nomenclatures

4. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre*

5. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

6. Nomenclatures employées

CIM 10, code ATC, CIP, CCAM, NABM, LPP, nomenclature SNIIRAM

III. Population observée

Les bénéficiaires de l'assurance maladie, qu'ils soient ouvriers de droit ou ayants droit. S'il ne couvre actuellement que le régime général à l'exception des fonctionnaires et des étudiants, il a vocation à s'étendre à l'ensemble des régimes d'assurance maladie.

IV. Diffusion

Les données sont accessibles pour : CNSA, InVS, AFSSAPS, InCA, ARS, HAS, HCAAM, INSERM, IRDES, CNRS, certains ministères, IDS

- le ministère chargé de l'assurance maladie et de la santé ainsi que les agences sanitaires placées sous sa tutelle, notamment l'Invs, l'Afssaps et l'Inca ;
- le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie ainsi que le ministère de l'agriculture ;
- les ARS ;
- la Haute Autorité de santé ;
- le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ;
- l'Union nationale des professions de santé ;
- l'Institut des données de santé ainsi que tout autre organisme de recherche habilité par celui-ci ;
- les chercheurs habilités de l'Irdes, du Cetaf, de l'Inserm et du Cnrs.

Les grandes enquêtes nationales auprès des professionnels et structures de soins :

Baromètre santé médecins généralistes

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres
- Appariement de sources administratives oui non
- Périodicité :
 - Année du premier recueil : 1992
 - Année du dernier recueil : 2008-2009
 - Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 18 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage

- Échantillonnage aléatoire simple des médecins généralistes exerçant en libéral à partir du fichier Cegedim®. Interrogation par téléphone.

Dernière vague d'enquête :

- **Echantillon de 2 083 médecins généralistes**, dont 185 interrogés sur le WEB.
- Taux de réalisation (sur base interrogeable) : 57,1 %
- Taux de refus : 30,8 %
- Taux d'abandon : 1,0%
- Taux de non réalisation (attente questionnaire, non réponse web) : 11,1%

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON (possibilité selon les régions « téléphoniques »)
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

Connaître les opinions, comportements et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention ; différents thèmes y sont abordés notamment les opinions vis-à-vis de la vaccination, le dépistage de cancers, d'hépatites virales, la prise en charge des problèmes d'addiction...

Elle vise entre autre à identifier les pratiques préventives (primaire, secondaire), repérer les difficultés rencontrées ... notamment en vue de guider, renforcer les actions de prévention auprès des professionnels de santé.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser
- prévalence (stock)
 - incidence (flux)
 - mortalité
 - données déclarées
 - données mesurées
 - données estimées
 - recueil indirect (ex : carnet de santé...)

2 - Consommations de soins

Si oui, préciser

- oui non
 Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement

3 -Prévention (comportements, dépistages)

- oui non

4 - Santé perçue

- oui non

5 - Qualité de vie

- oui non

7 - Exposition environnementale

- oui non

6 - Inégalités sociales de santé

- oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre : Enquête WEB complémentaire pour les refus

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

- Vaccinations oui non
- Iatrogénie oui non
- Santé sexuelle et reproductive oui non
- Périnatalité oui non
- Maladies chroniques oui non

Si oui, préciser quelles maladies : Dépistage de cancers ; Alzheimer

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

Les échantillons de cette enquête transversale répétée par téléphone sont constitués de praticiens exerçant une activité libérale en France métropolitaine. Ils sont tirés aléatoirement (aléatoire simple) dans les fichiers de la société CEGEDIM®.

Dans le cadre de la dernière vague d'enquête (2008-2009), 2083 médecins généralistes ont été interrogés : 1898 par téléphone et 185 par internet (tout médecin ayant refusé l'entretien téléphonique ou n'ayant pas pu honorer les rendez-vous fixés par téléphone s'est vu proposé cette enquête web).

La structure obtenue selon les critères de sexe, d'âge et de régions (grandes régions téléphoniques) correspondant tout à fait à celle de différentes sources (Adeli, SNIR, SNIRAM), aucun redressement n'a été décidé pour la présentation des résultats.

	Structure obtenue (n=2083)
Sexe	%
Homme	69,8
femme	30,2
Age déclaré	%
40 ans et moins	14,4
41 à 50 ans	31,7
51 ans et plus	53,9
Cabinet d'exercice	%
Individuel	48,0
Groupe	52,0
Localisation	%
IDF	14,1
NO	17,2
NE	23,9
SE	30,0
SO	14,8

V. Diffusion

Publication de l'Inpes et accès à la base de données à partir du second semestre 2010.

Enquête Nationale sur les Évènements Indésirables graves associés aux Soins, observés en établissement de santé (ENEIS)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) DREES
- Organisme(s) exploitant la source (si différent(s) de(s) propriétaire(s))
DREES et prestataire (CCECQA pour Eneis 1 en 2004 et ENEIS 2 en 2009)

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres
- Appariement de sources administratives oui non
- Périodicité : tous les 5 ans
 - Année du premier recueil : 2004
 - Année du dernier recueil : 2010
 - Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 3 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non
- Plan de sondage :*

Sondage à 3 degrés³

1^{er} degré : tirage des dates d'observation (fenêtre d'observation)

2^{ème} degré : tirage de lits

3^{ème} degré : tirage de séjours ou fractions de séjours observés pendant la période d'observation.

³ Cf note n° 63/F140 du 15 septembre 2003 sur le plan de sondage de l'enquête ENEIS, réponse de l'UMS pour la justification du plan de sondage présentée en annexe V

Les contraintes

La fenêtre d'observation

L'unité d'échantillonnage est le « jour d'observation », or on souhaite observer des séjours-patients. Si on ne tient pas compte de cette distinction dans le calcul des pondérations, on va naturellement biaiser les estimateurs car les individus qui ont des durées de séjour plus longues ont une plus grande probabilité d'être enquêtés. Il sera donc nécessaire d'adapter le calcul des poids afin de compenser cet effet et d'aboutir à des estimateurs sans biais.

Une fenêtre de 7 jours permet de répondre à l'éventuelle saisonnalité sur les jours de la semaine et a l'avantage d'être supérieure à la durée moyenne de séjours (5 à 6 jours selon les disciplines). L'éventuelle saisonnalité sur l'année est difficile à prendre en compte, pour permettre les comparaisons, il est retenu de refaire l'enquête sur la même période que pour ENEIS 2004 (collecte de mars à juin).

Le tirage des lits

Pour limiter les coûts de collecte, il est proposé de lier le tirage des lits à celui des établissements. En effet une moindre dispersion de l'échantillon permet d'optimiser le nombre d'établissements et de mutualiser la charge, elle permet aussi de limiter les temps d'approche pour les enquêteurs.

Base de sondage : la SAE (statistique annuelle des établissements de santé) disponible au moment du tirage de l'échantillon d'établissements (simulation et calculs sur la base 2006).

Unités tirées : tirage de lits pour obtenir in fine des séjours-patients ou fractions de séjours-patients.

Champ : établissements de santé publics et privés de France métropolitaine (hors service de santé des armées) ayant des capacités d'hospitalisation complète en médecine ou en chirurgie, à l'exclusion de l'obstétrique et de la néonatalogie.

1^{er} niveau : zones géographiques

5 zones pour la médecine, 5 zones pour la chirurgie.

2^{ème} niveau : tirage d'établissements dans chaque strate, définie en partie en fonction des strates d'analyse mais aussi des particularités des établissements (AP-HP à part, autres CHR, regroupements des hôpitaux locaux).

Strates proposées pour le tirage :

- Strate 1 : AP-HP (tirage d'établissements géographiques)
- Strate 2 : CHR (tirage d'entité juridique), hors AP-HP (dans les zones tirées « médecine » ou « chirurgie »)

Départements tirés « médecine »

- Strate 3 : Hôpitaux locaux
- Strate 4 : autres établissements publics (tirage d'entité juridique) et établissements privés non lucratif – médecine
- Strate 5 : établissements privés à but lucratif - médecine

Départements tirés « chirurgie »

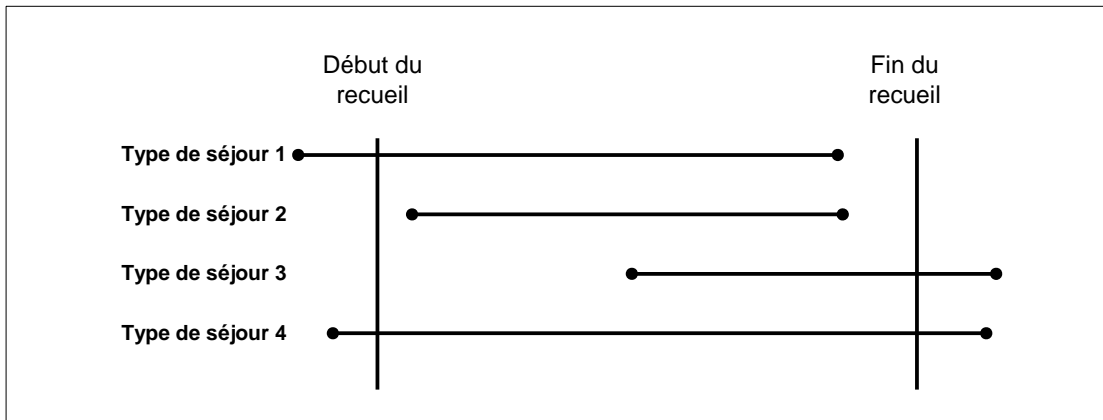
- Strate 6 : autres établissements publics (tirage d'entité juridique) et établissements privés non lucratif - chirurgie
- Strate 7 : établissements privés à but lucratif - chirurgie

3^{ème} niveau : tirage d'unités de soins et de lits dans les unités de soins (les unités de soins n'étant pas connus dans la base de sondage, le tirage est réalisé pour chaque établissement ayant accepté l'enquête à partir de la liste des unités de soins transmise par le prestataire, lui-même chargé du recueil de cette information. La méthode de tirage sera finalisée avec le prestataire pour assurer le caractère aléatoire du tirage.

Le tirage des séjours

Tous les séjours présents ou entrants dans la période d'observation seront traités.

Types de séjours dans l'échantillon (période d'observation comprise entre les deux barres verticales)



Constitution des échantillons de réserve

Des échantillons de réserve (au niveau des établissements) seront constitués pour chacune des strates de tirage, d'abord à l'intérieur des départements tirés, puis dans les départements limitrophes si besoin.

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements
- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 - Systématiques (l'ensemble des régions)
 - Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 - la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 - la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Les autres pays européens, à quelques exceptions dont l'Espagne et bientôt la Suisse, ne font pas cette enquête.

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

L'objectif principal de l'enquête est d'estimer l'incidence des événements indésirables graves observés en milieu hospitalier et leur caractère évitable, pour les événements à l'origine d'une admission dans les unités de médecine et chirurgie des établissements de santé ou survenant dans de telles unités au cours d'une hospitalisation.

Les objectifs secondaires sont 1) d'estimer la gravité et la part évitable de ces événements ; 2) de décrire les causes immédiates de survenue de ces événements liés aux soins.

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- | | | |
|---|---|---|
| 1 - Événements et état de santé | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser</i> | <input type="checkbox"/> prévalence (stock) | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> incidence (flux) | |
| | <input type="checkbox"/> mortalité | |
| | <input type="checkbox"/> données déclarées | |
| | <input type="checkbox"/> données mesurées | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> données estimées | |
| | <input type="checkbox"/> recueil indirect (ex : carnet de santé...) | |
| 2 - Consommations de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| <i>Si oui, préciser</i> | <input type="checkbox"/> Hospitalisation | |
| | <input type="checkbox"/> Consultations (médicales / paramédicales) | |
| | <input type="checkbox"/> Médicaments | |
| | <input type="checkbox"/> Renoncement | |
| 3 - Prévention (comportements, dépistages) | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 4 - Santé perçue | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 5 - Qualité de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 6 - Inégalités sociales de santé | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| 7 - Exposition environnementale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
- Par téléphone*
- Auto-questionnaire*
- Dossier administratif*
- Fichier(s) de gestion*
- Déclaration obligatoire*
- Autre* : Le recueil se fait en deux temps par des

enquêteurs externes à l'établissement. Un enquêteur-infirmier passe tous les deux ou trois jours et détecte les patients susceptibles de présenter un événement indésirable à l'aide d'une grille de 17 critères de détection. **La détection est faite avec le cadre de soins et s'appuie sur le dossier du patient.** Une à deux semaines après, un enquêteur-médecin se rend dans l'unité pour confirmer ou infirmer la présence d'événement indésirable pour les patients détectés. De plus, il apprécie le caractère évitable des événements survenus pendant l'hospitalisation. Pour cela, **il rencontre le médecin en charge du patient et consulte également avec lui le dossier du patient.**

2. Thématiques observées

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| - Sociodémographiques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé travail | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé environnement | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Déficiences et handicaps | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Santé mentale | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Modes de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Nutrition | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Relation avec le système de soins | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Addictions / toxicomanies | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Parcours de vie | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Accidents et traumatismes | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies infectieuses | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Vaccinations | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Iatrogénie | <input checked="" type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| - Santé sexuelle et reproductive | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Périnatalité | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |
| - Maladies chroniques | <input type="checkbox"/> oui | <input checked="" type="checkbox"/> non |

3. Nomenclatures employées

Il n'existe pas de nomenclature nationale ou internationale des EIG

IV. Population observée

L'objectif est de disposer d'un échantillon minimum de **800 séjours ou fractions de séjours** dans chacun des domaines d'analyse définis ci-dessous.

L'analyse est réalisée selon deux axes :

- le type d'unités de soins : chirurgie ou médecine
- le type d'établissements : Centres hospitaliers universitaires ou régionaux (CHU/CHR), autres établissements publics et établissements privés à but non lucratif, établissements privés à but lucratif.

Soit six strates d'analyse.

Au total 8000 séjours environ constituent l'échantillon.

L'échantillon permet de réaliser des estimations nationales.

V. Diffusion

Les établissements participant seront destinataires des restitutions les concernant en décembre de l'année de la collecte

La rédaction du rapport final et la publication des résultats agrégés sont prévues respectivement en mars et juin de l'année suivant la collecte avec un colloque dans l'année (au moins pour les deux premières enquêtes).

Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (Epac)

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) Institut de Veille Sanitaire (InVS)

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
- d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non

- Périodicité :

Année du premier recueil : 1986, et dans la version actuelle : 2004

Année du dernier recueil : 2009 (en cours)

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 9 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non

Epac est implantée actuellement (2009) dans 11 hôpitaux, dont 10 en métropole et un à la Réunion.

Les données sont collectées exhaustivement dans les urgences des hôpitaux participant du réseau.

- Échantillonnage oui non

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
- DOM : Réunion
- Plusieurs régions
- Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON

- Systématiques (l'ensemble des régions)
- Du fait d'extensions régionales

Les données Epac peuvent être analysées globalement (toutes données confondues provenant des hôpitaux du réseau) ou par hôpital.

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON

- Systématiques (l'ensemble des régions)
- Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON

- la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
- la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

Les données Epac sont dans le format européen des données collectées par le réseau Injury Data Base (IDB), développé dans plus d'une dizaine de pays de l'Union européenne : Autriche, Danemark, Suède, Pays-Bas, Grèce, Portugal, Espagne, Malte, etc.

Cependant les comparaisons européennes sont en pratique très difficiles à faire, voire impossible jusqu'à présent, car les méthodes de collecte des données dans les différents pays ne sont pas harmonisées. Seules les nomenclatures utilisées pour le codage des items (produits, activité, lieu, mécanisme de l'accident de la vie courante) sont harmonisées. Les autres caractéristiques de la collecte de données sont hétérogènes d'un pays à l'autre. En particulier dans la plupart des pays qui participent au réseau IDB, il n'est pas organisé d'analyses de qualité qui permettraient de garantir l'exhaustivité, l'homogénéité et le caractère complet des données collectées.

Par ailleurs, les modalités d'estimation des taux d'incidence en population d'accidents de la vie courante à partir des données IDB ne sont pas harmonisées entre pays.

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc.)

L'objectif principal de l'Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante est de disposer de résultats descriptifs détaillés, fiables et à jour sur le nombre et les caractéristiques des accidents de la vie courante (AcVC) survenant en France et donnant lieu à recours aux soins d'urgence en milieu hospitalier

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser
- prévalence (stock)
 - incidence (flux)
 - mortalité

- données déclarées
 données mesurées
 données estimées
 recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins** oui non
Si oui, préciser Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
 Activité des services d'urgence
- 3 - Prévention (comportements, dépistages)** oui non
- 4 - Santé perçue** oui non
- 5 - Qualité de vie** oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé** oui non
- 7 - Exposition environnementale** oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre : Observation d'urgence, interrogatoire du patient

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non
 - Santé travail oui non
 - Santé environnement oui non
 - Déficiences et handicaps oui non
 - Santé mentale oui non
 - Modes de vie oui non
 - Nutrition oui non
 - Relation avec le système de soins oui non

- Addictions / toxicomanies	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non

3. Nomenclatures employées

Les nomenclatures utilisées pour Epac sont celles qui ont été définies au plan européen pour la collecte des items d'intérêt sur les accidents de la vie courante (version V2000). Elles concernent les lésions, les parties lésées, les produits, l'activité, le lieu, le mécanisme de l'accident, ainsi que le type de sport pratiqué en cas d'accident de sport. Les catégories socioprofessionnelles et l'activité professionnelle sont codées dans les nomenclatures couramment utilisées en France, dans leurs versions les plus agrégées.

Les caractéristiques de collecte sont consignées dans un guide de référence Epac publié sous forme de rapport par l'Institut de veille sanitaire en 2005, et disponible sur le site Internet de l'Institut.

IV. Population observée

Population des accidentés ayant recours aux urgences pour accident de la vie courante dans les hôpitaux participant au réseau Epac

Pour les données de registre, DO, réseaux de surveillance, préciser le mode de recueil, ses contraintes, la nature des traitements et repondérations effectuées, le taux de couverture :

Recueil à partir du contenu des observations médicales et paramédicales des urgences. Mise en forme, codage, saisie, validation des données par personne formée aux accidents de la vie courante et dédiée à ce travail. L'hôpital est sous convention avec l'Institut de veille sanitaire pour sa participation au réseau. Des analyses de qualité sont effectuées chaque année dans chaque hôpital pour vérifier l'exhaustivité, la fiabilité, l'homogénéité des données.

Des retours de résultats sont organisés régulièrement. Des réunions d'information et de formation sont organisées tous les 18 mois avec les codeurs et les référents du réseau.

V. Diffusion

Les données sont jusqu'à présent (2009) exclusivement traitées en routine à l'Institut de veille sanitaire.

Les hôpitaux participant au réseau peuvent avoir accès à leurs propres données pour traitement spécifique, sous certaines conditions de délai et de compatibilité avec les traitements effectués au niveau national.

La mise à disposition des données peut être envisagée, dans le cadre d'un projet de surveillance ou de recherche collaboratif.

Enquête sur les opinions et pratiques des médecins du travail en matière de prévention des addictions et étude des liens entre médecins du travail et médecins généralistes

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s)
 - INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
 - INRS, Institut national de recherche et de sécurité
 - SMTOIF Société de médecine du travail de l'Ouest Ile -de- France

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
- Cohorte, panel oui non
- Registre oui non
- Réseau de surveillance oui non
- Source administrative unique oui non
 - Si oui, préciser s'il s'agit* d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres
- Appariement de sources administratives oui non
- Périodicité :
 - Année du premier recueil : 2009
 - Année du dernier recueil :
 - Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 12 à 18 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage :

- Échantillonnage des médecins du travail à partir du fichier Cegedim, reclassé par l'institut GfK-ISI par types de régimes : Inter-entreprises, services autonomes, fonction publique État collectivité territoriales ; régime hospitaliers, régime de la MSA.

- **Echantillon aléatoire de 750 médecins du travail**, stratifié suivant le type de régimes, la taille d'agglomération, le sexe.
 - Interrogation de 150 médecins du travail par régime.
- Taux de refus global (sur base éligible) : 5,6%

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements
- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales
- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales
- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...)

- Identifier, pour les médecins du travail, l'importance de la place des addictions **parmi les différentes priorités de santé au travail** et de santé publique
- Évaluer les **opinions** sur les questions de **conduites addictives**
- Identifier les **pratiques** des médecins du travail dans le cadre du suivi du salariés : documentation du dossier médical, utilisation de questionnaires, connaissances et pratiques des interventions brèves (PRIB), implication dans la prévention
- Évaluer les **sollicitations** reçues et la participation des médecins du travail à des **démarches de prévention collective en entreprise**
- Percevoir certaines **interrelations entre actions** des médecins du travail et médecins généralistes

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé** oui non
Si oui, préciser prévalence (stock)

 incidence (flux)
 mortalité
 données déclarées
 données mesurées
 données estimées
 recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins** oui non
Si oui, préciser Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages)** oui non
- 4 - Santé perçue** oui non
- 5 - Qualité de vie** oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé** oui non
- 7 - Exposition environnementale** oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face*
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques oui non
- Santé travail oui non

- Santé environnement	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Déficiences et handicaps	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé mentale	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Modes de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Nutrition	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Relation avec le système de soins	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Addictions / toxicomanies	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

Si oui, préciser quelles maladies : documentation du dossier médical des salariés sur risques cardiovasculaires, asthme, diabète et utilisation de tests de repérage

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

Dans le cadre de cette étude, l'objectif a été de constituer un échantillon de médecins du travail, stratifié sur 3 critères :

- **les régimes** : interentreprises/autonomes /Fonction publique/ Hospitaliers/ MSA
- **les tailles d'agglomérations** : communes rurales (- 2000 ha)/ 2000-20 000ha/20 000-100 000ha/ + 100 000ha/ aggro parisienne
- **le sexe** : si possible, sachant que, sur l'ensemble les femmes doivent représenter 70%.

Afin de disposer d'un échantillon suffisant pour faire une analyse par régime (5 strates), l'institut a travaillé sur un échantillon raisonné de 150 interviews par strate, soit **750 interviews au total**.

La représentativité de l'échantillon a été garantie par une méthode d'échantillonnage « en aléatoire », reposant sur :

- Méthode de tirage et de constitution de la base de sondages
- la méthode d'exploitation des adresses.

1. Méthode de tirage et de constitution de la base de sondages.

A partir du fichier retravaillé de Cegedim, **un tirage d'adresses aléatoire** a été effectué à l'intérieur de chacune des 5 strates de régimes (600 adresses tirées par strate = 4 adresses pour une interview). Dans le cas où une strate ne comportait pas suffisamment d'adresses, l'exhaustivité des adresses de la strate a été échantillonnée pour l'étude.

L'institut s'est ainsi assuré de la représentativité de l'échantillon tiré, en vérifiant pour chaque strate la structure des variables suivantes :

- **les tailles d'agglomérations** : communes rurales (- 2000 ha)/ 2000-20 000ha/20 000-100 000ha/ + 100 000ha/ agglo parisienne
- **sexe** : hommes/femmes
- **répartition géographique** : région, départements

2. la méthode d'exploitation des adresses : structuration par « rang »

Afin d'assurer une bonne qualité de l'exploitation des adresses (quantité d'adresses mises en exploitation, coefficient d'insistance), La base de sondage a été structurée en « blocs d'adresses », appelés aussi « rangs d'adresses ».

Un « rang » d'adresses correspond à un bloc d'adresses, qui est un sous-échantillon représentatif de la structure de l'échantillon total (de la base de sondage). Ainsi, à chaque fois qu'un bloc d'adresses est ouvert, la représentativité de l'échantillon étudié est assurée.

3. Analyse : L'échantillon étant conçu de manière raisonnée, un redressement (à partir des statistiques du fichier Cegedim) a été nécessaire pour remettre chaque strate (régime) à son poids réel dans la population des médecins du travail.

4. Représentativité : L'étude semble présenter une assez bonne représentativité de l'échantillon des médecins du travail. Elle a reçu un très bon accueil de la part des médecins du travail (refus spécifiques médecins : 3,8% sur la base éligible)

V. Diffusion

Publication dans la collection Études santé de l'Inpes en 2010

Accès à la base à partir de 2011.

Enquête sur les opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de santé environnement et de santé au travail

I. Source

1. Entité responsable

- Organisme(s) propriétaire(s) INPES, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

2. Type de source

- Enquête transversale oui non
 - Cohorte, panel oui non
 - Registre oui non
 - Réseau de surveillance oui non
 - Source administrative unique oui non
- Si oui, préciser s'il s'agit*
- d'une source médico-administrative
 - de données de gestion
 - autres

- Appariement de sources administratives oui non
- Périodicité :

Année du premier recueil : 2009

Année du dernier recueil :

Délai moyen de mise à disposition par rapport à l'année de collecte : A + 12 à 18 mois

3. Caractéristiques de la collecte

- Recueil systématique oui non
- Échantillonnage oui non

Plan de sondage :

- Échantillonnage des médecins généralistes exerçant en libéral à partir du fichier Cegedim.

• **Échantillon aléatoire de 752 médecins généralistes**, stratifié suivant le sexe, la région, le type de cabinet (individuel/groupe).

• Taux de refus (sur base éligible) : 42,3%

• Taux d'abandon (sur base éligible) : 3,0%

4. Champs

- Champ géographique : France métropolitaine
 DOM
 Plusieurs régions
 Plusieurs départements

- Préciser si la source permet des comparaisons régionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales

- Préciser si la source permet des comparaisons infrarégionales : NON
 Systématiques (l'ensemble des régions)
 Du fait d'extensions régionales ou infrarégionales

- Préciser si la source permet des comparaisons européennes ou internationales (préciser éventuellement la liste des pays) : NON
 la source est totalement harmonisée au niveau européen/international
 la source est en partie harmonisée au niveau européen/international

II. Objectifs de la source

1. Objectif général de la source (c'est-à-dire de l'enquête, du registre etc...):

Repérer les opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de santé environnement et de santé au travail :

Connaître leur degré d'information et de formation dans chacun de ces domaines, repérer leurs sources d'information

Évaluer leurs opinions sur les questions de santé environnementale, leurs perceptions des risques, la fréquence estimée de différentes pathologies dans leur patientèle, leurs pratiques de repérage et les difficultés rencontrées

Repérer les plaintes, demandes de conseils concernant des problématiques de santé environnement formulées par les patients auprès des médecins généralistes

En matière de santé au travail, mieux connaître les pathologies rencontrées par les médecins généralistes

- Evoquer les obstacles à la DMP
- Appréhender les inter-relations entre actions médecins généralistes et médecins du travail

2. Est-ce que la source permet de renseigner les thématiques de santé suivantes :

- 1 - Événements et état de santé oui non
Si oui, préciser prévalence (stock)
 incidence (flux)
 mortalité
 données déclarées
 données mesurées
 données estimées
 recueil indirect (ex : carnet de santé...)
- 2 - Consommations de soins oui non
Si oui, préciser Hospitalisation
 Consultations (médicales / paramédicales)
 Médicaments
 Renoncement
- 3 - Prévention (comportements, dépistages) oui non
- 4 - Santé perçue oui non
- 5 - Qualité de vie oui non
- 6 - Inégalités sociales de santé oui non
- 7 - Exposition environnementale oui non

3. Cette source a-t-elle déjà été mobilisée pour le suivi de la loi de santé publique 2004 ?

- oui non

III. Variables et nomenclatures

1. Mode de recueil

- En face à face
 Par téléphone
 Auto-questionnaire
 Dossier administratif
 Fichier(s) de gestion
 Déclaration obligatoire
 Autre

2. Thématiques observées

- Sociodémographiques	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé travail	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Santé environnement	<input checked="" type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- Déficiences et handicaps	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé mentale	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Modes de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Nutrition	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Relation avec le système de soins	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Addictions / toxicomanies	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Parcours de vie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Accidents et traumatismes	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies infectieuses	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Vaccinations	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Iatrogénie	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Santé sexuelle et reproductive	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Périnatalité	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non
- Maladies chroniques	<input type="checkbox"/> oui	<input checked="" type="checkbox"/> non

3. Nomenclatures employées

IV. Population observée

Dans le cadre de cette étude, l'objectif a été de constituer un échantillon **de 752 médecins généralistes stratifié sur 3 critères** :

- le sexe
- la région
- le type de cabinet : individuel/groupe

La représentativité de l'échantillon a été garantie par une méthode d'échantillonnage « en aléatoire », reposant sur :

- Méthode de tirage et de constitution de la base de sondages
- la méthode d'exploitation des adresses.

1. Méthode de tirage et de constitution de la base de sondages.

Suivant les 3 critères pré-cités, 2000 adresses ont été extraites du fichier Cegedim.

Sur ces 2000 adresses, 1800 adresses **ont été tirées aléatoirement** pour l'étude, 200 pour l'étude pilote.

2. la méthode d'exploitation des adresses : structuration par « rang »

Afin d'assurer une bonne qualité de l'exploitation des adresses (quantité d'adresses mises en exploitation, coefficient d'insistance), La base de sondage a été structurée en « blocs d'adresses », appelés aussi « rangs d'adresses ».

Un « rang » d'adresses correspond à un bloc d'adresses, qui est un sous-échantillon représentatif de la structure de l'échantillon total (de la base de sondage). Ainsi, à chaque fois qu'un bloc d'adresses est ouvert, la représentativité de l'échantillon étudié est assurée.

3. Représentativité : L'étude reflète une assez bonne représentativité de l'échantillon des médecins généralistes. Elle a, dans l'ensemble reçu un bon accueil de la part des médecins (refus spécifiques médecins : 30,8 % sur la base éligible)

V. Diffusion

Publication de l'Inpes en 2010

Accès à la base à partir de 2011.

Fiche en attente de mise à jour

Les systèmes d'information pour la santé publique

Auditions

Collection
Rapport

Novembre 2009

**Réponses
à la grille d'entretien
avec les personnes
auditionnées**

Institut national d'études démographiques : **Benoît Ryandey**

Institut de recherche et documentation en économie
de la santé : **Chantal Cases**

Centre d'épidémiologie sur les causes médicales
de décès (Cépdic) : **Eric Jougla**

**Compte-rendus
d'audition**

Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) : **Vincent Poubelle
Monique Beurey – Leconte**

Agence des systèmes d'information partagés de santé (Asip santé) :
Jean-Yves Robin

Mission pour l'Informatisation du Système de Santé (MISS) : **André Loth**

Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) :
Jean-Pierre Le Gléau - Alain Trognon

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés :
Yvon Merlière Alain Weill

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) :
Pierre Arwidson

Glossaire

Benoît Riandey INED

L'Ined a une très grande ancienneté dans le domaine des enquêtes et le stock actuel est très important (plus d'une centaine). Ces enquêtes sont faites de plus en plus en coopération avec d'autres institutions et équipes scientifiques.

Politique de diffusion

Le principe est la mise à disposition systématique des données d'enquête archivées par l'intermédiaire du réseau Quetelet. La mission de ce réseau est triple : contribuer à l'archivage des enquêtes, favoriser la diffusion des données d'enquêtes et valoriser ces mêmes données auprès de la communauté scientifique française et internationale. Les partenaires du Réseau Quetelet sont le CMH-ADISP, archives de données issues de la statistique publique du Centre Maurice Halbwachs, le Centre de données socio-politiques (CDSP), et le Service des Enquêtes de l'Institut national d'études démographiques (INED).

Calendrier de mise à disposition des nouvelles enquêtes : le principe est de prévoir un an d'apurement des fichiers, une année de priorité donnée aux équipes initiatrices de l'enquête puis la mise à disposition des équipes extérieures sur présentation de leur projet.

Cette politique de mise à disposition systématique est conforme à l'idée que des données collectées sur fond publics constituent un bien public.

Difficultés pratiques, volume et moyens

Il peut se poser des difficultés de documentation pour des enquêtes anciennes.

Pour un nombre conséquent d'enquêtes, le volume de demandes n'est pas excessif du fait de l'intégration d'un grand nombre d'équipes dans le groupe de travail initial de l'enquête. Les moyens affectés correspondent de une à deux personnes au sein du service des enquêtes.

Appariements de données

L'INED est particulièrement intéressé aux données du SNIIR-AM de la CNAM. En effet un identifiant stable sur le bénéficiaire permet d'approcher les migrations – données essentielles manquantes pour les démographes – par l'idée qu'une personne qui ne consomme plus est soit décédée soit sortie du territoire.

Les solutions pour l'appariement des fichiers peuvent être recherchées dans les techniques de hachage et de cryptage du NIR. Il est nécessaire de mettre en place des formations aux appariements sécurisés. Une sensibilisation est en place à l'École nationale de la statistique et de l'analyse de l'information (ENSAI) dans la filière santé et en formation permanente des attachés.

Dans certains services la mobilité excessive du personnel peut induire des problèmes de maintien de la compétence en ce domaine.

Données localisées

Les fichiers sont anonymisés au sens de la loi informatique et libertés ce qui a pour contrepartie la suppression de la localisation fine et l'impossibilité de coupler avec des données de contexte.

Des solutions peuvent être recherchées dans les techniques d'estimation sur petits domaines.

Articulation avec les systèmes internationaux

L'INED participe à un grand nombre d'enquêtes internationales : enquêtes européennes, enquêtes mondiales sur la fécondité, coopération avec les pays de sud à travers le Centre population et développement (CEPED).

Difficultés d'accès

Le principal problème se situait au niveau de l'échantillon démographique permanent. Le CASD apporte une solution sérieuse.

Chantal Cases - Irdes

Le champ pour l'objet du groupe concerne l'ESPS et des enquêtes ponctuelles

Politique de diffusion dispositif concret

La politique d'accès et de diffusion est à distinguer de la question de la propriété des données :

Les données de l'Irdes sont en accès libre sur projet de recherche avec un délai de carence d'un an au profit des financeurs (ce qui apparaît dans les conventions avec les financeurs).

L'Irdes va entrer dans le réseau Quetelet pour les données de l'enquête mais pas pour les données appariées, ce qui nécessiterait l'accord des copropriétaires des données.

Il n'y a pas de contrôle sur le contenu des publications, mais uniquement une connaissance de ce qui est produit.

Des résultats agrégés tarifés sont diffusés sous forme payante à des organismes privés.

Difficultés pratiques, volume et moyens

8 conventions ont été signées concernant l'ESPS.

Il n'y a pas de difficultés pratiques car le volume est raisonnable et de plus le basculement va être réalisé sur le réseau Quetelet. En termes de moyens humains une personne est actuellement dédiée au traitement des demandes d'accès

Appariements

L'Irdes conduit une grosse activité d'appariement de données administratives pour l'ESPS avec les données de l'assurance maladie et pour les montants de remboursements avec la CNAV.

Les appariements sont faits par l'Insee en tant que tiers de confiance pour l'ESPS.

L'appariement ne pose pas de question pratique ou juridique, par contre il existe une question de finalité statistique non reconnue pour les données administratives qu'il faudrait faire figurer dans les COG par exemple

Données localisées

Des perspectives de géolocalisation existent

Articulation avec l'international

A noter que le minimodule d'Eurostat est intégré à ESPS et qu'Eurostat participe au comité de pilotage.

L'enquête SHARE est coordonnée pour la France par l'IRDES mais la collecte assurée par l'INSEE. Il faut noter l'énorme volume de publications suscité par cette enquête (200 répertoriées)

Les difficultés d'accès à des données d'autres institutions lorsqu'elles existent sont d'ordre pratique mais non pas juridique.

Rapports avec la CNIL

Les questions ne proviennent pas de divergences de fond mais de la faiblesse de ses moyens

Eric jougla

CépiDc Inserm

- CépiDc depuis 2001
- Inserm depuis 1968
- Auparavant, Insee

Il s'agit d'un service pérenne de l'INSERM qui en plus de la production de la statistique annuelle des causes médicales de décès en France (le délai actuel de production est de deux ans) réalise des études et recherches sur les causes de décès et sur les méthodologies de codage des classifications de maladie. Il emploie 35 personnes.

Il n'existe pas de texte juridique en tant que tel concernant le CépiDc par contre le certificat de décès est régi au niveau du code des collectivités territoriales et a été modifié dernièrement par la loi de santé publique de 2004 (article 25) qui fixe les conditions de confidentialité et l'objet de la collecte des données (clairement à but de santé publique) et les destinataires du certificat.

Un projet majeur est actuellement le développement de la certification électronique en ligne (voir le service en ligne :

http://www.cephidc.vesinet.inserm.fr/inserm/html/pages/certification_electronique_fr.htm

L'objectif premier est de développer la certification électronique à l'hôpital mais la certification électronique avance en cabinet libéral également. Il y a en effet nécessité de généraliser la certification électronique pour les systèmes d'alerte et pour l'amélioration de la qualité des données L'application est actuellement très bien reçue mais le déploiement encore très lent.

Politique de diffusion difficultés pratiques, dispositif concret

1. Concernant la politique de diffusion, la base est vendue à de nombreux organismes (dont la FNORS et l'INED). Le site internet se caractérise par une grande ouverture avec des données très détaillées en accès libres.
2. Les difficultés pratiques à signaler ne concernent pas la mise à disposition des données mais des questions de production :
 - le problème du non retour des informations sur les causes de décès de certains IML ; en particulier toujours aucun retour de l'IML de Paris ce qui induit une sous-déclaration très importante des causes de décès des jeunes en Ile de France. Il y a une solution juridique à trouver.
 - Les décès non identifiés sous X (mots dans la rue)
 - La question des mort-nés.

Difficultés pratiques, volume et moyens

3. Le volume est d'environ 500 demandes par an ce qui nécessite deux personnes à temps plein.

Appariements

Les appariements se font bien avec les cohortes (une trentaine par an). Il serait très intéressant d'apparier avec l'EDP, le PMSI et l'EGB. Concernant l'EDP voir le point 8. Une étude pilote est actuellement menée avec la Drees et la Cnamts pour apparier les données PMSI et les causes de décès.

Données localisées

Actuellement le décès est localisé à la commune mais il y aurait intérêt à disposer de données de mortalité à un niveau plus fin que la commune (Iris par exemple), ce qui suppose un géocodage des adresses de décès par l'Insee - ceci permettrait une analyse plus fine des différentiels de mortalité en milieu urbain.

Articulation avec l'international

Le CépiDc a une activité importante de collaboration concernant la comparabilité internationale des données sur les causes de décès (OMS, Eurostat, NCHS...). Il faut noter que le codage est intégré dans un système international (modèle du certificat et règles de la classification internationale des maladies, sélection de la cause initiale de décès).

De plus, le CépiDc est le centre collaborateur de l'OMS pour la classification des maladies en langue française

Difficultés d'accès

Il faut signaler les difficultés actuelles à avoir accès pour appariement aux échantillons Insee (EDP) qui permettrait l'analyse des différentiels sociaux de causes de décès. Par ailleurs la nécessité de réintroduire dans les fichiers CépiDc, le codage de la PCS pour tous les sujets et d'étendre la demande d'informations à la dernière profession exercée pour les retraités.

Monique Beurey-Leconte et Vincent Poubelle, CNAV

Vincent Poubelle précise en préambule que la CNAV ne représente pas un institut statistique et que ses fichiers de gestion ne regroupent que des données qui servent à liquider des droits à retraite. Cette spécificité conduit le système d'information de la CNAV à suivre chaque individu de sa naissance à sa retraite, voire même après son décès, pour les pensions de réversion. Par ailleurs, le système ne réalise aucune suppression et conserve la trace de toute personne qui a cotisé au moins une fois au régime général, y compris les travailleurs immigrés. L'échantillon inter-régime des cotisants montre ainsi que 97 % des personnes qui acquièrent un droit à la retraite sont passés par le régime général.

La CNAV conserve trois fichiers nationaux :

- le Système national de gestion des identités (SNGI) regroupe toutes les personnes possédant un NIR, y compris les personnes décédées et les étrangers repartis dans leur pays d'origine, soit 97 millions d'identités. Ce fichier, alimenté par l'INSEE pour les naissances et les décès et par les CRAM pour les étrangers, sert de base de sondage ;
- le Système national de gestion des carrières (SNGC) enregistre, année par année, tous les événements susceptibles d'influencer le calcul de la retraite, tels les reports de salaires ou les périodes de maladie, d'invalidité ou de chômage. Cette chronologie est disponible depuis 1947 ;
- le Système national de gestion des dossiers (SNGD) constitue un fichier de suivi administratif de toute demande de retraite.

S'il n'existe pas de fichier central de gestion des retraités, le Système national des statistiques prestataires (SNSP) balaie trimestriellement les fichiers des CRAM pour constituer des bases exhaustives sur les retraités. Le SDDS, encore peu utilisé, constitue un fichier d'identification des employeurs. La CNAM a également délégué à la CNAV la gestion du Répertoire national inter-régimes de l'Assurance maladie (RNIAM).

Le fichier de gestion des carrières est alimenté en continu pour les salariés du régime général ou les chômeurs indemnisés. En revanche, les autres régimes, la fonction publique en particulier, ne fournissent pas tous les éléments, de sorte que ce n'est qu'à partir de 53-55 ans que la CNAV dispose de données complètes, notamment pour les 40% de poly-pensionnés.

Vincent Poubelle souligne que le niveau de détail et la qualité du système d'information s'améliorent, puisque la CNAV dispose désormais des date-à-date pour les périodes de maladie ou de chômage. Le SNSP représente actuellement le seul fichier central national. La DADS, produite par la CNAV, est envoyée aux services des impôts et à l'INSEE et injectée dans les fichiers de carrières, pour le calcul des droits à la retraite.

Quant aux statistiques, la CNAV dispose, pour les droits propres (retraites) comme dérivés (réversion), de flux exhaustifs, qui peuvent être utilisés comme base de sondage. Les données sur le secteur d'activité ne sont cependant disponibles que pour les années les plus récentes. Sur l'ensemble de ses bases de données, la CNAV tire, depuis 2002, un échantillon au vingtième, qui regroupe 4,5 millions d'individus sélectionnés selon cinq clés de NIR et permet de connaître tous les événements de la vie ainsi que le

salaires de l'individu. Il est mis à jour périodiquement pour intégrer les nouveaux retraités et renouvelé tous les deux ans. Il est d'abord utilisé pour le modèle de projection de PRISME, pour les projections à long terme, les simulations de réforme, les prévisions sur les comptes de sécurité sociale mais également pour réaliser des sous-échantillons, avec l'autorisation de l'organisme extérieur.

Marcel Goldberg s'enquiert de la disponibilité de l'information travaillée.

Vincent Poubelle explique que le modèle de projection repose sur l'échantillon issu des trois bases de données et du SNSP. Il donne, année par année, toutes les informations relatives à un individu, qui sont transformées en « reports au compte ». La CNAV ne dispose d'aucune structure dédiée à la fourniture d'échantillons ou de fichiers mais peut réaliser certaines opérations de ce type, au coup par coup. Elle a notamment répondu à une demande de l'IRDES, deux ans auparavant, pour étudier l'influence de la carrière de l'individu sur les IJ maladie et a procédé à l'appariement des données de la CNAM à celles de la CNAV. Une enquête sur les choix de départ a également été réalisée en 2005. Vincent Poubelle précise cependant que la CNAV ne s'est pas encore dotée d'une politique en la matière et qu'elle doit, du fait des informations essentielles dont elle dispose, respecter certaines règles. Il indique que la direction juridique révisait actuellement les conventions d'échanges de données avec les systèmes partenaires, pour tenir compte d'une faiblesse juridique pointée par la Cour des comptes.

Marcel Goldberg s'interroge sur d'éventuels problèmes en termes de confidentialité ou de propriété des données.

Monique Beurey-Leconte signale qu'une réflexion est en cours sur la notion de données publiques et ses influences sur les questions de propriété et de rémunération des échanges.

Vincent Poubelle indique que son principal client, en matière statistique, reste le Ministère des affaires sociales mais que la CNAV n'a pas l'habitude, hormis des obligations légales envers certains organismes, de fournir des échantillons de manière régulière. Il précise par ailleurs qu'au niveau technique, certaines pratiques peuvent être standardisées.

Marcel Goldberg observe que la CNAM offre aux statisticiens extérieurs un accès direct à son échantillon généralisé des bénéficiaires, extrait au centième du SNIRAM, et organise des formations pour faciliter cet accès.

Vincent Poubelle remarque que le contenu de l'échantillon de la CNAV s'avère complexe à comprendre et que son accessibilité se heurte à des difficultés pratiques tenant aux moyens informatiques et juridiques de l'institution. La CNAV ne dispose en effet d'aucun service de diffusion et procède au coup par coup. Quant aux services juridiques, ils doivent aujourd'hui trouver une réponse aux carences relevées par la Cour des comptes.

Eric Jouglu s'enquiert de la politique financière en matière de fourniture d'informations.

Vincent Poubelle explique que l'institution reste pour l'instant sur le principe de la gratuité mais pourrait, pour certaines extractions, demander une participation. En matière d'appariement, la CNAV préconise le critère du NIR auquel s'ajoutent le nom, le prénom et la date de naissance et s'attache à respecter les orientations de la CNIL. Il note cependant que l'existence du NIR peut poser quelques difficultés en matière de santé.

Marcel Goldberg remarque que dans le secteur de la santé, l'appariement peut concerner soit des bases de données existantes, soit des sujets pour lesquels le NIR existe à un certain endroit et peut être retrouvé.

Chantal Cases ajoute qu'une troisième utilisation consiste dans la réalisation d'enquêtes sur un échantillon de la CNAV, qui ne nécessite pas de NIR. Elle observe que le problème des systèmes d'informations de santé réside dans l'absence de données sociales, en particulier sur les carrières professionnelles et que l'analyse des inégalités de santé représente l'une des carences des indicateurs de la loi de santé publique.

Marcel Goldberg rappelle que la future loi de santé publique devrait mettre en exergue la question des inégalités de santé et qu'il conviendra de trouver une manière d'enrichir les bases de données de santé.

Annette Leclerc demande si le bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé qui n'aurait jamais travaillé peut tout de même entrer dans le fichier des carrières.

Vincent Poubelle répond qu'il figure dans le fichier des identités mais non dans celui des carrières. Il est cependant possible de déterminer qu'il n'a jamais cotisé. Un appariement est possible avec la CNAF, qui alimente les données concernant l'assurance retraite des parents au foyer.

Chantal Cases note que malgré certaines limites, les fichiers de la CNAV s'avèrent extrêmement riches.

Marcel Goldberg constate que les sources de données de santé ne disposent d'aucune information en matière de carrière et que la CNAV constitue donc la source essentielle en la matière. Il remarque que la CNAV n'a pas mis en place de politique sur les appariements.

Vincent Poubelle admet que l'institution étudie toutes les demandes.

Marcel Goldberg suggère que le groupe de travail émette une recommandation forte sur l'accessibilité des données de la CNAV. Il s'interroge sur l'éventualité d'organiser un service dédié pour faire face à une croissance de la demande.

Chantal Cases ajoute qu'avait été évoquée la possibilité de recommander la mention, dans les conventions d'objectifs, de la nécessité d'une diffusion des données, de manière à justifier l'octroi de moyens spécifiques.

Vincent Poubelle répond que la convention 2009-2012 a déjà été signée.

Eric Jouglà souligne qu'une réflexion pourrait être menée sur la mutualisation, une opération pouvant être utilisée par plusieurs institutions.

Marcel Goldberg signale également que l'assurance maladie s'oriente actuellement vers la création d'une structure d'interface qui permette de désengorger les services internes et facilite l'accès aux données complexes.

Alain Weill insiste sur la complexité du contenu. Les utilisateurs reçoivent l'intégralité du SNIRAM et sollicitent fortement la CNAM pour des conseils.

Vincent Poubelle rappelle que la diffusion externe des données n'entre pas dans les missions de la CNAV. Quant aux données localisées, la CNAV dispose d'un fichier contenant l'adresse des retraités. Le recensement des non retraités s'avère plus difficile mais le système du droit à l'information apporte des améliorations.

Marcel Goldberg s'enquiert des relations internationales en termes de classification et nomenclature.

Vincent Poubelle indique que la CNAV correspond avec les systèmes de retraite des autres pays mais uniquement à des fins de gestion.

Gérard Badéyan demande si ces échanges représentent des flux importants.

Vincent Poubelle explique qu'il n'existe aucun flux automatisé. C'est le demandeur qui fournit lui-même les éléments.

Alain Trugeon demande si les personnes décédées figurent dans l'échantillon au vingtième et si une limite a été fixée au volume du fichier des identités.

Vincent Poubelle explique qu'aucune suppression n'est prévue pour l'instant sur le fichier des identités mais que l'échantillon ne comprend que les personnes dont la CNAV n'a pas trace du décès, auxquelles sont accrochés les éléments de carrière disponibles.

Jean-Yves ROBIN, ASIP Santé, et André LOTH, MISS

André Loth indique qu'il est aujourd'hui responsable de la Mission pour l'informatisation du système de santé (MISS), rattachée au Secrétaire général, qui devrait devenir une délégation aux systèmes d'information chargée d'animer le futur Conseil national des systèmes d'information dont les contours ont été dessinés par le rapport Gagneux de mai 2009. Il a également été responsable du PMSI au sein de la Direction des hôpitaux et a accompagné la création d'un pôle d'expertise sur les nomenclatures de santé et la première base de données du PMSI puis a dirigé le projet SESAM Vitale et contribué à la mise en place du codage des médicaments.

Jean-Yves Robin explique que l'ASIP s'inscrit elle aussi dans le domaine des données de santé, dont le pilotage opérationnel a été réformé par les pouvoirs publics. Les missions de maîtrise d'ouvrage existantes du CPS et du DMP seront en effet réunies au sein d'une agence dont le périmètre se trouvera élargi aux secteurs sanitaire et médico-social et qui pourra également assister l'INVS dans son travail de veille, tout en construisant des référentiels et en contribuant à la progression de l'interopérabilité des systèmes d'informations. Le Ministère, l'Assurance maladie et la CNSA constituent les trois administrateurs de cette agence.

Marcel Goldberg suggère que les données du PMSI sont facilement accessibles.

André Loth reconnaît que les difficultés, liées au problème d'identification par référence, ont été résolues. Lors de la mise en place du format du Résumé de sortie anonyme (RSA) dans les années 1990, la CNIL avait admis sa diffusion libre mais le PMSI devenant exhaustif, l'identification des personnes s'est avérée possible. C'est pourquoi des restrictions à l'accès aux bases de données exhaustives avaient été posées.

Alain Weill remarque qu'au sein même du SNIRAM, il est possible d'obtenir des données qui ne devraient pas être accessibles.

André Loth admet que ce problème existe.

Marcel Goldberg note que l'accessibilité au PMSI aux fins d'études est admise.

Chantal Cases rappelle que le coût d'accès s'avérait non négligeable mais qu'il existe aujourd'hui une tarification spécifique.

Lucile Olier ajoute que le coût a effectivement fortement baissé.

André Loth regrette le faible nombre de chercheurs qui étudient les questions de tarification des soins et de systèmes de gestion en France.

Chantal Cases observe que le PMSI est accessible mais que l'étude de coût l'est beaucoup moins, les établissements s'étant prononcé contre la disponibilité des fichiers de tarification.

André Loth rappelle que l'accessibilité tient souvent à une insuffisance des moyens des établissements et que le rapport Gagneux se prononce en faveur d'une amélioration sur ce point.

Marcel Goldberg reconnaît que toutes les institutions auditionnées font le même constat. Leur mission ne consistant pas à fournir des informations à l'extérieur, les moyens internes dédiés à cette activité sont extrêmement faibles. Il rappelle que le groupe de travail pourrait recommander que l'Etat veille à ce que les COG des institutions comprennent une obligation de diffusion et les moyens que celle-ci implique.

André Loth remarque que cette mise à disposition peut s'avérer très consommatrice de ressources.

Marcel Goldberg admet qu'une réflexion doit être menée sur l'organisation de cette activité. Il sollicite l'avis de Monsieur ROBIN, les textes régissant le DMP interdisant formellement l'accès aux données.

Jean-Yves Robin considère que l'étape de production et de stockage des données représente un passage obligé et, s'il ignore les finalités qui seront attribuées au DMP par le législateur dans le futur, qu'une évolution est possible. Les pouvoirs publics et les utilisateurs du système doivent éprouver de la confiance envers ce nouveau dispositif, c'est pourquoi ses finalités doivent être clairement définies. Lorsqu'une autorisation est recueillie pour une certaine finalité, il s'avère toujours délicat d'utiliser la donnée dans un autre cadre. L'intention du législateur, dans le cadre du DMP, visait d'abord à créer de la confiance. Le DMP ne doit pas cependant être conçu comme un entrepôt de données mais comme un projet doté d'un effet structurant sur la production des données en général. Il fait en sorte que les acteurs produisent plus de données en introduisant une exigence d'interopérabilité, créant, de ce fait, l'opportunité de disposer d'informations plus aisément. Jean-Yves Robin insiste sur l'importance, dans la production de données, de l'usage des nomenclatures internationales, afin de structurer ces données. Il estime que la T2A, au contraire, introduit une nomenclature à vocation de gestion, qui se révèle complexe à corrélérer avec des nomenclatures standards de description de l'activité médicale.

André Loth observe que la CIM et la CCAM ne représentent pas des nomenclatures à visée économique de gestion mais s'attachent à décrire l'activité médicale. Il rappelle ainsi que la CCAM a été introduite sur la base des recommandations du comité européen de normalisation sur la manière de décrire les actes médicaux et qu'elle n'avait aucune visée tarifaire.

Marcel Goldberg pense que s'il s'impose, le DMP aura forcément un effet d'entraînement sur une production de données plus structurée mais qu'à court terme, il ne peut servir d'appui aux recommandations pour la future loi. Par ailleurs, pour certaines spécialités comme l'épidémiologie, le DMP n'aura vraisemblablement pas d'autre utilité que permettre la validation d'un diagnostic.

Jean-Yves Robin reconnaît qu'à moyen-long terme, le DMP n'a pas d'utilité directe pour certaines disciplines mais peut s'avérer utile, par exemple, pour l'alimentation des registres des cancers.

Marcel Goldberg approuve. Il observe cependant que l'émergence du DMP s'est couplée à celle de l'identifiant national de santé, qui fait craindre l'interdiction de tout appariement des données.

André Loth rappelle que la plupart des acteurs du dispositif sont très sensibles à l'utilité des données dans le domaine de la santé publique. Par ailleurs, si la loi Kouchner de mars 2002 a conditionné l'utilisation des données nominatives destinées aux soins à l'accord des personnes intéressées, il n'en est pas de même pour le PMSI ou le SNIRAM, qui contiennent des données anonymes ou à finalité économique. Des dispositifs techniques peuvent prévoir par la suite l'usage de données, issues du DMP et des dossiers hospitaliers, rendues anonymes, pour la recherche, mais il convient d'attendre que la confiance s'installe.

Jean-Yves Robin précise que dans les bases de l'assurance maladie, la personne est identifiée par le NIR. L'INS est irréversible et produit à partir du NIR de naissance. Selon les réflexions en cours, la CNAV pourrait être chargée de la production de l'INS à partir de sa base NIR et détiendrait donc la base d'équivalence. Elle jouerait ainsi le rôle de tiers de confiance en permettant la réalisation d'appariements de données.

Marcel Goldberg admet que le groupe craignait que le passage à l'INS soit irréversible et qu'un appariement entre les données de la CNAM et de la CNAV devienne impossible.

Jean-Yves Robin indique que la situation ne sera pas irréversible.

André Loth reconnaît que l'idée d'une substitution de l'INS au NIR avait été émise par la commission *ad hoc*, compte tenu du fait que le caractère signifiant du NIR était considéré comme un défaut, mais qu'elle est aujourd'hui étudiée avec prudence.

Jean-Yves Robin ajoute que le NIR est entaché de défauts et la perspective de le remplacer, à plus ou moins longue échéance, par un numéro unique non signifiant doit être étudiée. Actuellement, l'introduction de l'INS pour la sphère santé des données de la personne contraint le système d'appariement de données sans toutefois le rendre impossible.

Chantal Cases souligne qu'autour de la question de l'information utilisée en aval du DMP se pose la problématique d'un important manque d'informations dans le système, quant aux diagnostics posés ou aux pathologies en médecine de ville. Il n'existe que des solutions ponctuelles, à travers notamment le codage des médicaments ou la disponibilité de fichiers privés. La question de fond reste la possibilité d'identifier de la morbidité traitée en ville.

Jean-Yves Robin explique que le DMP, en imposant certains référentiels et l'ouverture des bases de données de production à l'ensemble des acteurs de soins, offre la possibilité d'extraire des informations de santé publique. Se pose cependant la question des missions et de la rémunération des médecins dans ce cadre, comme l'a montré l'exemple du compte-rendu d'anatomo-pathologie.

Marcel Goldberg observe que la structuration de l'information non seulement constitue une mission complémentaire des médecins mais contribue surtout à l'amélioration de la qualité des soins.

Paul Avillach s'enquiert de l'infrastructure mise en place dans le cadre de la surveillance épidémiologique de la grippe.

Jean-Yves Robin explique que les données saisies dans l'ensemble des centres 15 de France sont structurées afin d'être consolidées autour d'un référentiel national. L'infrastructure reste légère. Les dispositifs de saisie de données dans les centres 15 ont été sécurisés. Leur applicatif a été modifié mais une réflexion devrait être engagée par la suite sur leur standardisation, comme pour les centres de dépistage du cancer.

Marcel Goldberg note que le rapport Gagneux émet plusieurs propositions en termes de gouvernance générale des systèmes d'information de santé, dans l'optique de faciliter, pour les pouvoirs publics et le monde de la recherche, un accès aux données, qui se négocie encore aujourd'hui au cas par cas.

André Loth précise que le chapitre du rapport relatif à la gouvernance des données de santé est issu du constat ancien de carence en matière d'expertise et de culture universitaire sur les sujets de gestion des données, à des fins de pilotage comme à des fins épidémiologiques. La tarification et le suivi de l'activité à travers les procédures de financement montrent un fractionnement des compétences entre l'Etat, l'Assurance maladie ainsi que la DRESS, la CNSA ou l'IRDES. De ce constat a émergé l'idée que le regroupement des expertises faciliterait l'accès aux données pour les chercheurs, accès qualifié d'essentiel par le rapport. Cette mise en synergie des forces, qui se heurte à la glaciation des relations entre le Ministère et l'Assurance maladie quant à la régulation du système, s'opèrera à l'issue d'un processus assez long et qui ne se limitera pas à la création d'un gendarme qui décidera de l'octroi d'un accès. Le rapport indique également qu'il conviendrait de regrouper les organismes de concertation, dont l'articulation n'est pas aisément identifiable pour un œil extérieur.

Chantal Cases regrette que le rapport s'intéresse davantage à la gouvernance qu'à l'analyse des besoins et des finalités du système d'information.

Marcel Goldberg approuve le constat d'absence actuellement de lisibilité et de gouvernance et suggère que le groupe de travail s'attache à étudier ces besoins.

Jean-Yves Robin propose trois stratégies quant à l'accès aux données : la centralisation, la mutualisation et la standardisation à la source.

Marcel Goldberg estime que les recommandations du groupe de travail se révéleront sans doute moins techniques mais préconiserons la participation du HCSP aux hautes instances qui pourraient se mettre en place.

Chantal Cases craint que l'absence de prise en compte des besoins n'engendre la constitution de structures incomplètes.

Marcel Goldberg précise que les missions du HCSP en matière d'évaluation devront être prises en compte au sein de ces instances, où le monde de la recherche devra être également représenté.

Jean-Yves Robin signale que les avis du HCSP seront pris en compte dans la comitologie de l'ASIP et qu'une interface entre les deux organismes devra être trouvée.

Marcel Goldberg ne remet pas en cause l'esprit général du rapport mais insiste sur l'importance de veiller à tous ces aspects dans le cadre de sa mise en œuvre.

Jean-Pierre Le Gleau et Alain Trognon, INSEE

Jean-Pierre Le Gleau indique que l'INSEE produit des statistiques, diffuse des études et assure la coordination du service statistique public, qui est composé de l'INSEE et de 14 services statistiques ministériels.

La politique générale de diffusion des données agrégées a été définie il y a cinq ou six ans. Ces informations sont gratuites et accessibles en ligne. Si des personnes souhaitent disposer de données qui ne sont pas disponibles sur Internet, elles peuvent en faire la demande. Une prestation « sur mesure », tarifée, est alors envisageable.

Les données agrégées sont construites à partir de données individuelles. Ces dernières sont protégées par le secret statistique. Dans ce domaine, le texte de référence est la loi 51-711 du 7 juin 1951. Son article 6 précise que les renseignements individuels ne peuvent faire l'objet d'aucune communication de la part du service dépositaire, en l'occurrence l'INSEE. Il existe néanmoins quelques exceptions. Ainsi, les données concernant les entreprises ne sont plus couvertes par le secret après 25 ans. Le délai est désormais de 75 ans pour les personnes physiques. Jusqu'à la loi sur les archives du 15 juillet 2008, il était de 100 ans. Le secret concernant des données individuelles peut également être levé après avis du comité du secret statistique, accord du service dont émanent les données et décision favorable de la Direction des Archives de France.

Entre les données individuelles et les données agrégées, il existe une autre catégorie. Il s'agit de fichiers individuels non nominatifs. L'INSEE en a rendu accessible un certain nombre sur son site Internet. Ils ne contiennent aucune variable permettant l'identification des personnes. S'agissant de la localisation géographique par exemple, ne figure que la région.

En réponse à Marcel Goldberg, Jean-Pierre Le Gleau précise que le principal fichier individuel non nominatif disponible en ligne est l'Enquête Emploi. Il était initialement prévu de développer ce type d'informations mais cette démarche a été freinée, des craintes subsistant quant aux possibilités d'identification des individus. Une mission de l'Inspection générale de l'INSEE doit être réalisée à ce sujet. Le principal risque concerne les couples interrogés de manière séparée. L'un reconnaissant ses réponses pourrait, par déduction, connaître celles de l'autre.

Un certain nombre de chercheurs ont estimé que ces fichiers individuels non nominatifs étaient insuffisants. Des fichiers de production et de recherche peuvent donc être réalisés. Ils sont plus détaillés, sans pour autant permettre l'identification des individus. L'INSEE estimant ne pas avoir la compétence pour reconnaître leur qualité de chercheur, les informations sont mises à la disposition des personnes effectuant une demande par l'intermédiaire du Réseau Quetelet. Evidemment, celles-ci ne sont pas autorisées à diffuser les données auxquelles elles ont pu avoir accès.

Marcel Goldberg demande si les chercheurs qui déposent une demande d'accès à des fichiers de production et de recherche doivent le faire dans un cadre formalisé. Pour en avoir fait l'expérience récemment, Eric Jouglu confirme qu'il est nécessaire de remplir un dossier.

Pour les enquêtes auprès des ménages, Jean-Pierre Le Gleau indique que les fichiers de production et de recherche contenaient, jusqu'en 2008, les informations les plus détaillées qu'il était possible d'obtenir. Des évolutions ont été introduites par la loi sur les archives, qui a modifié certaines dispositions de la loi de 1951. Le délai couvert par le secret a été ramené de 100 à 75 ans. Par ailleurs, une procédure dérogatoire, nécessitant de recueillir l'avis d'un comité du secret statistique a été créée.

Le décret d'application ayant tardé, le comité du secret statistique n'a été mis en place qu'il y a un mois. Présidé par un conseiller d'Etat, désigné par le vice-président du Conseil d'Etat, il devrait se réunir pour la première fois au mois d'octobre. La fréquence des séances devrait être d'une ou deux fois par trimestre.

Marcel Goldberg demande s'il est possible, en utilisant cette nouvelle procédure, d'avoir accès à des données personnelles. Jean-Pierre Le Gleau le confirme.

Dans la mesure où il s'agit d'une ouverture importante, Jean-Pierre Le Gleau pense que le comité du secret statistique connaîtra probablement un afflux massif de demandes au cours des prochains mois.

Les chercheurs qui estimeront que les fichiers de production et de recherche – dont l'utilisation doit néanmoins continuer à être privilégiée – ne sont pas suffisants devront déposer une demande auprès du comité du secret statistique. Ils devront remplir un dossier substantiel, précisant notamment l'objet de la recherche, ainsi que les raisons pour lesquelles les informations souhaitées sont nécessaires. Ils devront en outre apporter des garanties personnelles. Si l'avis rendu par le comité du secret statistique est favorable et que l'INSEE et la Direction des Archives de France donnent leur accord, ils auront accès aux données mais pour une durée limitée et dans le cadre d'une procédure sécurisée.

Les fichiers mis à disposition ne seront pas directement nominatifs. La loi l'autoriserait mais l'INSEE a choisi de ne pas le faire. Il sera néanmoins possible de retrouver, sans trop de difficulté, les individus.

Alain Trognon explique qu'il existe plusieurs systèmes permettant d'accéder à des données confidentielles de manière sécurisée. Certains pays, comme les Etats-Unis ou le Canada, ont choisi d'installer des sortes de « bunkers » dans les universités. D'autres, comme le Danemark ou la Hollande, ont privilégié l'accès informatique à distance. La France a retenu ce second modèle, moins coûteux et offrant une meilleure égalité entre les chercheurs.

Une expérimentation, portant sur 11 recherches, est en cours depuis un an. Des terminaux, permettant de se connecter à un serveur de l'INSEE sur lequel sont stockées les données souhaitées, ont été installés dans les laboratoires de recherche concernés. Les informations ne peuvent pas être téléchargées et seules les personnes autorisées – qui seront identifiées grâce à leurs empreintes digitales – peuvent les consulter.

Les chercheurs étrangers pourront s'inscrire dans ce dispositif, à condition que leur pays d'origine entretienne des relations avec la France. L'objectif est en effet qu'ils puissent faire l'objet de poursuites en cas de rupture du secret.

Les terminaux permettent d'effectuer des calculs directement sur le serveur, les résultats étant ensuite logés dans un espace dédié. Ceux-ci sont vérifiés par un statisticien de l'INSEE, puis mis à la disposition des chercheurs. Mais aucune opération n'est réalisée sur les systèmes informatiques des centres de recherche. Il s'agit d'une spécificité du système français.

Alain Trognon reconnaît que la communauté des chercheurs a des difficultés à comprendre la rigueur qui entoure le dispositif. Avant de donner accès aux terminaux, une séance d'explication est donc organisée. A cette occasion, une charte est d'ailleurs signée.

Il est possible de réaliser des appariements. Alain Trognon précise, en réponse à Marcel Goldberg, que ces opérations sont effectuées par l'INSEE à la demande des chercheurs.

Chantal Cases demande s'il est possible que l'INSEE n'ait pas le droit d'accéder aux données du second fichier nécessaire pour la réalisation de l'appariement. Eric Jouglu signale que ce cas de figure existe, notamment pour l'EDP et les causes de décès. Alain Trognon indique qu'il est possible, pour cette situation particulière, de faire appel à un tiers de confiance.

Alain Trognon rappelle que le dispositif est, pour le moment, en phase d'expérimentation. Dans un premier temps, Jean-Pierre Le Gleau estime qu'il pourra traiter une vingtaine de demandes en parallèle.

Marcel Goldberg note que le système mis en place augmente sensiblement la charge de travail des équipes de l'INSEE. Alain Trognon le reconnaît. Un renforcement des moyens sera nécessaire, l'objectif étant, à terme, de pouvoir traiter une centaine de projets de recherche de manière concomitante.

Marcel Goldberg souhaite avoir des précisions sur le périmètre d'intervention du comité du secret statistique. Jean-Pierre Le Gleau indique que celui-ci couvre l'ensemble de la statistique publique.

Marcel Goldberg s'interroge sur l'articulation de la loi Informatique et Libertés avec les dispositions sur la protection sur le secret statistique. Jean-Pierre Le Gleau explique que les contraintes issues de ces différents textes, dont la philosophie est assez proche mais pas tout à fait identique, s'ajoutent. Ainsi, la CNIL a posé des limites à la communication des résultats du recensement car certaines informations auraient permis de cibler des populations. Pourtant, le secret statistique n'était pas remis en cause. De la même façon, le comité du secret statistique peut s'opposer à la diffusion de certaines informations, alors que la CNIL les auraient autorisées car ne portant pas atteinte à la vie privée. Marcel Goldberg en conclut qu'il existe, de chaque côté, une sorte de droit de veto.

Jean-Pierre Le Gleau rappelle que tous les traitements intégrant des données à caractère personnel doivent être déclarés à la CNIL. L'INSEE le fait systématiquement, ce qui pourrait en dispenser les chercheurs utilisant ensuite les fichiers. Des discussions sont en cours à ce sujet. Si le principe d'une dispense n'était pas retenu, la procédure serait au moins simplifiée. Marcel Goldberg estime qu'il s'agit d'un point important compte tenu des délais de réponse de la CNIL. Jean-Pierre Le Gleau souligne néanmoins que les appariements devront continuer à faire l'objet d'une demande d'autorisation.

Eric Jouglu note qu'un certain nombre de demandes d'appariements seront probablement identiques. Une fois que le fichier aura été réalisé, il demande s'il sera possible d'en ouvrir l'accès. Alain Trognon confirme qu'il faudra aller dans ce sens, tout en s'assurant à chaque fois que les chercheurs concernés remplissent les conditions pour consulter ces informations.

Les ressources de l'INSEE étant limitées, Chantal Cases estime qu'il serait souhaitable d'identifier quelques thèmes prioritaires. Elle souligne en particulier l'urgence de disposer d'indicateurs sur les inégalités sociales de santé. Marcel Goldberg confirme qu'il existe une très grande attente dans ce domaine. Chantal Cases signale d'ailleurs qu'il a été envisagé de préconiser, dans la future loi de santé publique, la réalisation d'un fichier de mortalité apparié.

Jean-Pierre Le Gleau reconnaît que le nombre de demandes sera probablement supérieur aux capacités de traitement de l'INSEE. Il sera donc indispensable de définir des priorités. Chantal Cases estime que la loi de santé publique pourrait peut-être en déterminer quelques-unes. Pour sa part, Jean-Pierre Le Gleau préconise que leur fixation soit confiée au comité du secret statistique. Marcel Goldberg se demande si ce dernier est réellement à même de jouer ce rôle. Au regard de sa composition, Jean-Pierre Le Gleau le pense.

Marcel Goldberg craint que le dispositif mis en place ne comporte des limites dans la réalisation des appariements, notamment pour des suivis de très longue durée, avec des données recueillies à de nombreuses sources. Il paraît difficile d'imaginer que ces informations puissent être traitées par l'INSEE.

Jean-Pierre Le Gleau reconnaît que le dispositif ne permettra probablement pas de traiter tous les cas de figure. Son existence constitue néanmoins une avancée majeure par rapport à la situation passée.

Marcel Goldberg confirme que les évolutions en cours sont positives et très significatives.

Chantal Cases souligne qu'il serait intéressant de disposer de données localisées, au moins dans le cadre des fichiers de production et de recherche. La mention du département n'est pas pertinente. Chantal Cases demande si des réflexions sont en cours sur une codification en fonction des types de zonage. Ces caractéristiques ne seraient pas identifiantes. Jean-Pierre Le Gleau indique que les représentants du Réseau Quetelet ont déjà fait remonter cette attente. Il est donc envisagé de proposer un maillage plus fin.

Jean-Pierre Le Gleau signale qu'un seul fichier de production et de recherche existe par enquête. S'il en était autrement, des rapprochements entre les données pourraient être effectués sans aucun contrôle.

Yvon Merlière et Alain Weill, CNAM

Yvon Merlière indique que la CNAM dispose de bases de données individuelles concernant les remboursements et les pathologies, en particulier dans le cadre des ALD (Affections de Longue Durée). Il existe en outre un chaînage avec les données du PMSI.

Les accès aux données en clair du patient sont très limités. Ces informations ne sont pas chaînées avec le PMSI. Seules les données anonymisées le sont. La CNIL a néanmoins fixé des règles quant à leur utilisation. A l'exception des médecins conseils de la CNAM, personne n'est autorisé à croiser le code d'une commune de résidence, un mois de naissance et une date de soins.

Des bases de données agrégées ont été constituées. Depuis peu, il existe en outre un échantillon général de bénéficiaires, qui apporte une exhaustivité des informations sur 500 000 personnes couvertes par le régime général. Il devrait être étendu dès 2010 au secteur agricole et aux travailleurs indépendants, ce qui porterait l'échantillon à 600 000 personnes.

L'accès aux données est règlementé par la loi du 2 décembre 1998. Il s'agit de l'article L. 161-28-1 du Code de la Sécurité sociale. Un arrêté ministériel a défini les organismes utilisateurs de la sphère publique. Ils sont nommément cités, y compris les organismes de recherche. Pour chacun d'entre eux est désigné une autorité compétente, responsable pénalement en cas de litige. Les habilitations sont accordées après une formation préalable.

D'un point de vue technique, l'accès aux données se fait via Internet depuis n'importe quel poste de travail. Il est néanmoins nécessaire de disposer d'une ligne sécurisée. Pour l'avenir, la mise en place d'une connexion « https » est à l'étude. Elle devrait être mise en œuvre dès la fin de l'année. Cette solution sera à la fois plus simple et moins coûteuse.

Les travaux menés à partir des données de la CNAM peuvent avoir les trois finalités suivantes :

- la connaissance des dépenses de l'Assurance Maladie ;
- la connaissance des prescriptions faites par les professionnels de santé ;
- la construction et le suivi des indicateurs de santé publique.

Alain Weill note que le système a également vocation à transmettre un certain nombre de données aux professionnels de santé et au fisc.

Yvon Merlière indique que l'EGB existe depuis 2003. L'historique des données exhaustives est théoriquement récupérable pendant un maximum de trois ans (deux ans et l'année en cours). Or des demandes de chercheurs nécessiteraient d'avoir des délais plus longs. Une demande va être faite en ce sens. Depuis deux ans, la CNAM signale en effet à la CNIL qu'elle n'a pas détruit les données car des enquêtes doivent être réalisées.

La CNAM reçoit un certain nombre de demandes d'enquête *ad hoc*. L'EGB ne répond pas à tous les besoins, notamment en ce qui concerne les événements rares.

Toutes ces demandes spécifiques doivent recueillir l'avis de l'IDS. Ce dernier a donc mis en place un comité d'experts et élaboré une procédure d'évaluation et de hiérarchisation des dossiers. Les extractions doivent en effet être réalisées par la CNAM, qui ne dispose que d'une équipe de trois personnes pour travailler sur ce sujet. Cette situation constitue un fort goulot d'étranglement. Il n'est pas possible de

traiter plus de quatre à cinq fichiers par an. Il est possible d'effectuer des appariements, dès lors que les données ayant servi à l'anonymisation ont été saisies initialement.

Marcel Goldberg précise que l'IDS doit donner son autorisation pour l'accès aux données du SNIIRAM. Celui-ci est néanmoins automatique si le CNIS ou la CNIL se sont déjà prononcés par ailleurs. Il existe encore beaucoup d'incertitudes sur le volume de demandes qui pourraient être soumises au comité d'experts. Ce dernier a d'ailleurs manifesté des réticences quant au rôle qu'il devra jouer. Un certain nombre d'ajustements restent nécessaires, notamment en ce qui concerne la définition des priorités.

Yvon Merlière signale que l'IDS a donné un premier accord à un chercheur de l'université de Lyon sur l'utilisation des statines. Marcel Goldberg note que ce dossier a été problématique et n'a fait que renforcer les réticences du comité d'experts. En effet, il n'a pas été possible de se prononcer en fonction de sa qualité scientifique. Selon les règles établies par l'IDS, le refus ne pouvait en effet s'appuyer que sur des raisons déontologiques ou juridiques.

Yvon Merlière souligne que le SNIIRAM est fait pour la sphère publique. Industrie pharmaceutique et les assurances complémentaires seraient très intéressées. La CNAM n'est pas favorable à son ouverture aux premiers, qui auraient ainsi une connaissance complète du marché du médicament. Or beaucoup de recherches sont aujourd'hui financées par des fonds privés. Chantal Cases estime que ces liens n'empêchent pas forcément l'indépendance.

Yvon Merlière signale qu'une charte d'utilisation interdit la diffusion des données à des tiers. Une clause concernant l'obligation de les détruire à l'issue d'un certain délai va être ajoutée. Le système est cependant beaucoup plus souple que celui mis en place par l'INSEE. Marcel Goldberg note que cette solution reste néanmoins conforme à la loi.

Yvon Merlière indique que les données en clair sont utilisées pour des appariements. Il est alors fait appel à un tiers de confiance, en l'occurrence l'INSEE. La procédure a été développée avec la CNIL.

Alain Weill note que l'autorisation du recueil du NIR constitue un vrai enjeu pour le développement des appariements. Marcel Goldberg confirme que la situation actuelle est extrêmement bloquante. Les seules exceptions supposent un décret en Conseil d'Etat. Il serait nécessaire de modifier les textes législatifs pour ouvrir la procédure de manière très encadrée. Plusieurs réunions ont été organisées à ce sujet avec la CNIL. Cette dernière n'y serait a priori pas défavorable. Chantal Cases craint toutefois qu'il n'existe une forte opposition de la part des usagers.

Marcel Goldberg souhaite avoir des précisions sur le volume de demandes – potentiellement recevables – transmises à la CNAM et sur leur nature.

Alain Weill rappelle que la diffusion de données ne fait pas partie des missions de la CNAM, à la différence de l'INSEE. Il s'agit d'un problème de fond dans l'affectation des ressources.

Alain Weill note par ailleurs qu'un certain nombre de demandes pourraient être traitées directement par une analyse plus approfondie de l'EGB. Il existe un problème d'appropriation de ces informations par un certain nombre d'organismes.

Pierre Arwidson de l'INPES

Pierre Arwidson présente l'INPES, créé à partir d'une association, le CFES, créée en 1952. Pour accomplir ses missions, cette association avait l'habitude de réaliser des enquêtes. Après la première enquête CFES 1, il a été décidé de faire une seule enquête multithématique. La première enquête Baromètre santé a été réalisée en 1992 ; elle a notamment été financée par l'assurance-maladie.

Certaines enquêtes sont multithématiques, d'autres s'adressent aux professionnels de santé. Depuis 2000, une alliance avec l'Observatoire français de toxicomanie permet de réaliser des enquêtes de plus grande échelle. Les enquêtes multithématiques sont désormais réalisées tous les cinq ans et la prochaine sera administrée en 2010. L'INPES réalise d'autres enquêtes : une campagne nutritionnelle, un Baromètre Cancer, une enquête sur la prévalence de la dépression ou encore un Baromètre Santé Environnement.

Marcel Goldberg souhaite savoir qui décide de réaliser telle ou telle enquête.

Pierre Arwidson indique que le Baromètre santé est de l'initiative de l'INPES alors que les autres enquêtes ont été commandées par les autorités sanitaires.

Gérard Badéyan remarque qu'il existe également une enquête sur le tabac.

Pierre Arwidson précise qu'une cohorte de fumeurs a été recrutée au niveau international, dans le cadre d'un partenariat avec une université canadienne.

Marcel Goldberg souhaite savoir si ces enquêtes sont discutées dans le cadre d'un comité scientifique et s'enquiert de la gouvernance de l'INPES.

Pierre Arwidson indique que tous ces sujets sont présentés en conseil d'administration et en conseil scientifique. En 2002, Jean-Paul Moatti, président du conseil scientifique, a cherché à instaurer des enquêtes continues, avec une recommandation méthodologique. En revanche, le choix des thèmes est plutôt lié aux demandes, sans être validé par le conseil scientifique. L'INPES ne vient pas de la statistique publique même s'il est de plus en plus sollicité par la DREES pour participer au suivi d'indicateurs.

Alain Weill s'enquiert du choix des thèmes d'intervention.

Pierre Arwidson répond que l'INPES travaille sur onze programmes validés par la tutelle. Le comité des programmes réunit l'ensemble des parties prenantes de l'action de l'INPES.

Alain Trugeon ajoute que, pour chaque enquête, un comité de pilotage décide de l'ordonnancement du questionnement.

Eric Jouglà rappelle que le CFES avait des organes décentralisés.

Pierre Arwidson confirme le CFES avait un réseau de comités départementaux et régionaux qui bénéficiait de financements locaux. Comme toutes les associations locales, ce réseau se transforme actuellement.

Alain Trugeon explique que les relais locaux de l'INPES pour les enquêtes sont plutôt les ORS que les Instances Régionales d'Education et de Promotion de la Santé.

A la première question relative à la politique de diffusion, Pierre ARWIDSON répond que le premier axe, à la demande du conseil scientifique de l'INPES, est d'apporter un financement aux scientifiques qui voudraient réaliser des recherches secondaires. En outre, les fichiers sont donnés gratuitement à toute équipe de recherche du public, sous réserve de la signature d'une convention sur l'usage des données.

Marcel Goldberg demande si les données sont rendues anonymes.

Pierre Arwidson répond que les fichiers de sondage fournis par les instituts de sondage sont totalement anonymes. Pour fonctionner, les instituts de sondage ont effectivement un accord avec la CNIL et déclarent annuellement les procédures d'anonymisation.

Eric Jouglà a déjà sollicité l'INPES car il avait besoin de données précises sur l'alcool et il les a obtenues très rapidement, sous 15 jours, le temps de signer la convention.

Pierre Arwidson indique qu'un site Internet a été créé pour permettre, après signature de la convention, de télécharger les fichiers sous quatre modalités. Il est possible pour un internaute de faire des tris à plat simples ou des tris croisés. Une base de données recense toutes les questions posées ce qui permet de générer une nouvelle enquête.

Gérard Badéyan précise qu'il existe une base de données pour une trentaine de pays.

Pierre Arwidson connaît cette source même s'il n'est pas toujours à la recherche de questions nouvelles puisque l'enquête est alors plus difficile à administrer. Le volume n'est pas très important. L'enquête Baromètre Santé s'adresse à 30 000 personnes. L'INPES a contracté des conventions d'usage de ses données avec 50 équipes depuis 2000.

Eric Jouglà demande si une personne est dédiée à la diffusion des données.

Pierre Arwidson répond par l'affirmative. L'INPES ne fait pas de publicité.

Paul Avillach indique que cette question a été posée dans toutes les auditions ; elle vise à connaître les portes d'entrée prévues.

Marcel Goldberg rappelle que le but de ce groupe de travail est de faciliter l'accès aux ressources de santé publique. Quand un chercheur souhaite accéder à des données, la procédure peut s'avérer très difficile. L'idée est de promouvoir l'usage de ces données de manière plus large.

Pierre Arwidson estime qu'il est toutefois simple de créer un onglet. Il rappelle que l'enquête relève toutefois d'un lourd processus pour les personnes qui le réalisent.

Marcel Goldberg suggère de mettre en place d'une politique d'exclusivité qui protégerait les droits des producteurs durant un certain temps. Les recommandations du groupe de travail devront intégrer les préoccupations de ceux qui produisent les données et leur souci légitime de les protéger.

Pierre Arwidson indique que l'équipe dédiée aux Baromètres comprend 11 personnes alors que l'équipe enquêtes compte 30 à 40 ETP.

Marcel Goldberg s'enquiert du budget.

Pierre Arwidson répond que le budget études s'élève à 4,5 millions d'euros pour 30 à 40 enquêtes liées notamment à l'évaluation des programmes de prévention. Le prochain Baromètre Cancer, qui portera sur un échantillon de 5 000 personnes, coûtera 300 000 euros. La partie Baromètres doit, au final, coûter moins d'un million d'euros par an, lissé sur cinq ans.

Gérard Badéyan constate qu'un administrateur de l'INSEE est détaché à l'INPES.

Marcel Goldberg constate que ces données, anonymes, sont inappareillables.

Alain Trugeon indique que les régions souhaitent souvent obtenir une extension régionale des enquêtes et des données appareillables, suivies sur la région. Un certain nombre d'indicateurs de la loi relative à la santé publique figure dans le Baromètre Santé.

Pierre Arwidson explique qu'une partie de l'enquête est administrée aux 30 000 personnes mais qu'une autre partie est uniquement adressée à un tiers des personnes interrogées.

Alain Trugeon précise que des questionnements spécifiques à une région peuvent être rajoutés en fin de questionnaire, selon les demandes des régions exprimées par le GRPS ou l'ORS. L'INPES a pris en charge la moitié de l'échantillonnage régional.

Pierre Arwidson explique que la tutelle a demandé à l'INPES d'avoir une couverture nationale et exprimé son souhait que les données soient davantage régionales.

Marcel Goldberg comprend que cette demande qui vise à connaître les disparités entre les régions.

Pierre Arwidson indique que, sur l'enquête relative à l'alcool, il est possible d'avoir des données régionales lors d'événements comme la journée d'appel.

Marcel Goldberg imagine que la prochaine loi de santé publique pourrait comprendre des indicateurs sur les inégalités, y compris géographiques.

Alain Trugeon indique qu'un travail sur la convention pluriannuelle d'objectifs cherche à mettre en évidence les inégalités sociales de santé. Cet outil peut être très performant s'il est diffusé sur des régions.

Marcel Goldberg estime que l'enquête devra permettre de mettre en évidence les différences géographiques.

Alain Trugeon relève que le Baromètre Santé Environnement vise justement à déterminer ces différences régionales. Les régions PACA et Ile-de-France parviennent à disposer de données régionales sans payer de suppléments.

Marcel Goldberg imagine que les ARS permettront de disposer de davantage de données régionales, soit par la multiplication d'enquêtes régionales, soit par des enquêtes nationales qui prennent davantage en compte les données régionales.

Eric Jouglà souhaite savoir si certaines demandes sont très régionales.

Pierre Arwidson reçoit très peu de demandes en ce sens.

Gérard Badéyan estime que les collectivités territoriales s'adressent plutôt aux ORS.

Alain Trugeon ajoute que les départements demandent constamment à disposer des données issues des enquêtes régionales. Il faut toutefois noter que les données sont alors difficiles à interpréter.

Annette Leclerc constate que le niveau local ne permet plus l'anonymisation des données.

Alain Trugeon indique que le regroupement de différentes études sur plusieurs années permet toutefois de produire certaines données à un niveau infra-territorial.

Au niveau international, Pierre Arwidson indique que les enquêtes ont été versées au niveau européen mais sans avoir de contraintes en termes de formats. La DREES est correspondante pour la France sur les modules européens.

Marcel Goldberg demande si l'INPES a des contraintes de production imposées au niveau européen.

Pierre Arwidson répond par la négative.

Gérard Badéyan indique qu'un Baromètre Santé sera bientôt diffusé au niveau européen et qu'un règlement sur les enquêtes santé imposera en 2012 des modules. Il souhaite savoir si l'INPES participe à des enquêtes européennes.

Pierre Arwidson répond par la négative. L'INPES répond toutefois aux questions qui lui sont posées, notamment par l'OMS.

Marcel Goldberg déplore que l'Europe n'ait pas de politique structurée qui impose des contraintes aux producteurs de données.

Pierre Arwidson indique que l'INPES participe financièrement à l'enquête européenne HBSC sur les jeunes âgés de 11 à 15 ans, sous l'égide de l'OMS ainsi qu'à l'enquête ESPAD sur la consommation de substances psychoactives pour les lycéens, en lien avec l'OFDT.

Sur la recherche de données extérieures, Pierre Arwidson répond que l'INPES n'a pas vraiment le temps de rechercher de telles données.

Marcel Goldberg reconnaît que cette question s'adresse plutôt aux utilisateurs. Il revient sur la procédure de la CNIL.

Pierre Arwidson répond que les instituts de sondage se chargent d'effectuer les formalités à l'égard de la CNIL, par des déclarations annuelles. Il est en revanche de la responsabilité de l'INPES de concevoir des enquêtes qui comprennent des questions anonymes.

Eric Jouglà s'enquiert des éventuelles contraintes rencontrées par l'INPES.

Pierre Arwidson évoque le manque de ressources humaines, surtout si les enquêtes régionales sont appelées à se développer.

Marcel Goldberg pourrait imaginer que le HCSP puisse formuler des demandes spécifiques pour intégrer des questionnements qui permettent de répondre aux indicateurs de la loi.

Pierre Arwidson explique que tel est déjà le procédé habituel : l'INPES ajoute dans le Baromètre Santé les indicateurs utiles.

Alain Trugeon indique que, dans l'optique de la nouvelle loi de santé publique, les producteurs ont été interrogés pour savoir si tel ou tel indicateur pourrait être renseigné.

Marcel Goldberg constate que ce processus est informel. Il conviendrait sans doute qu'un représentant du HCSP siège dans au sein des instances de pilotage de l'INPES pour veiller à formaliser les demandes.

Marcel Goldberg imagine de formuler des recommandations générales et ponctuelles. Le groupe de travail a été créé à la suite d'un constat de manque de données. Une des recommandations devra souligner le manque de structuration des besoins de la loi de santé publique vis-à-vis des producteurs de données. Actuellement, les demandes sont ponctuelles et précipitées. Il faudrait donc sans doute que le Haut Conseil se dote d'une structure permanente sur ce point.

Gérard Badéyan demande si l'INPES veille au contenu du questionnaire seul.

Pierre Arwidson répond par l'affirmative.

Marcel Goldberg rappelle que la loi Informatique et Libertés interdit certaines questions, notamment sur les opinions philosophiques et politiques ou les croyances religieuses.

Pierre Arwidson précise que cette interdiction ne s'applique qu'aux données à caractère personnel (ou nominatif), selon l'article 8-1 de la loi, et non aux données anonymes. Les questions peuvent être posées si elles s'avèrent pertinentes dans le questionnaire.

Annette Leclerc indique qu'il est possible d'obtenir plus de précisions sur cette question auprès de la CNIL ou du Cnis.

Gérard Badéyan constate que les questions sur la religion figuraient dans le baromètre santé de 2005.

Glossaire

ASIP Santé	Agence des systèmes d'information partagés de santé
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CDSP	Centre de données socio-politiques
CépiDc	Le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CFES	Comité français d'éducation pour la santé
CIM	Classification internationale des maladies
CNAV	Caisse nationale d'allocations vieillesse
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNIL	Commission nationale de l'informatique et des libertés
Cnis	Conseil national de l'information statistique
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG	Conventions d'objectifs et de gestion
CPS	Caisse de prévoyance sociale
CRAM	Caisse régionale d'assurance maladie
DADS	Déclaration automatisée des données sociales
DMP	Dossier médical personnel
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
ENSAI	Ecole nationale de la statistique et de l'analyse de l'information
ESPAD	European school survey on Alcohol and other drugs
ESPS	Enquête Santé et Protection sociale
ETP	Equivalent temps plein
FNORS	Fédération nationale des observatoires de santé
GRPS	Groupement Régional de Promotion de la Santé
HBSC	Health behaviour in school-aged children
IML	Institut médico-légal
INED	Institut national études démographiques
Inpes	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)
IRDES	l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé
INS	Identifiant national de santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
InVS	Institut de veille sanitaire
MISS	Mission pour l'informatisation du système de santé
NCHS	National center for health statistics
NIR	Numéro d'inscription au répertoire
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de santé
PCS	Profession et catégorie socioprofessionnelle
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
RNIAM	Répertoire national inter-régimes de l'Assurance maladie
RSA	Résumé de sortie anonyme
SDDS	Suivi des déclarants de données sociales
SNGC	Système national de gestion des carrières
SNGD	Système national de gestion des dossiers
SNGI	Système national de gestion des identités
SNIIR-AM	Système national d'information inter-régime de l'Assurance maladie
SNSP	Système national des statistiques prestataires