

La refonte du système d'observation sur la santé

Nathalie Fourcade

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

CNIS

Commission Services publics et services aux
publics - 14 mai 2013

Les besoins

- Améliorer état santé, qualité et efficience prises en charge
=> complexité des phénomènes et des leviers d'action
- Grand nombre d'acteurs ; champs sanitaire, social et medico-social, économique
- Epidémiologie, surveillance, études medico-économiques, analyse des pratiques
- Moyen terme 2009-2013 :
 - données locales (y compris DOM)
 - caractéristiques sociales
 - articulation entre assurance obligatoire et complémentaire
 - faciliter l'accès aux données de l'assurance maladie
 - parcours de soins
 - enquêtes dépendance, handicap, santé

Plan de la présentation

1. Les principales sources de données

- Les bases de données médico-administratives
- Les données d'enquête et les cohortes
- L'accès aux données

2. Les patients : état de santé, recours aux soins

- Enquêtes santé en population générale, rapport état de santé
- Accès aux soins
- Parcours de soins

1. Les principales sources de données

- Les bases de données médico-administratives
- Les données d'enquête et les cohortes
- L'accès aux données

1.1 Données médico-administratives

- Bases de données de santé issues de bases de données existantes (médicales ou de gestion) :
 - pour soigner (dossiers médicaux) ou enregistrer les décès (statut vital et causes de décès - RNIPP, CepiDC)
 - pour financer, contrôler, évaluer : séjours hospitaliers (PMSI), données de l'assurance maladie (Sniiram, EGB), indicateurs de qualité...
- Autres sources, notamment fiscales
- Exhaustives donc permettent analyses territorialisées et / ou par pathologie ou par population
- Recours croissant à ces données seules ou appariées
- Limites : diagnostics (seulement hôpital, ALD, examens mais pas résultats), données sociales

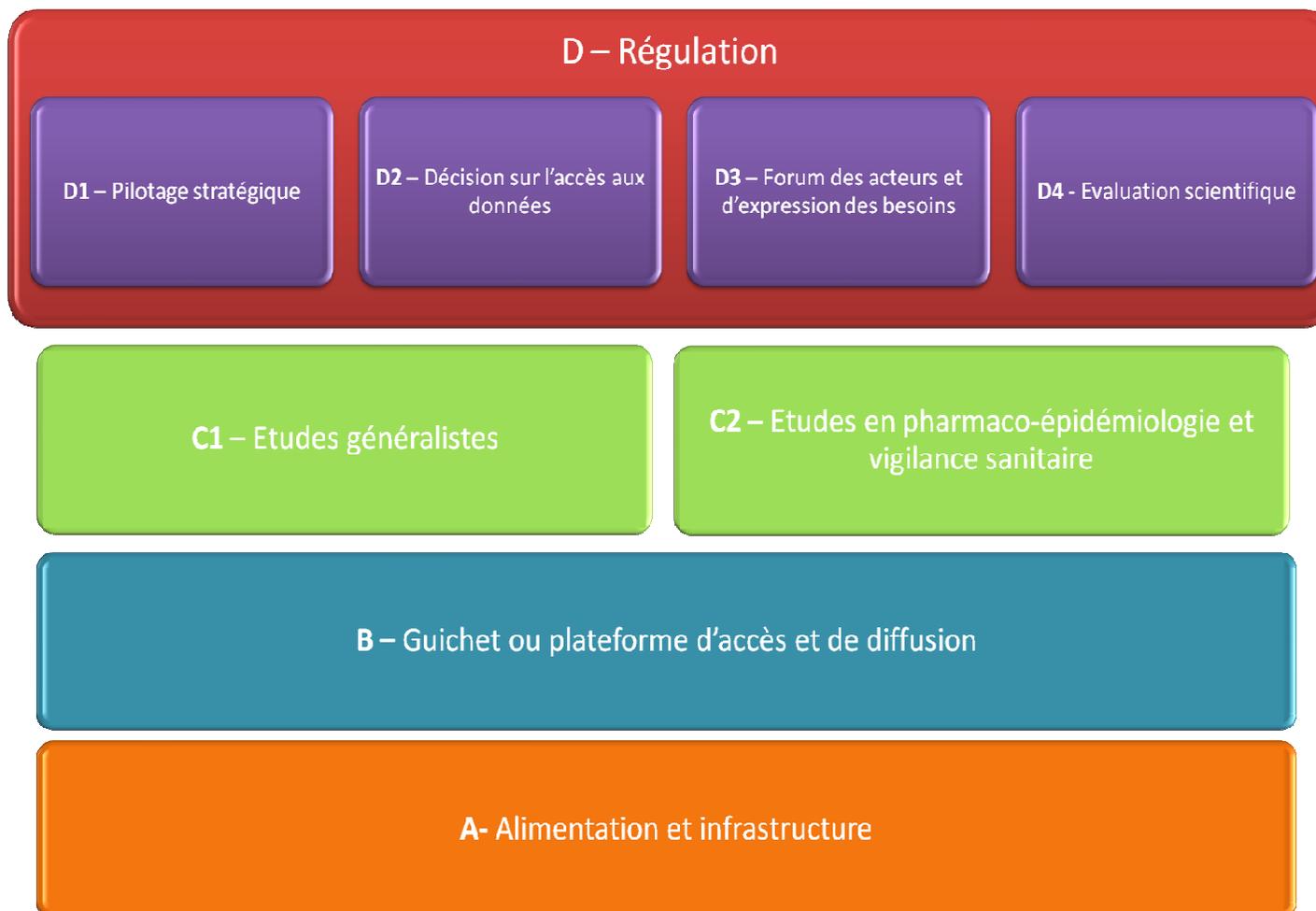
1.2 Les données d'enquête (et les cohortes)

- Complètent les données administratives
- Au près (une ou plusieurs unités selon les enquêtes) :
 - des établissements : de santé, medico-sociaux, scolaires
 - des professionnels de santé
 - des employeurs
 - des organismes assurant une couverture complémentaire
 - des ménages

1.3 L'accès aux données

- Des bases jeunes mais dont les utilisations et les demandes d'accès s'accroissent
- Compléter en appariant : causes de décès, données fiscales, enquêtes
 - Décrets-cadre en préparation pour utilisation NIR pour les appariements entre données administratives et données d'enquête, pour les chercheurs et la statistique publique
- Confidentialité
- Difficultés techniques

1.3 L'accès aux données



2. Les patients : état de santé, recours aux soins

- **Enquêtes santé en population générale, rapport état de santé**
- **Accès aux soins**
- **Parcours de soins**

2.1 Les enquêtes déclaratives santé auprès des ménages

- Trois types d'enquêtes déclaratives santé (hors enquêtes par examen) :
 - enquêtes spécialisées : thématique (questionnements lourds, par exemple pour repérer certaines pathologies) / population
 - modules santé d'enquêtes plus générales, éventuellement sur des populations ciblées
 - enquêtes généralistes : approche multidimensionnelle (y compris caractéristiques socio-démographiques)
 - état de santé
 - recours et renoncement aux soins
 - déterminants de santé (comportements, déterminants sociaux...)

2.1 Le contexte européen

- Règlement-cadre 1338/2008 relatif aux statistiques communautaires de la santé publique et de la santé et de la sécurité au travail
- Depuis 2009-2010, changement de cap d'Eurostat concernant EHIS (une seule édition en 2014 vs enquête quinquennale)
- EHIS 2014 portée par ESPS
- Règlement d'application 141/2013
- Incertitudes d'Eurostat : aucune visibilité pour les années à venir (calendrier, contenu , contenant)

2.1 Enquêtes santé en population générale : état des lieux

- 3 grandes enquêtes :
 - enquêtes décennales santé (maîtrise d'ouvrage DREES depuis 2010)
 - ESPS : édition 2014 coïncide avec EHIS
 - baromètre santé Inpes
- Recueil en cours des besoins / objectifs des enquêtes santé :
 - suivi d'indicateurs dans le temps ; déclinaisons sociales et territoriales (cf rapport état de santé)
 - questionnements spécifiques - surveillance
 - analyse transversale détaillée (cf recherche)
 - implications différentes en termes de stabilité des questions, de protocole d'enquête et de fréquence du questionnement

2.1 Enquêtes santé en population générale : perspectives

- Plusieurs enquêtes doivent coexister
- Piste d'amélioration :
 - complémentarité, coordination, harmonisation
 - appariements avec données administratives
- Enquêtes décennales santé : éditions suivantes conditionnées par mise en œuvre par Eurostat du règlement européen
- Articulation avec enquêtes handicap-dépendance :
 - enquête CARE en 2015
 - dissociation enquêtes santé / handicap (enquêtes filtre)

2.1 Le rapport sur l'état de santé de la population

- Rapport annuel sur l'état de santé :
 - suivi indicateurs associés aux objectifs de la loi de santé publique de 2004
- Révision des indicateurs pour construire un nouveau tableau de bord de l'état de santé en tenant compte :
 - de l'expérience acquise, des besoins exprimés
 - de l'évolution des systèmes d'information
 - des propositions du HCSP en 2010
- Travail partenarial ; document méthodologique publié en 2013
 - alimentera réflexion sur enquêtes santé
- Publication annuelle du rapport à partir de 2014

2.2 L'accès aux soins : accès géographique

- Besoin d'approche territorialisée : disparités géographiques, pilotage local
- Kit d'analyse de l'accessibilité des services de santé :
 - en ville ou en établissements sanitaires
 - au niveau de la commune
 - organisation spatiale du système de soins
 - recours au système de soins
- Présentation lors des rencontres moyen terme du CNIS sur les questions territoriales le 27 juin 2013

2.2 L'accès aux soins : accès financier et délais d'attente

- Accès financier :
 - données macro-économiques sur le reste à charge (Comptes de la santé)
 - enquêtes sur le renoncement aux soins (ESPS, SILC)
 - Monaco ; modèle Ines-Omar (publications Drees)
- Temporel : enquête délais d'attente :
 - en ville et à l'hôpital, pour différentes spécialités
 - en fonction du type d'offreur et de la zone géographique (type de zones urbaines ou rurales)
 - interrogation des patients et des professionnels
 - étude préalable en 2013 (définition, champ), recueils en 2014, premiers résultats en 2015 ; dispositif statistique en routine (remontées administratives, éventuellement enquêtes périodiques).

2.3 Les parcours de soins

- Thématique générale (marché du travail, éducation...) identifiée pour le précédent moyen terme
- Thématique prioritaire de la stratégie nationale de santé
- Approche centrée sur le patient et non pas sur les actes pris isolément et les offreurs :
 - données individuelles
 - tous champs
- Dimension locale pour analyser les disparités de prises en charge et évaluer les expérimentations

2.3 Les parcours de soins

- Approche par :
 - Pathologie (ou épisodes de soins) : santé mentale, AVC, diabète, insuffisance cardiaque, fractures col fémur
 - Population : personnes âgées (personnes âgées en risque de perte d'autonomie, PAERPA) , personnes en situation de précarité, personnes handicapées
- Mobilisation données administratives exhaustives et / ou larges cohortes
 - chaînages et appariements
 - confidentialité des données
 - demande DREES d'accès au Sniiram

Conclusion

- Des développements très importants...
- mais des besoins qui le sont plus encore
- Pistes pour l'avenir : croisement des sources
 - Appariements, travaux multi-champs
 - Diagnostics : outils d'observation en médecine générale
 - Enrichissements de l'échantillon démographique permanent
- Problèmes liés à la confidentialité des informations



Ministère de l'Economie et des Finances
Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Ministère du Travail, de l'Emploi,
de la Formation professionnelle et du Dialogue social



Merci pour votre attention