

## **LA QUALITE DU RECUEIL PAR CARNET DE SOINS**

*Une analyse des différences entre recueil déclaratif des consommations de soins et sources administratives de l'assurance maladie en France.*

Paul Dourgnon et Thomas Renaud <sup>1</sup>

### **RESUME**

La qualité des réponses dans une enquête est un élément essentiel qui nécessite que les personnes enquêtées se conforment aux règles de recueil, lesquelles sont parfois exigeantes.

Les problèmes d'approximations les plus souvent évoqués concernent les réponses aux questions subjectives, sensibles ou complexes et les interrogations rétrospectives portant sur une période longue ou éloignée.

Nous apportons un éclairage original sur les approximations de réponses dans les enquêtes en confrontant les consommations de soins déclarées dans un carnet de soins prospectif aux soins présentés au remboursement dans la même période disponibles dans les fichiers de l'assurance Maladie.

L'analyse portera sur :

- les consultations de médecins ;
- les acquisitions de médicaments remboursables.

Les objectifs sont :

- quantifier les oublis déclaratifs ;
- les recouper avec le volume de consommation de soins global ;
- étudier les déterminants individuels des oublis déclaratifs parmi lesquels l'âge, le sexe, l'état de santé, la PCS, la taille du ménage, etc.

Données : Enquête Santé Protection Sociale (IRDES) et Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux (Régimes de Sécurité Sociale), France.

## **1. INTRODUCTION**

Il existe des techniques de correction de la non réponse et des biais de sondage mais, à notre connaissance, aucune méthode statistique ne permet de corriger systématiquement les erreurs de réponse, en particulier les approximations des enquêtés, qu'elles soient volontaires ou non.

Nous ambitionnons de mesurer de telles approximations et d'identifier certaines de leurs causes dans le cadre d'un recueil prospectif par carnet de consommation.

Le carnet de consommation est une technique de recueil utilisée notamment en France depuis les monographies ouvrières de la fin du XIX<sup>e</sup> siècle. Aujourd'hui, de nombreuses enquêtes en population générale, telle l'enquête Budget des Ménages de l'INSEE ou, jusque récemment, l'Enquête Santé

---

<sup>1</sup> IRDES (Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé), 10 rue Vauvenargues, Paris, France, ([dourgnon@irdes.fr](mailto:dourgnon@irdes.fr) et [renaud@irdes.fr](mailto:renaud@irdes.fr)).

Protection Sociale de l'IRDES en font usage. Il s'agit pour l'enquêté de noter au fur et à mesure et pendant une durée définie (deux semaines ou un mois par exemple) celles de ses consommations qui intéressent l'enquête.

Nous définissons les approximations de réponse d'un enquêté comme la distorsion entre sa réponse à une question concrète et la réalité observée par ailleurs dans des données de référence.

Ces approximations peuvent s'expliquer par des oublis, un manque de sincérité se caractérisant par des omissions ou sur-déclarations ou par un manque de *compliance*, c'est-à-dire une absence de compréhension ou d'acceptation du protocole de l'enquête et des différentes instructions de recueil de l'information, notamment dans le cas d'un recueil auto-administré comme l'est le carnet de consommations.

L'objet de ce travail est de tirer parti de l'association de données déclaratives et administratives pour tenter d'éclairer et d'expliquer ce phénomène dans le cas de données de santé.

## 2. DONNEES

Nos données proviennent de l'appariement de fichiers administratifs de l'assurance maladie française (EPAS) et d'une enquête par sondage (ESPS).

L'Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux (EPAS) est un panel représentatif au 1/1200<sup>e</sup> des assurés sociaux des trois principales caisses d'assurance maladie (les travailleurs salariés, les artisans et travailleurs indépendants, les travailleurs agricoles) qui couvrent 95% de la population française.

Exception faite des données individuelles de base (âge, sexe), l'EPAS est entièrement dédié au recueil exhaustif et longitudinal des prestations fournies par l'assurance maladie aux assurés. Cela comprend tous les soins ayant fait l'objet d'un remboursement<sup>2</sup> : les soins ambulatoires remontent intégralement dans l'EPAS tandis que certains soins hospitaliers qui ne font pas l'objet d'une tarification individuelle ne sont pas remontés dans les fichiers. C'est une des raisons pour lesquelles notre analyse se concentrera uniquement sur les soins ambulatoires. Pour la plupart des soins, l'EPAS fournit la date de réalisation et les montants remboursés.

L'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) est une enquête menée par l'IRDES annuellement de 1988 à 1998, bisannuellement depuis. Il s'agit d'une enquête en population générale (ménages ordinaires, c'est-à-dire hors logements collectifs) dont la base de sondage est l'EPAS : un sous-échantillon des assurés principaux de l'EPAS est tiré, puis l'ensemble du ménage de chaque assuré principal est enquêté. Notons que ce protocole permet de suivre dans le temps des assurés dans la mesure où ils présentent des soins au remboursement. L'enquête a donc également une dimension longitudinale. ESPS recueille des informations sur l'ensemble des membres du ménage de chaque assuré tiré au sort, par questionnaire Capi ou Cati, et par auto-questionnaire pour certaines informations telles que l'état de santé, la consommation de soins, etc. Au total, l'enquête s'intéresse aux sujets suivants :

- Etat de santé : recueil de la morbidité, de l'incapacité fonctionnelle, des facteurs de risques comme alcool et tabac, de la santé ressentie.
- Consommation de soins : dans l'enquête ESPS, on confie pour un mois à chaque assuré principal du ménage un carnet de soins dans lequel il doit consigner au fur et à mesure tous les contacts des membres du ménage avec le système de santé : consultations de professionnels de santé, acquisitions de médicaments à la pharmacie, hospitalisations, analyses biologiques et

---

<sup>2</sup> En France, jusqu'à la fin des années 90, le remboursement par l'assurance maladie nécessitait le plus souvent que l'assuré avance les frais des soins puis se fasse rembourser par l'assurance maladie en lui envoyant une « feuille de soins ».

examens exploratoires. Toutefois, depuis 1998 les acquisitions de médicaments ne sont plus recueillies dans le carnet de soins mais uniquement par un recueil ponctuel de la consommation pharmaceutique de la veille (cette information est trop restreinte dans le temps pour être utilisée dans ce travail).

- Le statut assurantiel : type de régime obligatoire, niveau de remboursement (certaines affections de longue durée permettent un remboursement à 100% des soins concernés), présence d'une complémentaire santé, et si oui, description du mode d'acquisition et des garanties du contrat <sup>3</sup>.
- Le statut économique et social : comme dans la plupart des enquêtes économiques, le volet socio-économique concerne le revenu (seul le revenu du ménage entier était disponible en 1998), la profession, le niveau d'éducation, etc.

L'utilisation de l'EPAS comme base de sondage de l'enquête ESPS permet donc un appariement des deux sources de données : pour la moitié des personnes interrogées (uniquement les assurés principaux) dans ESPS, on dispose à la fois des données de l'enquête et de l'exhaustivité des données de remboursement de l'EPAS.

Nous utiliserons les données de 1998, la dernière année pour laquelle les enquêtés devaient consigner leurs achats de médicaments dans le carnet de soins.

### 3. METHODE

L'objectif est de mettre en perspective les consommations déclarées par les enquêtés ESPS dans le carnet de soins durant le mois de recueil avec les soins présentés au remboursement dans l'EPAS pendant la même période.

Nous constituons une population éligible pour l'analyse pour laquelle nous isolons les consommations de soins que nous souhaitons analyser. En l'occurrence, nous choisissons de mener l'analyse sur des soins suffisamment identifiables et fréquents et non lacunaires dans les données EPAS : les consultations de médecin (généraliste, spécialiste) et les acquisitions de médicaments remboursables.

Dans un premier temps, nous comparons les quantités déclarées dans le carnet de soins ESPS et dans les données de remboursement de l'EPAS afin de mesurer l'ampleur et le sens des écarts. En effet, plusieurs phénomènes antagonistes pourraient être à l'œuvre et influencer les distorsions dans un sens ou dans l'autre :

- d'une part, la sous-déclaration des consommations dans le carnet de soins due aux oublis ou au manque de *compliance* des enquêtés ;
- d'autre part, la non-présentation des soins au remboursement (et donc une carence de données dans l'EPAS) et éventuellement un comportement de sur-déclaration dans l'enquête : ces deux phénomènes contribueraient à un plus grand nombre de soins recensés dans ESPS que dans l'EPAS.

Dans un deuxième temps, nous souhaitons identifier les déterminants individuels des distorsions de déclaration observées parmi un ensemble de caractéristiques des assurés.

En premier lieu, il est intéressant de relier l'ampleur des erreurs de déclaration d'un assuré avec son volume de consommation de soins (global ou de même type), pour déterminer si les carences de recueil dans le carnet de soins sont plutôt le fait des gros consommateurs ou des petits consommateurs.

---

<sup>3</sup> En France, il existe deux filets successifs d'assurance en santé : l'assurance maladie publique (régime obligatoire) rembourse une part des dépenses de soins et, dans un second temps, une assurance santé complémentaire privée (le plus souvent à but non lucratif) rembourse la part restante à ceux des assurés qui y ont souscrit.

En effet, les deux cas n'ont pas la même signification ni les conséquences en termes de méthodologie d'enquêtes. Dans le cas où les carences seraient plus importantes chez les gros consommateurs, on peut incriminer l'accumulation des consommations de soins pour expliquer les omissions (éventuellement volontaires), et dans le cas inverse on peut faire l'hypothèse d'un manque d'implication ou d'intérêt pour le remplissage du carnet de la part des assurés qui ont peu recours au système de soins ou bien l'oubli d'évènements rares et bénins.

Ensuite, nous étudierons les effets de l'âge, du sexe, du statut socio-économique, de l'état de santé et de la composition du ménage de l'assuré enquêté sur la qualité du recueil, afin de tester différentes hypothèses :

- Dans le cas de l'âge, l'hypothèse de travail est celle d'une moindre qualité de recueil chez les personnes les plus âgées (aspect cognitif) et/ou chez les plus jeunes (une moindre consommation de soins impliquant une moindre implication dans le recueil).
- La question de la composition du ménage (notamment la taille) rejoint partiellement celle du lien entre qualité de réponse et volume de consommation : est-ce dans les familles les plus nombreuses (où les consommations médicales sont vraisemblablement plus nombreuses) que la sous-déclaration des consommations est la plus importante ? On sait par ailleurs que les familles nombreuses, particulièrement les ménages à bas revenus, participent moins volontiers à l'enquête.
- La question de l'état de santé est primordiale, de même que son interaction avec le lien entre volume de consommation et qualité des réponses : un individu en mauvaise santé accorde-t-il une plus grande attention à sa santé et à ses consommations médicales (hypothèse d'une corrélation négative entre santé et qualité du recueil) ou, au contraire, est-ce qu'une santé dégradée implique une sous-déclaration plus importante (hypothèse d'une corrélation positive entre santé et qualité du recueil avec des pistes d'interprétation d'ordre cognitif). De façon plus générale, l'impact de l'état de santé d'un répondant sur sa participation et la qualité de ses réponses est un sujet qui concerne la plupart des enquêtes.
- Enfin, nous testerons également l'éventualité d'un lien entre le statut socio-économique, la composition du ménage, etc. et la qualité de la saisie des consommations de soins.

Pour tester ces liens statistiques, nous emploierons successivement des analyses bivariées et un modèle de régression afin de contrôler les facteurs de confusion.

*Les résultats ne sont pas encore disponibles. Ils seront présentés lors de la communication*

## **BIBLIOGRAPHIE**

Auriat N. (1996). Les défaillances de la mémoire. coll. INED, Ed. PUF.

Bocognano A., Dumesnil S. et al. (1999). Santé, soins et protection sociale en 1998. IRDES.

Desrosières A. (1993). La politique des grands nombres. Ed. La découverte.