

Commission SERVICES PUBLICS et SERVICES AUX PUBLICS

Réunion du 26 mai 2010

PROJET D'AVIS.....	2
COMPTE RENDU DE LA RÉUNION	3
LISTE DES DOCUMENTS PRÉPARATOIRES	28
AVIS D'OPPORTUNITÉ	29

PROJET D'AVIS

proposé par la commission **SERVICES PUBLICS ET SERVICES AUX PUBLICS** du 26 mai 2010

1. Le Conseil a pris connaissance avec intérêt des dispositifs statistiques disponibles pour apprécier les dépenses de soins. Il lui paraît indispensable de progresser dans la connaissance de l'articulation, au niveau individuel, entre dépenses et remboursements de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires. Il sera ainsi possible de connaître les inégalités de dépenses de soins réellement supportées par les ménages et le coût des assurances complémentaires.

Le Conseil soutient les efforts entrepris dans ce sens par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), l'Institut des données de santé, la Cnamts et la Drees pour rapprocher les données de l'enquête Santé protection sociale (ESPS) de données administratives sur les remboursements.

Il demande à être tenu informé régulièrement de l'avancée de ces travaux.

2. Le Conseil encourage l'IDS à poursuivre ses efforts pour faciliter l'accès et la mise en commun des données agrégées et individuelles des dépenses de soins à des fins d'établissement de statistiques et de recherche dans le respect des principes de confidentialité. Il attire l'attention des principaux acteurs sur la nécessité de disposer des moyens suffisants pour réaliser ces travaux.
3. Le Conseil encourage le développement de travaux sur les trajectoires des patients en mobilisant l'information disponible dans le « Programme de médicalisation des dépenses de soins » (PMSI) articulée aux données de la Cnamts. Il incite les producteurs de ces bases à favoriser la qualité de ces appariements. Il souhaite que l'étude des trajectoires des patients intègre à la fois les séjours hospitaliers, les traitements ambulatoires et le secteur médico-social.
4. Le Cnis souhaite que les travaux sur les inégalités géographiques d'accès aux soins soient développés. Il demande que soit étudié en particulier le recours aux soins et la pratique professionnelle en fonction de la densité géographique des professionnels de santé.
5. Le Conseil souhaite que l'information relative aux coûts des établissements hospitaliers publics et privés soit développée. Pour cela il insiste pour que soit accélérée la diffusion d'information individuelle relative à la comptabilité analytique et que soit développée l'information sur les prix facturés par séjour.

COMPTE RENDU DE LA RÉUNION DE LA
COMMISSION Services publics et services aux publics
- 26 mai 2010 -

Président : Pierre-Yves GEOFFARD, CNRS et École d'Économie de Paris (EEP)

Rapporteurs : Baudouin SEYS, Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique.

Cédric AFSA, Depp (Direction de l'Évaluation, de la prospective et de la performance), ministère de l'éducation nationale

Responsable de la Commission : Nadine LEGENDRE (01 41 17 52 65)

Adoption du compte rendu

En l'absence d'observations sur ce compte rendu, celui-ci est adopté dans le mois qui suit sa date de diffusion.

RAPPEL DE L'ORDRE DU JOUR

I.	Présentation en opportunité d'enquêtes relatives à l'éducation.....	5
II.	Les inégalités des dépenses de soins	10
III.	Proposition d'avis	27

LISTE DES PARTICIPANTS

Cédric	AFSA	Ministère de l'éducation nationale - DEPP
Yann	BOURGUEIL	IRDES
Nathalie	CARON	Ministère de l'éducation nationale - DEPP
David	CASTILLO	Fédération hospitalisation privée
Caroline	CAVADINI	Secrétariat d'État d'Outre Mer
Joël	CREUSAT	Ministère de la justice et des libertés - SDSED
Philippe	CUNEO	Cnis
Richard	DECOTTIGNIES	Institut des données de santé
Brigitte	DORMONT	Université Paris dauphine
Paul	DOURGNON	IRDES
Françoise	DUSSERT	Cnis
Pauline	EULOGE	CNIDFF
Raphaëlle	FLEUREUX	INED
Alain	GELY	Insee
Pierre-Yves	GEOFFARD	PSE Paris Jourdan sciences économiques
Claude	GISSOT	CNAMTS
Magali	GRENOUILLEAU	Familles de France
Ghislaine	GRIMLER	Cnis
Danièle	GUILLEMOT	Insee
Claire	KREPPER	SE UNSA
Alexandre	KYCH	CNRS
Valérie	LE CORRE	CCMSA
Nadine	LEGENDRE	Cnis
Bruno	LUTINIER	DARES
Christelle	MINODIER	DREES
Alain	MOREAU	SGAR AQUITAINE
Marie-Laurence	MOROS	FSU 38 – SNUIPP 38
Lucile	OLIER	DREES
Alain	PELC	CCMSA
Stéphanie	POUGET	
Michel	REGEREAU	CNAMTS
Marie	REYNAUD	Haut conseil pour l'avenir assurance maladie
Mélanie	SAMSON	Institut national du cancer
Baudouin	SEYS	DREES
Bernard	SUJOBERT	
William	VEZINET	DHOS
Guillaume	VIDAL	DREES
Dalila	VIENNE	Autorité de la statistique publique

EXCUSÉS

Michel	BOISSONNAT	FAFIH
Cécile	CHARTREAU	UNIOPSS
Valérie	GERVAIS	AFOC
Pierre	LEVY	CSMF
Dominique	POLTON	CNAMTS

La séance est ouverte à 14 heures 40, sous la présidence de Pierre-Yves GEOFFARD.

INTRODUCTION

Pierre-Yves GEOFFARD

Merci à tous d'être présents. Nos débats de ce jour promettent d'être passionnants, tant sur le volet consacré à la présentation en opportunité d'enquêtes relatives à l'éducation que sur le volet consacré aux inégalités des dépenses de soins. En préambule, je rappellerai que la commission « services publics et services aux publics » résulte de la fusion de différentes formations du Cnis dans sa précédente configuration et recouvre aujourd'hui un champ de domaines relativement large, allant de l'éducation à la santé en passant par les retraites, la protection sociale, la sécurité, la justice, la défense, etc. Autant de problématiques que nous aurons l'occasion d'aborder dans des réunions ultérieures.

I. Présentation en opportunité d'enquêtes relatives à l'éducation

Pierre-Yves GEOFFARD

Deux des enquêtes présentées ce jour ont déjà bénéficié d'un avis d'opportunité en 2004, après un examen par la formation « Éducation, formation » du Cnis. Leurs descriptifs ne feront pas l'objet d'un exposé oral mais des réponses seront apportées aux questions posées.

1. Enquête d'évaluation de l'impact du livret de compétences – Depp

Cédric AFSA

Le premier projet présenté ce jour concerne une opération nouvelle à plusieurs titres. Il s'agit de mener une expérimentation dans le cadre de la mise en œuvre d'un nouveau dispositif : le livret de compétences. Au-delà de l'évaluation des acquis des élèves, c'est l'occasion pour la Depp de renouer avec une pratique d'évaluation des dispositifs de politiques publiques.

Le nouveau dispositif permet de considérer les compétences dites « extrascolaires » des jeunes de l'enseignement secondaire, en vue de les prendre en compte dans les parcours scolaires. L'objectif de l'expérimentation est d'évaluer l'impact sur les destinées scolaires de l'inscription des jeunes dans un tel projet. Afin d'observer et d'évaluer les compétences en question, de nombreuses informations devront être réunies, y compris sur les environnements scolaires et familiaux des élèves. L'expérimentation nécessitera par ailleurs un suivi régulier des compétences – celles-ci pouvant être cognitives ou conatives (confiance en soi, estime de soi, motivation, etc.). Un dispositif statistique sophistiqué devra pour cela être mis en œuvre. L'idée est de s'appuyer sur la longue expérience de la Depp dans l'utilisation des panels pour répondre à ces défis.

Jean-Paul CAILLE, Depp

La mise en place du livret de compétences pour les élèves du second degré s'inscrit dans le cadre de l'article 11 de la loi du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie. Le dispositif vise à saisir l'ensemble des compétences des élèves, qu'elles soient scolaires ou non, pour les prendre en compte dans leurs parcours scolaires et dans les processus d'orientation.

En coordination avec les académies, le ministère de la jeunesse et des solidarités actives met aujourd'hui en place une expérimentation du livret de compétences dans des établissements volontaires du second degré. Un panel de jeunes sera constitué dans ce cadre.

Les compétences extrascolaires susceptibles d'être reprises dans le livret de compétences auront trait à des domaines variés tels que : la vie scolaire (élection comme délégué de classe, participation au conseil d'établissement, etc.), la vie sociale (activités associatives, bénévolat, etc.), les responsabilités exercées ou compétences développées dans le cadre de la famille (aides aux personnes, relations avec les administrations, langues natives, etc.), les expériences de mobilité à l'étranger (échanges, partenariats, stages, voyages, etc.), les pratiques culturelles, linguistiques et sportives, ou encore les contacts avec le monde professionnel (jobs d'été, aide familiale, etc.). Le livret de compétences constituera un outil informatique renseigné par le jeunes et qui accompagnera sa scolarité.

Une évaluation du dispositif sera menée sur deux ans, à compter de la rentrée scolaire 2010. La Depp sera chargée de caractériser les différents projets mis en œuvre (à travers l'analyse des dossiers retenus), d'apprécier les opportunités et les résistances au changement (par le biais d'une étude par entretiens) et de mesurer le ressenti des jeunes ainsi que les effets du livret de compétences sur les parcours (à travers le suivi d'un panel).

Dans ce contexte, l'enquête présentée ce jour a deux objectifs principaux : mesurer la façon dont les élèves et la famille ressentent l'instauration du livret de compétences et apprécier l'impact du livret de compétences sur l'orientation des élèves. Pour atteindre ces deux objectifs, une base de sondage sera constituée à partir des collèges et des lycées participant à l'expérimentation. Les lycéens et collégiens seront observés séparément. Des échantillons témoins d'élèves ne participant pas à l'expérimentation seront également recrutés dans les établissements volontaires. Les élèves observés appartiendront à des classes communes.

Deux échantillons de jeunes seront suivis durant deux années : un échantillon de 3 000 collégiens (tous scolarisés en 4^{ème} à la rentrée 2010), ainsi qu'un échantillon de 3 000 lycéens (pour moitié scolarisés en 2^{nde} générale ou technologique à la rentrée 2010 et pour moitié scolarisés en 2nd professionnelle à la rentrée 2010). Deux échantillons témoins seront constitués : l'un de 1 500 collégiens scolarisés en 4^{ème} à la rentrée 2010 ; l'autre de 750 élèves scolarisés en 2^{nde} générale ou technologique à la rentrée 2010 ainsi que de 750 élèves scolarisés en 2nd professionnelle à la rentrée 2010. L'observation des élèves en classes de 4^{ème} et de 3^{ème} ainsi qu'en fin de 2^{nde} permettra d'étudier deux paliers d'orientation parmi les plus importants de l'enseignement secondaire. Les compétences extrascolaires ayant généralement des taux de pénétration relativement faibles, des échantillons importants seront constitués, avec des échantillons témoins de taille plus modeste.

Trois types d'informations seront recueillies. En premier lieu, l'effet de l'instauration du livret de compétence sera mesuré, notamment à travers des enquêtes de ressenti réalisées en fin d'années auprès des élèves et des parents. Les impacts sur le niveau d'acquis conatif seront également mesurés, de même que les impacts sur l'orientation (en lien avec les dialogues d'orientation de fin de 3^{ème} et de fin de 2^{nde}). Les attentes des parents en matière d'éducation seront également prises en considération.

En second lieu, la nature des compétences enregistrées dans le livret sera étudiée – des types de compétences hétérogènes étant susceptibles d'apparaître en fonction des élèves.

En dernier lieu, seront mobilisées des variables de contrôles parmi lesquelles les niveaux d'acquis cognitifs (en particulier durant les phases d'orientation) et les caractéristiques du milieu familial (recueillies directement auprès des familles).

Trois modes de collecte seraient utilisés : des remontées informatiques sur les situations scolaires et le contenu des livrets de compétences, des questionnaires administrés en classe sur le ressenti et les acquis des élèves, des interrogations postales ou téléphoniques des familles.

Stéphanie POUGET, CNRBE

Au-delà du ressenti, il est important d'ajouter aux informations recueillies dans le cadre du panel une évaluation de la maîtrise de la diffusion des informations figurant dans le livret de compétences. De fait, le livret de compétences constituera un « super CV », accessible par internet. L'enjeu sera d'estimer le ressenti de l'enfant et de la famille vis-à-vis de la maîtrise de la diffusion et de l'utilisation des informations ainsi rassemblées. Le livret de compétences a été présenté comme un outil devant permettre aux jeunes d'être davantage acteurs de leur orientation. Cet aspect mériterait d'être mesuré.

Pierre-Yves GEOFFARD

Le livret de compétences aura-t-il une existence sur support papier ? Quelles personnes y auront accès ?

Jean-Paul CAILLE

Une distinction s'impose entre le livret de compétences et les données statistiques réunies. Ces dernières seront soumises à des règles de diffusion précises. Le livret de compétences constituera quant à lui un dérivé du « web classeur », déjà mis en place dans certains établissements et dont la diffusion est déjà contrôlée. A ce jour, seul l'élève et son professeur principal ont accès au contenu du web classeur. Le livret de compétences demeurera en premier lieu un outil personnel, à disposition de l'élève et de son professeur principal. A ce jour, les parents d'élèves n'accèdent d'ailleurs pas au web classeur. Une confidentialité maximale demeurera attachée à l'outil individuel.

Les données tirées du panel seront stockées comme celles issues des autres panels d'élèves. La Depp met en place des panels depuis le début des années 70, sans que le principe de confidentialité des données ait un jour été bafoué. Aucune crainte ne semble donc justifiée, tant vis-à-vis de l'utilisation du contenu des livrets de compétences qu'au niveau de l'utilisation des fichiers statistiques du panel.

Une question pourrait du reste être intégrée concernant le ressenti des personnes vis-à-vis de la diffusion des informations.

Stéphanie POUGET

L'objet de ma remarque n'était pas de questionner la confidentialité des informations tirées du panel mais de faire porter la réflexion sur l'utilisation faite des données contenues dans le livret de compétences. Certaines informations auront trait à la vie de famille. Comment ces informations seront-elles utilisées dans le cadre du processus d'orientation ? Les personnes en auront-elles la maîtrise ?

Jean-Paul CAILLE

L'élève lui-même conservera la maîtrise des informations renseignées ou non dans le livret de compétences. L'élève demeurera à la source de l'information et aura à s'approprier l'outil mis à sa disposition. Dans le cadre des conseils de classe (ayant notamment à débattre de l'orientation), les professeurs continueront de prendre en compte l'ensemble des informations disponibles concernant l'élève.

Bernard SUJOBERT, CGT

Dans la mesure où le livret de compétences sera utilisé dans le cadre de l'orientation, les informations qui y figurent devront être partagées. Une utilisation publique sera donc faite d'un outil présenté comme individuel et personnel.

Jean-Paul CAILLE

Le livret de compétences ne contiendra cependant que les informations que l'élève aura décidé d'y inclure. Les attestations de participation aux associations et les langues parlées y seront notamment portées. Ces informations pourront ensuite être mobilisées dans le cadre de l'orientation, afin que les compétences correspondantes puissent être prises en compte.

Bernard SUJOBERT

Les compétences sociales et familiales ainsi caractérisées risquent de se révéler discriminantes. Un jeune pratiquant l'équitation ou le scoutisme le fera volontiers valoir comme une compétence ; il est en revanche peu probable qu'une compétence liée à une activité illégale soit pareillement mise en valeur. Dans le cadre de l'expérimentation, la vision de l'instance de concertation de ce qu'est une compétence positive risque de n'être adaptée qu'à un certain type de public – les compétences des autres publics risquant de ne pas être prises en considération.

En tout état de cause, l'évaluation d'une politique publique ne saurait nécessiter une adhésion totale à l'ensemble de ses attendus.

Jean-Paul CAILLE

Un des enjeux de l'évaluation sera précisément d'identifier des compétences valorisées de manière moins manifeste, chez d'autres élèves que les « bons élèves ». L'ambition du livret de compétences serait de peser sur les inégalités sociales d'orientation et de rompre avec une focalisation sur les compétences les plus légitimes. L'enquête permettra de mesurer cet impact.

Philippe CUNEO

Quelle sera l'économie du dispositif ? S'agira-t-il d'une auto-évaluation produite par l'élève, avec comme corollaire une meilleure prise de conscience vis-à-vis de certaines compétences et une meilleure expression des souhaits d'orientation ? Appartiendra-t-il aux commissions d'orientation de proposer des choix d'orientation plus adaptés en prenant connaissance des compétences extrascolaires de l'élève ? Une utilisation par les commissions d'orientation impliquerait une utilisation partagée des informations contenues dans le livret de compétences. Ne faudrait-il pas également interroger les professeurs principaux sur l'impact potentiel du dispositif sur les processus d'orientation ?

Jean-Paul CAILLE

Le premier attendu du dispositif est que le jeune modifie son regard sur lui-même et sur ses compétences ; le second est que les compétences extrascolaires soient prises en compte dans les processus d'orientation. L'évaluation s'articulera autour de trois volets, dont un ciblé sur l'interrogation des acteurs. L'objectif est de mesurer l'appropriation du nouvel outil, à travers des entretiens qualitatifs.

Claire KREPPER, SE – UNSA

Nous sommes très intéressés par la démarche du livret de compétences. L'évaluation statistique de l'expérimentation devra cependant rendre compte de manière fiable de l'atteinte ou non des objectifs poursuivis. Le dispositif parviendra-t-il à valoriser les compétences autres que strictement scolaires des élèves ? Ces compétences seront-elles prises en compte dans le cadre de l'orientation ? Ne risque-t-on pas, au contraire, d'aller vers un formatage des compétences sociales attendues ?

Il a été précisé que le livret de compétences constitue une déclinaison du web classeur de l'Onisep. Il s'agit donc d'un portefeuille de compétences construit par l'élève lui-même au fur et à mesure de son parcours d'orientation et de formation. Cependant, le livret de compétences intègre également l'attestation des acquis du socle commun. Il sera donc bien utilisé dans le cadre des conseils de classe, au moment de l'orientation. Il est même question qu'à terme le livret de compétences recouvre l'ensemble de la scolarité obligatoire, depuis l'école primaire. L'outil va donc bien au-delà du simple portfolio construit par l'élève.

Jean-Paul CAILLE

Il s'agit bien d'un outil en cours de développement.

Claire KREPPER

L'outil sera présenté au Conseil supérieur de l'éducation la semaine prochaine. Sa conception est donc bien avancée.

Marie-Laurence MOROS, FSU 38 – SNUIPP 38

Le livret de compétences n'est pas qu'un outil demeurant entre les mains de celui dont on évalue les compétences. A terme, le lien avec l'évaluation du socle commun des savoirs et des compétences impliquera une utilisation par les professionnels de l'éducation, voire par des référents extérieurs. La portée du dispositif ne saurait être réduite à la mise en place d'un outil individuel dont le contenu sera décidé par l'élève. Le livret de compétences s'inscrit dans un dispositif bien plus large et cohérent. Dans le cadre de la loi relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie, quel sera le lien entre le livret de compétences et le pass orientation/formation ? La présentation donnée aujourd'hui du livret de compétences semble parcellaire. Le cadre légal fixé prévoit en réalité divers niveaux d'intervention et de recueil de données.

Cédric AFSA

Il nous faudra étudier cet aspect.

Pierre-Yves GEOFFARD

Il a été rappelé que la confidentialité des données tirées des panels de la Depp n'avait jamais été violée. Il conviendra néanmoins de demeurer vigilant. S'agissant de l'articulation entre la protection des données individuelles et la diffusion des données statistiques, le rôle du Cnis est de s'assurer que les données des enquêtes de la statistique publique soient réellement accessibles, à des fins d'exploitation statistiques, à un ensemble d'utilisateurs potentiels (acteurs associatifs, organisations syndicales, chercheurs, etc.). De ce point de vue, l'article 18 du projet d'enquête semble quelque peu succinct. Qu'en sera-t-il réellement de la diffusion et de l'exploitation des résultats ? Une nouvelle formulation pourrait être proposée, s'inspirant d'autres projets d'enquêtes similaires.

En tout état de cause, je propose que le projet d'avis de la commission tienne compte des remarques et des préoccupations exprimées ce jour.

Françoise DUSSERT

Un projet d'avis sera transmis ultérieurement.

- 2. Enquêtes sur les effectifs d'étudiants dans les écoles d'ingénieurs, dans les établissements d'enseignement supérieur artistique et culturel, dans les autres établissements d'enseignement supérieur non rattachés aux universités – SIES**
- 3. Enquêtes sur les effectifs d'élèves du second degré, des classes préparatoires aux grandes écoles et des sections de techniciens supérieurs dans les établissements d'enseignement privés – Depp**

Cédric AFSA

Les deux enquêtes présentées ici conjointement ont toutes deux pour objectif de compléter la collecte d'informations menée à travers des applications qui recensent la majorité des étudiants de l'enseignement supérieur et des élèves du second degré. Je m'exprime notamment au nom d'Olivier Lefebvre, sous-directeur du Systèmes d'information et des études statistiques de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Les deux enquêtes ad hoc présentées ce jour permettent de couvrir l'ensemble des champs de l'enseignement supérieur et de l'enseignement secondaire. Au-delà de l'amélioration de la connaissance statistique française, il s'agit ainsi de répondre à l'obligation prévue par un règlement européen sur les statistiques européennes devant entrer en application au 1^{er} janvier 2012.

Le projet d'enquêtes sur les effectifs d'étudiants dans les écoles d'ingénieurs, dans les établissements d'enseignement supérieur artistique et culturel, ainsi que dans les autres établissements d'enseignement supérieur non rattachés aux universités recueille un avis d'opportunité favorable.

Le projet d'enquêtes sur les effectifs d'élèves du second degré, des classes préparatoires aux grandes écoles et des sections de techniciens supérieurs dans les établissements d'enseignement privés recueille un avis d'opportunité favorable.

II. Les inégalités des dépenses de soins

Pierre-Yves GEOFFARD

Les inégalités de dépenses de soins ne recouvrent pas l'ensemble des questionnements associés au système de santé. Cette problématique est néanmoins au cœur des préoccupations et du domaine de compétences de la statistique publique. La mesure des inégalités d'accès aux soins et de dépenses de soins s'inscrit bien souvent dans une perspective dynamique – les panels permettant de rendre compte de trajectoires individuelles différentes. Les systèmes d'information de la statistique publique au sens large ont considérablement évolué ces dernières années, notamment en matière d'observation des dépenses de soins. Une articulation semble aujourd'hui nécessaire entre le service public de santé (dont l'assurance maladie) et un certain nombre d'organismes complémentaires d'assurance maladie, ce qui pose des questions particulières à la statistique publique.

1. Quels besoins d'informations statistiques pour comprendre les inégalités de dépenses de soins ?

Michel REGEREAU, CFDT

La première nécessité semble être de définir clairement les objectifs de santé avant de préciser les besoins en observation statistique. Les organisations syndicales ou patronales, de même que les associations de malades qui siègent au Conseil de la CNAMTS n'occupent pas une position de gestionnaires de l'assurance maladie. Depuis la généralisation de la contribution sociale généralisée (CSG), le vote par le Parlement, sur proposition du Gouvernement, de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et la promulgation des lois de santé publique, l'État demeure le véritable gestionnaire de l'assurance maladie. Les partenaires sociaux et associatifs assument davantage une posture de représentants des usagers – ces derniers constituant à la fois des utilisateurs et des financeurs du système (*via* leurs cotisations). Les préoccupations et demandes de la CFDT seront donc orientées vers l'égal accès à des soins de qualité, aussi bien d'un point de vue financier que d'un point de vue géographique. L'accent sera également sur les disparités de conditions de vie et de travail. L'étude des inégalités d'accès aux soins et à la santé en fonction des catégories socioprofessionnelles et des expositions aux risques (bruit, amiante, intempéries, etc.) nécessite des rapprochements complexes.

En termes d'information, des données quantitatives et qualitatives doivent être mobilisées. En ce qui concerne l'aspect financier, des éléments doivent être fournis sur les dépassements d'honoraires et les restes à charge avant/après intervention des assurances complémentaires. L'existence même du secteur 2 pose aujourd'hui des problèmes de plus en plus aigus d'accès aux soins dans certaines zones. A Paris, il devient ainsi quasi-impossible de trouver certains spécialistes à tarif opposable. Alors que 8 % de la population ne bénéficie d'aucune couverture complémentaire (n'en ressentant pas l'utilité ou n'en ayant pas les moyens), deux populations particulièrement vulnérables apparaissent : les actifs aux revenus modestes (comme en témoigne la sollicitation des fonds d'action sanitaire et sociale) et les retraités (dont les pathologies lourdes et plurielles ont un impact sur les restes à charge). Il semblerait par ailleurs que les personnes en affections de longue durée (ALD) prises en charge à 100 % pour la maladie concernée conservent des restes à charge plus importants. La connaissance de ces problématiques mériterait d'être approfondie, y compris en lien avec les produits et prestations pour lesquels il conviendrait de disposer du prix facturé et de la base remboursable par les régimes et les complémentaires.

En ce qui concerne l'aspect géographique, il conviendra de mieux connaître les inégalités de dépenses ainsi que les possibles effets de la répartition des enveloppes destinées aux agences régionales de santé. Dans le cadre de la déconcentration prévue par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) votée en juin 2009, les Agences régionales de santé (ARS) disposeront-elles d'une marge de manœuvre à travers des enveloppes spécifiques ? Ces enveloppes permettront-elles de réduire les inégalités de santé et d'accès aux soins ? Sur quelles bases seront-elles calculées ? A ce jour, les fonds semblent suivre les professionnels de santé et non les malades. Une réflexion mériterait d'être engagée sur ce point, compte tenu des écarts de densité observés dans l'implantation des professionnels de santé – les densités les plus fortes étant relevées dans le Sud et sur les côtes. Notre système de prise en charge favorise-t-il une répartition homogène des soins en fonction des indicateurs de santé de la population ou en fonction de l'implantation des professionnels de santé ? Les écarts de pratiques en fonction des zones mériteraient également d'être mis en évidence, en s'appuyant notamment sur la Classification commune des actes médicaux (CCAM). De fait, la « main invisible » du marché ne semble pas réguler le système de santé – les rythmes de renouvellement des prescriptions permettant, par exemple, de faire circuler les patients plus que nécessaire dans certaines zones ; tandis que des déficits de professionnels apparaissent dans d'autres zones. De tels phénomènes ont besoin d'être éclairés. La loi HPST prévoyant la mise en place de « contrats santé-solidarité » dans les trois ans (pénalités applicables aux professionnels refusant de s'engager dans une meilleure répartition), il conviendra d'avancer rapidement sur ces sujets.

D'un point de vue qualitatif, le besoin d'informations porte sur la sécurité du système de soins (en lien avec le débat sur la taille et la proximité des établissements, les maladies nosocomiales, etc.), sur sa réactivité (en lien avec la connaissance des parcours de soins, y compris au sein des hôpitaux publics), sur son efficacité (en lien avec l'articulation entre soin, prévention et vaccination, en fonction des territoires), ainsi que sur son efficience (en lien avec des comparaisons internationales).

CONSEIL NATIONAL DE L'INFORMATION STATISTIQUE

Réunion de la Commission Services publics et services aux publics – 26 mai 2010

Des dispositifs existent aujourd'hui sur lesquels des précisions seront apportées par les intervenants suivants. Dans le domaine des maladies professionnelles et des accidents du travail, de nouveaux imprimés de déclaration destinés aux employeurs devraient permettre d'affiner les données. L'objectif est également de mettre fin au débat sur la mauvaise imputation des dépenses, soit au niveau du compte maladie, soit au niveau du compte « Accidents du travail/maladies professionnelles » (AT/MP). La question de l'information sur ces sujets doit également être abordée, en lien notamment avec la mise en place d'Ameli-direct par l'assurance maladie (www.ameli.fr).

En conclusion, l'accent doit être mis sur la mise à disposition de données, ainsi que sur le renforcement des dispositifs existants et des travaux de recherche. Des informations combinables sur les prises en charge du régime obligatoire (RO) et du régime complémentaire (RC) devront également être développées, en vue notamment d'intégrer deux éléments oubliés par le rapport Briet-Fragonard sur la mise en place du bouclier sanitaire : les dépassements d'honoraires et les tarifs prothèses (traduisant un écart entre le tarif pratiqué et le tarif intégré aux bases de l'assurance maladie et des complémentaires). Quel que soit le système d'information et le niveau de détail retenu, deux objectifs fondamentaux sont à garder à l'esprit : mieux comprendre et piloter les dépenses de santé ; mieux connaître l'état de la santé des populations (selon le lieu, les catégories socioprofessionnelles, l'exposition aux risques, etc.). En marge des interrogations statistiques, des études sur la corrélation entre densité des professionnels de santé et recours aux soins permettraient de savoir si la liberté de prescription et d'installation est bien compatible avec un système financé de façon socialisée.

Pierre-Yves GEOFFARD

Je retiendrai de l'intervention la demande d'aboutir à une vision globale de la question des dépenses de soins, y compris dans l'articulation entre santé et travail. Dans ce domaine, une vision dynamique permettrait de mieux caractériser les risques professionnels, qu'ils soient immédiatement identifiables ou diffus. Cette préoccupation rejoint celle exprimée dans le cadre du débat sur les retraites.

Je retiendrai également le souhait d'aboutir à une vision globale de la chaîne des dépenses de soins et des remboursements – ces derniers faisant appel à divers organismes.

Enfin, je retiendrai la volonté de mieux comprendre l'articulation entre usagers et professionnels de santé. Là encore, des données existantes ou potentielles pourraient être davantage exploitées et alimenter des études complémentaires.

2. Les dispositifs d'observation statistiques disponibles :

a. Le système d'information de la Cnamts

Claude GISSOT, CNAMTS

Le système statistique de l'assurance maladie repose sur les éléments de gestion que sont les feuilles de soin. Des données sont ainsi rassemblées sur les remboursements en ville, à l'hôpital (*via* le PMSI) et dans le cadre des ALD (affections de longue durée). Les données sont alors nominatives et permettent aux médecins conseil des caisses d'assurance maladie de revenir aux dossiers individuels des patients. A ce stade, aucun chaînage n'existe entre le PMSI et les données de remboursement (si ce n'est en revenant aux dossiers individuels).

Une procédure d'anonymisation est ensuite enclenchée qui se trouve être le point d'entrée dans le SNIIRAM (Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie). Les numéros individuels ne permettent plus de retrouver le nom et les caractéristiques des patients. Les procédures d'anonymisation mises en œuvre au niveau du PMSI étant identiques, un appariement peut être réalisé.

Les données recueillies concernant les bénéficiaires portent sur l'âge, le sexe, la notion de Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C), la notion d'Aide médicale d'État (AME), le numéro d'ALD, et la zone de résidence. Une vigilance est exercée afin que les recoupements n'aboutissent pas à des ensembles trop limités de patients, susceptibles ensuite de permettre une reconnaissance indirecte.

Les données recueillies concernant la consommation de soins en ville portent sur toutes les prestations remboursées, avec un codage détaillé pour les actes médicaux (avec le code CCAM), la biologie, les dispositifs médicaux, et les médicaments (code CIP(Club Inter Pharmaceutique)). En fonction des régimes ou des sections locales mutualistes, certaines informations ne sont toutefois remontées que de manière agrégées, avec pour conséquence une couverture non-exhaustive du champ. Les médecins et professionnels de santé sont également identifiés – rendant possible l'établissement de statistiques par médecin ou par profession de santé. Trois montants de dépense sont distingués : la facture, la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie.

Pour ce qui est de la consommation de soins en établissements privés (dont les établissements médico-sociaux n'étant pas en dotation globale), des factures détaillées sont recueillies correspondant aux actes, honoraires, etc. Du côté des établissements publics, des tarifs journaliers de prestations sont utilisées pour calculer les restes à charge, les tickets modérateurs et les forfaits journaliers. Pour ces deux sources, une distinction est faite entre la facture, la base de remboursement et le montant remboursé par l'assurance maladie. Des données sur l'ensemble du champ des établissements sanitaires sont par ailleurs remontées par le biais du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information). Ces données ne portent cependant pas sur la facturation, en dehors des éléments dorénavant récupérés auprès des cliniques et des hôpitaux.

En ce qui concerne les pathologies traitées, les codes CIM-10 (Classification internationale des maladies gérée par l'OMS qui permet le codage des maladies, des traumatismes et de l'ensemble des motifs de recours aux services de santé) sont remontés pour les patients en ALD, de même que les diagnostics principaux, associés et reliés du PMSI pour les séjours hospitaliers. Des informations sont également réunies par le biais des GHM (Groupes Homogènes de Maladies), des médicaments traceurs, des actes techniques réalisés par les professionnels de santé, des examens biologiques ou des dispositifs médicaux. Au sein du secteur public, il n'est toutefois pas possible de distinguer les professionnels de santé pratiquant les actes. Seuls les établissements peuvent être identifiés.

Le SNIIRAM recouvre aujourd'hui deux types de données : des « datamarts » (données semi-agrégées) et des données individualisées (exhaustives ou échantillonnées). En 2005, trois datamarts étaient disponibles dans l'entrepôt SNIIRAM. Des éléments ont été ajoutés au fil des ans pour aboutir, en 2009, à une quinzaine de datamarts recouvrant les dépenses de santé, l'ONDAM, le tableau de bord sur la biologie, le codage CCAM, le codage des produits pharmaceutiques, le codage UCD (Unité commune de dispensation relative aux médicaments), l'offre de soins (activités et honoraires des professionnels de santé), etc. Des éléments de comptabilité ont également été réunis afin de permettre des comparaisons avec les données statistiques. En plus des données concernant les établissements, des données individuelles sur les patients ont été rassemblées, à travers l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) et les données de consommation inter-régimes (DCIR). Des cohortes ou échantillons *ad hoc* ont été constitués en fonction des besoins.

L'EGB est un échantillon prospectif de bénéficiaires, caractérisé par un taux de sondage de 1/97^{ème} sur un tirage de numéro de clé du NIR (Numéro d'Identification au Répertoire = numéro de Sécurité sociale). Les nouveaux entrants au régime général sont récupérés tous les 3 mois pour alimenter l'échantillon. Les consommations de soins des bénéficiaires sont remontées de manière régulière et exhaustive (ville et hospitalisation). L'EGB a été créé pour afficher 20 ans d'historique à compter de janvier 2003. A ce jour, nous disposons donc d'un recul de 7 ans (en régime général sur la première partie). 530 000 bénéficiaires se trouvent aujourd'hui inclus dans la cohorte – celle-ci prenant en compte les entrées et sorties. Les données rassemblées demeurent individuelles et anonymes, avec un numéro permettant le chaînage avec le PMSI, les données hospitalières du budget global et les données de ville.

Les organismes habilités à accéder à l'EGB ont été listés dans l'arrêté ministériel du 20 juin 2005, modifié le 16 octobre 2008. Celui-ci devrait être révisé prochainement pour tenir compte notamment de la mise en place des ARS. En dehors des régimes et des ministères, sont mentionnés dans l'arrêté : le Haut conseil

pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), l'Institut des données de santé (IDS), l'Union nationale des professions de santé (UNPS), la Haute autorité de santé (HAS), l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut national du cancer (INCa), l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé (IRDES), le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (CETAF), le Centre national de la recherche scientifique (CNRS) et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). Les organismes de recherche à but non-lucratif ont par ailleurs la possibilité d'accéder à l'EGB par le biais de l'IDS.

L'accès à l'EGB demeure conditionné par le suivi d'une formation (compte tenu de la complexité des données) et l'obtention d'une autorisation (signée par le directeur d'une unité de recherche reconnue par l'arrêté ministériel ou par l'IDS). Les directeurs signataires sont ensuite responsables, y compris pénalement, de l'utilisation faite des données.

L'EGB a pu être utilisé pour des études médico-économiques, des analyses de parcours de soins (le cas échéant pour des pathologies données), l'évaluation du respect de certaines recommandations, des études de l'observance des traitements, des travaux de pharmaco-épidémiologie, des études d'impact des médicaments en situation réelle d'utilisation, des évaluations de pratiques de dépistage, des estimations de populations protégées (couverture vaccinale notamment), des études de consommation moyenne par bénéficiaire, etc. Le suivi individu par individu a ainsi permis de reconstituer des trajectoires de recours aux soins.

L'extension de l'EGB au régime agricole (MSA) et au régime social des indépendants (RSI) est aujourd'hui en cours. Cependant, l'utilisation de l'EGB se heurte encore à quelques limites. La première d'entre elles demeure la complexité des données, liée à la complexité originelle des données de liquidation des régimes d'assurance maladie. Une fonction support semble aujourd'hui devoir être développée pour assurer un meilleur accompagnement des utilisateurs, *a fortiori* compte tenu du nombre de sollicitations reçues depuis le lancement de l'EGB.

Les données administratives contenues dans l'EGB s'avèrent par ailleurs limitées et ne permettent de cerner la situation individuelle des personnes. Certains appariements (avec l'enquête Handicap, Incapacités, Dépendances (HID) de l'Insee et de la Drees et l'enquête Santé, Protection sociale (ESPS) de l'Irdes notamment) seront de ce fait indispensables pour aborder la question des inégalités sociales.

b. Le rôle de l'Institut des données de santé (IDS)

Richard DECOTTIGNIES, IDS

Les 13 membres de l'IDS sont aujourd'hui : l'État (à travers les ministères chargés de la santé et du budget), la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), le Régime social des indépendants (RSI), l'Union nationale des régimes spéciaux (UNRS), l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM), l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), la Fédération hospitalière de France (FHF), la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), la Fédération nationale des centres de luttés contre le cancer (FNCLCC) et le Collectif inter associatif sur la santé (CISS). Les principaux acteurs du monde de la santé siègent ainsi au sein de l'IDS.

L'IDS a été installé le 30 mars 2007, dans le cadre prévu par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Le choix a été fait de créer l'IDS sous la forme d'un groupement d'intérêt public. Sa convention constitutive a été publiée au journal officiel le 11 mai 2007. Après trois ans d'existence, l'IDS demeure une structure récente.

Les missions de l'IDS, définies par la loi du 13 août 2004, sont : d'une part, d'assurer la cohérence et de veiller à la qualité des systèmes d'information utilisés pour la gestion du risque maladie ; d'autre part, de veiller à la mise à disposition de ses membres, de la Haute autorité de santé, des Unions régionales des médecins exerçant à titre libéral ainsi que d'organismes désignés par décret en Conseil d'État, à des fins

de gestion du risque maladie ou pour des préoccupations de santé publique, des données issues des systèmes d'information de ses membres, dans des conditions garantissant l'anonymat fixées par décret en Conseil d'État pris après avis de la Cnil.

L'IDS transmet chaque année son rapport d'activité au Parlement. Deux rapports d'activités ont déjà été rédigés et figurent sur le site de l'Institut. Un troisième rapport devrait être adopté au mois de septembre 2010.

Lorsque l'on traite des données de santé – de leur production jusqu'à leur protection en passant par leur collecte, leur circulation et leur échange – il convient de distinguer la mise en place des systèmes d'information, de leur gouvernance. La mise en place des systèmes d'information requiert la responsabilité la plus directe possible des acteurs concernés. Chaque système d'information répondant à des objectifs différents, l'IDS n'a pas vocation à se substituer aux acteurs existants. L'IDS demeure une structure légère ne détenant en propre aucune donnée de santé et ne disposant en propre d'aucune équipe de recherche.

La gouvernance des systèmes d'information intervient, quant à elle, une fois les données produites. Elle vise à proposer les destinataires et le contenu des données de santé partagées, ainsi qu'à organiser le partage d'informations en fixant les règles et outils communs, notamment les conditions et les modalités pratiques d'utilisation des données. Dans un contexte d'accélération de la mise en place des systèmes d'information le rôle de l'IDS est également d'apporter davantage de transparence, de cohérence et de confiance. Disposer d'un lieu d'échange et de débat encourage ainsi chaque acteur à avoir pleinement confiance dans les conditions du partage des données (qui a accès à quoi, selon quelles règles et pourquoi).

Sa composition et son mode de gouvernance permettent à l'IDS d'organiser le partage des données issues des systèmes d'information de ses membres, conformément aux missions confiées par le législateur. L'IDS rassemble les producteurs d'informations, l'État et les représentants des patients. Son modèle de gouvernance assure une majorité de voix aux organismes publics. L'IDS s'est également doté d'un cadre de confiance, à travers une charte de déontologie (disponible sur le site de l'Institut) et un comité d'experts aux compétences reconnues (présidé par Didier Sicard).

Tous ces éléments permettent à l'IDS d'agir dans la confiance et d'apporter les garanties nécessaires aux pouvoirs publics, avec pour ambition, d'une part, de favoriser la connaissance du système de santé en facilitant l'accès et le partage des données et, d'autre part, de préparer et d'éclairer les décisions de l'ensemble des acteurs du système de santé en leur permettant de disposer d'une même vue sur le système de santé et ses évolutions.

L'IDS a décliné ses missions à travers deux orientations stratégiques : agir dans l'intérêt collectif et agir dans la confiance. Pour agir dans l'intérêt collectif, l'IDS entend rentabiliser l'investissement public consenti pour la conception de bases de données et compléter cet investissement par l'apport de données en provenance d'autres acteurs privés, en favorisant le partage des données enrichies (entre les membres de l'IDS et les membres qu'eux-mêmes recouvrent).

Parmi les bases de données partagées au sein de l'IDS figurent aujourd'hui : le SNIIRAM, le PMSI et les Données de la DGFIP (Direction Générale des Finances Publiques). D'autres bases devraient progressivement être constituées et partagées au sein de l'IDS : le système d'information de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), ainsi que des bases de données des organismes d'assurance maladie complémentaire par exemple. Une charte d'engagements entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les assureurs maladie complémentaires est en cours de négociation en vue de formaliser les engagements de partage et de mise en commun de données entre ces deux acteurs.

L'IDS est aussi amené à donner dans certains cas son approbation aux demandes d'organismes à des fins d'études et de recherche pour la mise à disposition et l'utilisation des données du SNIIRAM. Une procédure spécifique a été mise en place. L'IDS a par ailleurs souhaité ouvrir une réflexion plus large sur l'accès aux données de santé par les organismes à des fins d'études et de recherche en saisissant son comité d'experts. Des préconisations formulées par ledit comité devraient être prochainement soumises au débat. Un livre blanc sera publié sur le site internet de l'Institut.

S'agissant de compléter l'investissement public par l'apport de données privées et favoriser le partage de ces données enrichies, l'IDS entend agir dans le domaine statistique ainsi qu'en faveur de la mise en commun des données de santé entre les acteurs. L'IDS s'est ainsi doté d'une Commission pour l'Analyse et la Diffusion d'Informations Statistiques (CADIS) dont le champ de compétences s'étend au-delà de celui de l'ancien Comité pour la Transparence des Statistiques de l'Assurance Maladie (COTSAM). La CADIS se penche sur la qualité et la cohérence des statistiques produites par l'ensemble des membres de l'Institut. L'IDS encourage par ailleurs les acteurs publics et privés à mettre en commun leurs données, en tenant compte des spécificités propres aux acteurs privés (statuts juridiques différents, marché concurrentiel, etc.). Dans ce domaine, l'IDS privilégie une approche pragmatique, avec lucidité quant au temps nécessaire pour mettre en œuvre la remontée des informations, notamment en provenance des assureurs maladie complémentaires.

Afin d'avancer vers la mise en commun de données individuelles anonymisées, une convention de partenariat a été signée en juillet 2008 entre l'IDS et l'IRDES, dans l'optique de construire un échantillon représentatif et pérenne de bénéficiaires (Assurance maladie obligatoire/Assurance maladie complémentaire (AMO/AMC)) pour analyser et caractériser notamment le reste à charge des assurés. Une expérimentation baptisée projet Monaco devrait être menée dans le cadre de l'enquête Santé Protection Sociale (ESPS) de 2010, en lien avec quatre assureurs, trois institutions de prévoyance et la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF). Des premières données devraient être disponibles en 2012.

L'IDS étudie également, en concertation avec l'assurance maladie obligatoire et les assureurs complémentaires, la faisabilité d'une remontée de données agrégées, dans l'optique d'obtenir une meilleure vue sur le reste à charge réel des assurés (prenant en compte les honoraires professionnels, leurs remboursements par les régimes obligatoires et les dépassements d'honoraires).

Pour ce qui est d'agir dans la confiance, l'IDS entretient des relations étroites avec la Cnil – toutes les actions relevant des compétences de l'IDS faisant l'objet d'un avis préalable de la Cnil. L'IDS s'appuie par ailleurs sur son comité d'experts, sur la représentation en son sein des usagers (*via* une vice-présidence exercée par le CISS), sur sa charte de déontologie, sur des procédures d'habilitation rigoureuses pour l'accès aux bases de données, ainsi que sur des conventions d'utilisation et de condition de services mises en place entre les utilisateurs et les gestionnaires de bases de données.

c. Le projet Monaco de l'Irdes

Paul DOURGNON, IRDES

L'étude des inégalités de recours aux services de santé ou de dépenses de soins revient à s'interroger sur la consommation de soins d'individus à état de santé donné, en fonction de leur niveau de vie. Un tel projet s'appuie nécessairement sur quatre éléments : des données individuelles (permettant de travailler sur des distributions et non pas seulement sur des moyennes), des données sur les dépenses de soins et l'utilisation des services de santé, des données d'information sur l'état de santé des populations, ainsi que des données sur les statuts économiques et sociaux.

L'objectif du projet Monaco, s'insérant dans le dispositif d'enquête ESPS, est d'apporter de l'information sur les restes à charge après remboursement par les assurances maladie obligatoires et complémentaires. Jusqu'à présent, l'analyse des restes à charge et des taux d'effort s'est toujours heurtée à l'impossibilité de connaître la dépense réelle des assurés. Aucune information n'était disponible sur les remboursements complémentaires, recouvrant environ 15 % des dépenses de santé en France. L'idée serait de compléter l'appariement du dispositif ESPS avec les données de l'assurance maladie par un nouvel appariement avec des données de remboursement de complémentaires. La mise en œuvre du projet serait basée, dans la durée, sur le volontariat des organismes d'assurance maladie complémentaire, en lien avec l'IDS.

Conduite depuis 1988, l'enquête ESPS est aujourd'hui menée tous les deux ans. Dans le cadre de l'édition 2010, une étude de faisabilité de l'appariement AMO/AMC devrait être engagée. L'enquête ESPS conserve pour objectif de traiter toutes les problématiques dans lesquelles interviennent l'état de santé, le

recours aux soins et le statut économique et social. De telles problématiques peuvent être liées à la notion d'équité ou à l'évaluation des politiques publiques. L'enquête ESPS s'appuie sur un échantillon d'assurés de l'assurance maladie. De 1998 à 2008, des assurés ont été tirés de manière récurrente dans les fichiers de l'assurance maladie. Les mêmes assurés ainsi que leur ménage étaient interrogés tous les quatre ans, dans une logique de panélisation. Un appariement a par la suite été opéré avec les données de l'assurance maladie puis du SNIIRAM. L'enquête a ainsi porté sur environ 8 000 ménages, soit 22 000 individus dont 10 000 appariés.

En 2010, un nouveau tirage sera effectué à partir de l'échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB), avec toujours pour ambition de réinterroger les mêmes individus tous les quatre ans. Le sous-échantillonnage de l'EGB autorisera un appariement avec les données de l'assurance maladie obligatoire. Des données issues des assurances maladie complémentaires seraient ensuite associées, en vue d'aboutir à un véritable chaînage des dépenses et des remboursements en santé des individus.

Parmi les acteurs du projet Monaco figurent : l'IDS, l'IRDES, la CNAMTS, la CCMSA, le RSI, l'Insee (en charge de l'opération de tiers de confiance) et divers organismes d'assurance maladie complémentaire (instituts de prévoyance, mutuelles, assurances privées).

Des listes d'identifiants anonymisés seront communiquées aux organismes complémentaires, afin de permettre la remontée des dépenses figurant dans les contrats. Il appartiendra ensuite à l'IRDES d'apparier ligne à ligne les dépenses d'assurances obligatoires et d'assurances complémentaires.

A ce jour, neuf organismes complémentaires se sont portés volontaires, dont trois institutions de prévoyance (Groupes AG2R, ProBTP, Malakoff-Médéric), quatre sociétés d'assurance (SwissLife, AGF, Groupama, Axa) et deux mutuelles (Eovi et Santévie) – des organismes tels que Groupes AG2R et Malakoff-Médéric recouvrant plusieurs secteurs. Ces partenariats pourraient permettre d'apparier jusqu'à 2 000 individus. Cette étape exploratoire a pour objectif de tester la faisabilité du chaînage et la cohérence des premiers résultats obtenus.

En provenance de l'AMO, des données individuelles seront remontées (âge, sexe, régime), des données médicalisées sur l'hospitalisation et les ALD, ainsi que des données de remboursement ; en provenance de l'AMC, des données individuelles seront également remontées (âge, date de naissance, sexe, code postal de résidence), de même que des données sur les contrats (hors primes) et des données de remboursement.

Les sections locales mutualistes et les régimes spéciaux ne seront toutefois pas couverts par le dispositif, bien qu'ayant vocation à intégrer l'EGB. Les contrats gérés par des courtiers ne seront pas non-plus pris en compte, de même que les bénéficiaires de contrats complémentaires multiples. D'autres zones d'ombre demeureront liées à des problématiques plus techniques telles que le remboursement au 1/3 payant et les factures hors-flux NOEMIE.

En termes de calendrier, des premières phases de tests ont été mises en œuvre. L'appariement des données d'AMC aux données de l'AMO et de l'enquête ESPS pourrait ensuite débiter. Un délai de deux ans sera nécessaire pour assurer la remontée de l'ensemble des données d'AMC.

Pierre-Yves GEOFFARD

Un des enjeux serait de mieux comprendre l'articulation entre le point de vue des usagers et les informations sur le système de soins lui-même (c'est-à-dire sur les professionnels de santé).

d. *Le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) et autres instruments de la Drees*

Lucile OLIER, Drees

En préambule à la présentation du PMSI, nous proposons une présentation d'un outil développé par la Drees, en collaboration avec la CNAMTS et l'IRDES. Le projet Monaco constitue un projet central et particulièrement ambitieux qui nécessitera une montée en charge progressive avant de permettre l'exploitation, à terme, d'un échantillon représentatif. Dans l'intervalle, le débat public et politique se poursuivra. Afin d'apporter un premier éclairage sur la distribution individuelle des restes à charge, d'autres outils ont été développés.

Guillaume VIDAL, Drees

Une maquette des dépenses de santé des ménages a été développée par la Drees, en collaboration avec la CNAMTS, l'IRDES et la DGTPE (Direction Générale du Trésor et de la Politique Économique). Cet outil a été construit pour permettre une estimation des remboursements des organismes complémentaires et des restes à charge individuels, avant la mise à disposition des données individuelles observées à travers le projet Monaco. Des estimations ont pu être réalisées en combinant des bases de données existantes et en simulant un certain nombre de remboursements à partir de techniques statistiques.

La maquette s'est appuyée sur l'échantillon de 8 000 ménages et 22 000 individus constitué dans le cadre de l'enquête ESPS de l'Irdes. L'appariement de cette enquête avec les données de l'EPAS (Échantillon Permanent des Assurés Sociaux, constitué par la CNAMTS, la MSA, et le RSI) permet de disposer d'informations au niveau individuel sur les dépenses totales, les dépenses remboursées par la sécurité sociale et les dépenses non remboursées par la sécurité sociale. La maquette construite par la Drees permet d'enrichir cette information initiale, en simulant la structure de financement des dépenses non remboursées par la sécurité sociale. Ainsi, elle permet d'estimer au niveau individuel les dépenses financées au titre de la CMUC, les dépenses financées par les organismes complémentaires et les frais payés directement par les ménages. Les primes versées aux organismes complémentaires ont également été simulées. En plus de ces données de dépenses observées ou simulées, les informations contenues dans l'enquête SPS permettent de disposer, pour chaque individu ou chaque ménage, de ses caractéristiques socio-économiques, de son état de santé et de son niveau de couverture complémentaire.

Ce projet poursuit deux objectifs principaux : approfondir les études sur les dépenses de santé des ménages en fonction des caractéristiques socioéconomiques de ceux-ci, en intégrant plus finement les effets de l'assurance complémentaire et en adoptant une approche ménage qui est une cellule de mutualisation du risque, des ressources et des dépenses ; aider à la décision en simulant l'impact d'un certain nombre de réformes sur des populations cibles ou sur le marché de l'assurance complémentaire.

La maquette a été conçue à partir des données issues de l'appariement EPAS – ESPS. Ces données ont ensuite été enrichies à partir d'autres sources d'informations et de techniques statistiques pour construire la maquette.

La première étape était de reconstituer les dépenses au niveau ménage. En effet, l'EPAS constitue la base de sondage de l'ESPS. Cependant, les autres membres des ménages des individus échantillonnés pour les besoins de l'enquête ESPS n'y figurent pas nécessairement. Des imputations ont donc été nécessaires pour obtenir des dépenses de santé au niveau des ménages. Une méthode statistique baptisée « *hot deck* » a pour cela été utilisée. Des dépenses connues (observées chez des individus aux caractéristiques relativement proches) ont ainsi été attribuées à des individus dont les dépenses étaient inconnues. Cette méthode ne devrait toutefois pas permettre de travailler à des niveaux fins d'analyse – c'est-à-dire sur des sous-populations trop restreintes. La prise en compte de la corrélation intra-ménage au niveau des dépenses de santé pourrait par ailleurs être améliorée.

La deuxième étape dans la construction de cette maquette est de simuler le partage entre les frais de santé remboursés par les organismes complémentaires et ceux qui sont directement payés par les

ménages Les informations étant insuffisantes dans l'enquête SPS, cette simulation a été réalisée en utilisant les données de l'enquête Drees sur les contrats modaux. Le but est d'attribuer un des 950 contrats de l'enquête Drees à chacun des individus de ESPS couverts par une complémentaire santé. Ensuite, il suffit d'appliquer à la dépense de chacun de ces individus les garanties du contrat pour en déduire les montants remboursés par l'organisme complémentaire. Les contrats de l'enquête Drees sont alloués aux individus de l'échantillon de l'enquête ESPS selon des probabilités qui dépendent du type de contrat (individuel collectif) et du type d'organisme (institut de prévoyance, mutuelle ou société d'assurance). Des améliorations pourront être obtenues en intégrant deux nouveaux critères de tirage : l'âge du souscripteur (renseigné dans l'enquête sur les contrats modaux depuis 2008) et la prime individuelle versée (renseignée dans l'enquête ESPS). Cette méthode devrait toutefois se heurter à la représentativité non-exhaustive des contrats d'assurance complémentaire couverts par l'enquête de la Drees.

Des premiers résultats provisoires ont été obtenus à travers la maquette, permettant de représenter des taux d'effort en fonction des déciles de niveau de vie des ménages. Des courbes de taux d'effort ont pu être représentées correspondant aux dépenses non-remboursées par la sécurité sociale, aux dépenses payées directement par les ménages et aux primes.

Christelle MINODIER, Drees

Le PMSI est une immense source de données dont la Drees n'est qu'un utilisateur parmi d'autres. L'IRDES, l'Institut national de Veille Sanitaire (InVS) et des opérateurs privés exploitent également cet outil. Les ARS le feront prochainement.

Les bases PMSI permettent notamment d'analyser les inégalités d'offre et de prise en charge des soins. Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est une base de gestion médico-économique produite depuis 2000 par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Dès 1991, dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé, la loi portant réforme hospitalière du 31 juillet 1991 impose aux établissements d'analyser leur activité médicale. L'article 6113-7 du Code de la santé publique prévoit pour ce faire la mise en œuvre d'un système d'information qui tienne compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge. C'est la définition du PMSI qui a ainsi pour finalité de produire des informations utiles à la tarification et à la planification. Son champ d'application recouvre l'ensemble des hôpitaux publics et privés, de court séjour et de moyen séjour, ainsi que les établissements psychiatriques. Les bases PMSI recensent l'ensemble des séjours hospitaliers réalisés en France, avec une double localisation *via* le code commune de l'établissement de santé et le code postal de résidence du patient. Quatre PMSI peuvent être distingués : le PMSI court séjour (MCO), le PMSI moyen séjour (SSR), le PMSI concernant l'hospitalisation à domicile (HAD) et le PMSI psychiatrie (RIM-P). Il est possible de chaîner les PMSI entre eux grâce au numéro de patient, clé unique, qui permet d'identifier chaque patient. Ce chaînage permet de repérer et d'analyser les trajectoires des patients au sein de l'ensemble Hôpital ou même les trajectoires ville - Hôpital par appariement avec le SNIIRAM.

L'unité statistique des PMSI est bien le séjour mais il y a deux entrées possible : l'une par l'établissement et l'autre par le patient. Des données permettent d'identifier et de localiser l'établissement au sein duquel s'effectue le séjour et de décrire très finement son activité. Cette brique de base peut ensuite être enrichie avec des estimations de coûts moyens (produit par l'étude nationale de coûts à méthodologie commune pour le champ MCO à partir d'un échantillon d'établissements), des données sur les facteurs de production (capacités, personnels et équipements) par appariement avec l'enquête SAE (Statistique annuelle des établissements de santé), des données financières (issues des bases comptables) ou des données de facturation (*via* la CNAMTS). D'autres données permettent de détailler l'âge, le sexe et le lieu de résidence du patient, de même que son mode d'entrée dans l'établissement, son mode de sortie, la durée de son séjour, les diagnostics établis (principal et reliés) et les actes réalisés.

Les modalités d'enregistrement varient en fonction des PMSI dans la mesure où ceux-ci conservent des spécificités et affichent des stades de développement différents. Le PMSI MCO demeure le plus ancien. Il couvre les champs public et privé depuis 1997 et est aujourd'hui considéré comme exhaustif. Les PMSI HAD, SSR et RIM-P – plus récents et encore en phase de montée en charge – affichent en 2008 des taux de couverture de 90 %, 95 % et 80 %. A ce stade, il convient d'insister sur la nécessité de pondérer les

bases PMSI dans le cadre des utilisations longitudinales, afin de ne pas introduire de biais par l'augmentation des taux de couverture. En outre, il faut souligner que l'exhaustivité en termes de nombre d'établissements n'implique pas nécessairement une qualité optimale pour l'ensemble des variables – certaines variables pouvant être plus ou moins bien renseignées (non-réponses partielles).

De nombreuses utilisations ont pu être faites des bases PMSI dont voici plusieurs exemples. Le PMSI a notamment permis une analyse des parts de marché des établissements et des hôpitaux publics / privés, en fonction des disciplines de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique). Cette étude a démontré le poids respectif dans le paysage hospitalier des CHU (Centres Hospitalo-universitaires), des hôpitaux publics hors-CHU, des établissements privés à but non-lucratif et des cliniques privées. Les parts de marché des hôpitaux publics sont apparues plus élevées en médecine et en obstétrique ; les parts de marché des cliniques privées sont apparues plus importantes en chirurgie.

Des évolutions récentes en matière d'hospitalisation ont également pu être examinées, en vue de réaliser des projections concernant les besoins futurs, dans le cadre de l'étude des conséquences du vieillissement démographique. Une augmentation du taux d'hospitalisation a été constatée durant ces dernières années, de même qu'une augmentation de la part des séjours réalisés en ambulatoire. En revanche, la durée moyenne des séjours a diminué. Au total, le nombre de journées d'hospitalisation a baissé sur la période récente alors que la prise en compte de la seule évolution démographique observée durant cette période aurait conduit à son augmentation. En s'appuyant sur ces résultats et sur les projections de population de l'INSEE, des besoins à l'horizon 2030 ont été évalués, avec un scénario de vieillissement pur, un scénario de poursuite des tendances et un scénario de diffusion du progrès médical et d'optimisation des modes d'organisation. Grâce au PMSI, les analyses ont pu être détaillées par pathologie et par tranche d'âges.

Le PMSI a pu également être utilisé comme outil d'étude de prise en charge de populations spécifiques. L'impact de la précarité sur la durée moyenne de séjour en hôpital a notamment été étudié. La difficulté initiale était d'identifier les patients précaires dans le PMSI. Pour ce faire, une équipe de chercheurs a réalisé une étude qualitative préalable, destinée à délimiter les éléments de connaissance nécessaires à l'identification des populations précaires et à définir des critères de repérage. En pratique, 11 codes CIM indicateurs de précarité ont été retenus, répartis en 4 dimensions : la précarité sociale, la précarité en conditions de logement, la précarité monétaire et la précarité dans l'accès aux droits. Une étude a ensuite été menée auprès de 27 établissements pour plus de 57 000 séjours. 11,9 % des séjours sont apparus recouvrir au moins un des critères de précarité. Une fois les différences d'âge et de sexe retraitées, la durée moyenne de séjour de patients précaires s'est révélée plus importante de 16 % (20 % pour les parents isolés socialement, 40 % pour les personnes sans-abri). Le critère de revenu n'est pas apparu influencer à lui seul sur la durée moyenne de séjour.

Le PMSI a été utilisé comme outil d'évaluation des politiques publiques. L'impact des campagnes télévisées de l'INPES en matière de prévention de la fracture du col du fémur a notamment été mis en évidence. Une diminution des taux standardisés d'hospitalisation pour fracture du col du fémur a en effet été observée à partir de 2000.

Enfin, le PMSI a été utilisé par l'InVS pour étudier la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC) – les patients victimes d'un AVC pouvant être hospitalisés en MCO et en soins de suite et de réhabilitation (SSR). Un chaînage des PMSI MCO et SSR a été opéré pour identifier une base de patients hospitalisés en SSR en post AVC.

En conclusion, le PMSI constitue un outil à la fois qualitatif et quantitatif, statistique et épidémiologique. De nombreux travaux s'appuient actuellement sur la double localisation de PMSI pour aborder la question des distances d'accès aux soins. Le PMSI a également vocation à être utilisé pour produire des indicateurs de qualité, dans un double objectif de mesure de la performance des établissements et de transparence sur l'activité des établissements de santé. Des perspectives de déclinaisons au niveau régional, voire infrarégional, sont également offertes par le PMSI.

Pierre-Yves GEOFFARD

Des besoins ont été exprimés concernant la connaissance de la chaîne de remboursement. Du reste, je ne suis pas certain que le domaine des données inventées (ou reconstituées) relève du Cnis au même titre que la production et la mise à disposition des données observées.

En ce qui concerne le PMSI, une vraie diversité des études réalisables a été mise en évidence. Des indications auraient pu cependant être données sur les chefs de projets des études présentées. S'agissait-il uniquement d'études internes à la Drees ou d'études réalisées par des organismes divers, traduisant une diffusion plus large des données du PMSI ?

3. Introduction à la discussion

Brigitte DORMONT, Université de Paris Dauphine

J'interviendrai aujourd'hui en tant qu'universitaire et économiste. Mon point de vue pourrait donc nécessiter d'être complété par celui d'un épidémiologiste.

Des questions se posent aujourd'hui en matière de régulation, ayant trait à la croissance des dépenses de santé (dont on peut présumer qu'elle se poursuivra) et à la couverture de celles-ci. L'augmentation des prélèvements obligatoires a été évoqué comme une piste, de même que l'augmentation de la part allouée aux complémentaires. Des propositions de régulation de la concurrence entre les assurances complémentaires ont par ailleurs été formulées, reposant sur une standardisation des contrats et une fixation des primes indépendante des caractéristiques des assurés. L'idée d'instaurer un « bouclier sanitaire » a également été avancée. L'ensemble de ces propositions auraient un impact sur les distributions de taux de couverture. Au-delà de l'observation des moyennes, un véritable suivi des distributions en matière de coûts de l'assurance et d'accès aux soins serait nécessaire.

La question de l'efficacité du système de santé se pose également. Si la réforme de la T2A (Tarification à l'activité mis progressivement en place depuis 2005) a pour but d'améliorer l'efficacité et la productivité des hôpitaux, elle touche également à la convergence tarifaire entre hôpitaux publics et privés. Des dispositions ont par ailleurs été prises pour changer l'organisation des soins en ambulatoire, en introduisant des formes de délégations, en lien avec les soins de premier recours. Ces réformes organisationnelles importantes demeurent néanmoins peu développées. Une inaction absolue est également constatée en matière de répartition géographique des médecins généralistes. Ces orientations ont un impact sur la performance du système, en matière de coût (la T2A améliorera-t-elle l'efficacité des hôpitaux de ce point de vue ?) et de qualité des soins (la logique d'efficacité par les coûts et l'inégale répartition géographique des médecins ne risquent-elles pas de dégrader le niveau de qualité des soins auquel à accès une certaine partie de la population ?).

Ces questions portent beaucoup sur des aspects de répartition, d'où la nécessité de développer l'accès à des données individuelles ou fortement désagrégées sur la santé et la consommation de soins. Il y a là un enjeu essentiel pour le pilotage des réformes de la couverture des soins et le suivi de la performance du système (en termes d'efficacité/coûts et de qualité des soins).

Quatre thèmes principaux ont été évoqués ce jour : celui de la couverture, celui de la relation entre consommation de soins et couverture, celui de la qualité des soins et celui de l'efficacité de la dépense hospitalière.

En ce qui concerne la couverture, des statistiques existent sur le reste à charge qui mettent en évidence des inégalités considérables. La valeur du reste à charge pour les déciles supérieurs pose véritablement la question de la solidarité dans notre système de soins. Ces statistiques demandent à être améliorées dans plusieurs directions : connaître la partie du reste à charge prise en charge par les complémentaires ; documenter le reste à charge pour l'hôpital (en lien avec le forfait journalier et les taux de couverture inférieurs à 100 %) ; documenter la partie non-remboursable des soins (en lien avec les dépassements).

La distribution des restes à charge pourrait ainsi être éclairée, en relation avec les offreurs de soins. La question du coût des complémentaires nécessiterait également d'être abordée. De grandes disparités pourraient ainsi être explorées, au-delà du projet Monaco. L'objectif serait notamment d'obtenir une information détaillée sur la nature des complémentaires (individuelle ou collective) ainsi que sur le coût à la charge de l'entreprise pour les complémentaires collectives. La valeur des primes d'assurance nécessiterait également d'être documentée. Enfin, il conviendrait de prendre en compte le dispositif d'aide à la complémentaire santé, susceptible de conduire à une augmentation des primes pour les bénéficiaires.

Pour ce qui est du lien entre la consommation de soins et la couverture, un débat a été lancé autour de l'aléa moral. Le fait d'être couvert par l'assurance maladie conduit-il à une surconsommation de soins ? Dans ce domaine, il conviendrait de distinguer ce qui peut relever de la responsabilité du patient, de ce qui peut relever de la responsabilité de l'offreur de soins – ce dernier pouvant induire des actes ou des visites médicales non-nécessaires dans le contexte d'une tarification à l'acte ou bien prescrire des molécules trop innovantes par rapport à la nature du cas traité, etc. Un échantillon plus complexe que l'EGB pourrait permettre d'opérer un suivi de cohorte sur des patients en rapport avec tel ou tel offreur de soins (en s'appuyant sur l'échantillon MILOU de la CNAMTS, par exemple).

La question de la qualité des soins, quant à elle, est aujourd'hui traitée en aval de celle de l'efficacité économique, alors qu'elle devrait être traitée simultanément. Il s'agirait ainsi de rompre avec une logique de contrôle pour un niveau minimal de qualité, pour induire des incitations à la fois sur la qualité et les coûts. Une information microéconomique pourrait notamment être développée sur les files d'attente et les délais pour accéder aux médecins (généralistes et spécialistes, en ambulatoire et à l'hôpital, selon le statut de l'hôpital, etc.). L'idée serait de produire une information au niveau des offreurs de soins et des patients, pour mettre en évidence d'éventuelles inégalités devant les files d'attente, en rapport avec le niveau de revenu. En matière de performance des soins, nous ne disposons pour l'heure d'aucun moyen pour opérer un suivi de la qualité des soins à l'hôpital – les patients n'étant pas suivis entre les séjours. Un chaînage permettant de savoir ce que deviennent les patients d'un séjour à l'autre serait fondamental. Peut-être le SNIIRAM pourrait-il apporter des réponses dans ce domaine ? Il conviendrait par ailleurs d'engager une réflexion, le cas échéant dans le cadre du Cnis, sur la diffusion publique des indicateurs de qualité sur les établissements de santé. Des indicateurs lisibles et faciles d'utilisation pourraient concurrencer les palmarès aujourd'hui publiés par la grande presse.

Pour ce qui est de mesurer l'efficacité de la dépense hospitalière, l'observabilité des coûts dans le secteur privé demeure limitée. Un travail pourrait notamment porter sur les honoraires des médecins qui interviennent dans les cliniques privées, sur leurs horaires effectués au sein des cliniques, ainsi que sur leur participation au capital des cliniques. Par ailleurs, le coût des médecins ne semble pas toujours extrait des dépenses ambulatoires dans les registres de la CNAMTS ou de l'ESPS. L'enjeu de tels travaux pourrait être une meilleure connaissance des coûts des cliniques. Au niveau des hôpitaux publics, l'effort en matière de recueil d'informations sur les coûts pourrait être porté par le développement de la comptabilité analytique – cette dernière recouvrant des enjeux essentiels en termes de régulation.

De manière plus transversale, l'enjeu serait de faire en sorte que tous les chercheurs puissent accéder aux données, sans limites autres que celles de la déontologie et indépendamment de la qualité de leurs relations avec la statistique publique et/ou l'Administration. La nécessité de développer une fonction support pour permettre l'utilisation des données du SNIIRAM a été évoquée par Claude Gissot. Cette volonté pose toutefois la question du financement. En tout état de cause, la question des délais pour accéder aux données devra être traitée. Il est aujourd'hui particulièrement décourageant pour les chercheurs de ne disposer d'aucune visibilité sur l'instruction des demandes et les délais de mise à disposition des données. Pour ce qui est des contenus, il conviendrait de constituer des cohortes autres que l'EGB, permettant notamment de réaliser des appariements entre fournisseurs de soins et assurés, ainsi que des appariements avec des enquêtes ne s'appuyant pas nécessairement sur l'EGB.

4. Débat

Pierre-Yves GEOFFARD

J'aurais pour ma part une interrogation concernant l'archivage des données produites. Quelles données devront être conservées et pour combien de temps ? Quelle serait l'antériorité des données, notamment dans le cadre des cohortes anonymisées ?

Le développement des fonctions support pose également question. De telles missions font partie intégrante de la chaîne de la statistique publique. Une ambiguïté persiste néanmoins sur leur financement. Appartient-il aux organismes de recherche de financer ces outils, sachant que leurs moyens demeurent souvent limités ; appartient-il aux fournisseurs de données relevant de la statistique publique de le faire, sachant que cette dimension n'est pas nécessairement reprise dans leurs missions ni dans leurs critères d'évaluation (*a fortiori* lorsqu'il est question de données administratives) ? Le Cnis insiste souvent sur le recours aux sources administratives, ce qui pose régulièrement le problème des fonctions support.

Je souhaiterais également obtenir un éclairage sur les procédures d'appariement, ainsi que sur les délais de mise à disposition des données produites.

Bernard SUJOBERT

Les non-spécialistes découvrent aujourd'hui un système extrêmement complexe, ce qui pose la question de l'organisation des débats au sein de la Commission. Le cadre politique, social et syndical apporté par Michel Régereau aura du reste été précieux. J'en retiendrai pour ma part trois axes de développement de la connaissance ayant trait au lien fort entre santé et travail, à la chaîne des dépenses et à l'articulation entre usagers et professionnels de santé. Un quatrième axe pourrait porter sur l'analyse des inégalités territoriales, dans le contexte de la mise en place des ARS.

S'agissant du SNIIRAM, je rejoindrai les interrogations exprimées concernant la dimension études/recherche. Au sein de l'IDS, n'existe-t-il pas un risque d'asymétrie dans la fourniture des informations par les forces économiques ou sociales, en dépit des dispositions prises pour instaurer des principes déontologiques ? Le projet Monaco semble, quant à lui, particulièrement ambitieux. Pour ce qui est de la maquette des dépenses de santé des ménages, les résultats de la simulation produite ne manquent pas d'interpeller.

En tout état de cause, le thème des inégalités en matière de dépenses de santé demeure un sujet essentiel, notamment s'agissant d'étudier les restes à charge. L'enjeu serait de distinguer, d'un décile à l'autre, les restes à charge relevant de choix de soins plus onéreux, de ceux relevant de besoins de soins plus importants.

Pierre-Yves GEOFFARD

Les questions soulevées sont effectivement complexes, à la fois techniquement et politiquement. Le choix a cependant été fait d'y consacrer une même séance, compte tenu des contraintes imposées par le champ de la Commission. Du reste, les diaporamas présentés seront disponibles sur le site du Cnis.

Marie REYNAUD, HCAAM

Les présentations faites ce jour laissent augurer d'une alimentation progressive en données pour la réflexion sur les restes à charge. Je souhaiterais pour ma part insister sur le besoin de données individuelles, en vue notamment d'étudier les distributions, les restes à charge extrêmes, les restes à charge à l'hôpital, etc.

En ce qui concerne le chaînage à travers l'EGB, des appariements sont-ils également possibles avec les PMSI SSR, HAD et RIM-P ? L'objectif serait de suivre l'intégralité des parcours en cumulant l'ensemble des restes à charge. Les restes à charge en psychiatrie pourraient s'avérer extrêmement élevés.

Pour ce qui est d'utiliser les données du SNIIRAM et de l'EGB, une fonction support pourrait effectivement être développée. Des aides ainsi que de la documentation écrite seraient bienvenues. Une réflexion mériterait d'être engagée sur la mise à disposition de telles données de manière plus aisée pour les économistes, statisticiens et autres utilisateurs n'étant pas en charge de la gestion de l'assurance maladie. Des dispositions ont été prises en ce sens par la Dares pour faciliter l'utilisation des statistiques de Pôle Emploi.

Je rappellerai également les préconisations du dernier rapport du HCAAM concernant les dépenses des personnes âgées. Des demandes ont été faites en matière de statistiques qui pourraient être étendues à l'organisation des soins. Il s'agirait tout d'abord d'améliorer la connaissance des coûts complets en dépenses d'assurance maladie des personnes âgées, quel que soit leur mode de prise en charge, en chaînant les données relatives aux dépenses de soins de ville, d'hospitalisation et du secteur médico-social. Il conviendrait ensuite de conduire des études ou des enquêtes sur le recours aux urgences pour les personnes âgées et d'améliorer la connaissance des hospitalisations multiples. De telles études pourraient être menées à partir du chaînage et des panels.

Pierre-Yves GEOFFARD

Des développements à partir de données existantes ont été souhaités, de même que la constitution de nouvelles sources de données (le cas échéant par appariement). Ces deux types de chantiers posent des questions de natures différentes.

Marie REYNAUD

Les données sur les restes à charge après AMC sont en cours de constitution. D'autres aspects pourraient néanmoins être investigués à partir des données existantes.

Pierre-Yves GEOFFARD

Pourquoi ne progresse-t-on pas dans cette voie ?

Baudoin SEYS

L'analyse des dépenses de santé au niveau individuel, en vue de pouvoir apprécier des inégalités, a connu une évolution considérable au cours des dernières années. Certes, l'accès aux données demeure difficile. Néanmoins, ces conditions sont liées à la complexité du système de santé et de couverture des dépenses de santé. Différentes sources ont été présentées, ainsi que des études faites à partir de ces sources. Pour conduire ces travaux, la complexité du système impose rapidement de réaliser des appariements individuels ou statistiques, si bien qu'il s'avère parfois difficile de savoir si les travaux menés relèvent bien du Cnis. En définitive, l'accès aux sources de base est difficile et des sources secondaires et tertiaires doivent être constituées par appariements. La question de l'accès à ces différentes sources se pose alors. Les données de la Drees demeurent accessibles *via* le centre Quételet ou directement. Pour le PMSI et le SNIIRAM, l'accès aux sources représente un réel investissement, se mesurant souvent en semaines ou en mois. Les utilisateurs sont ainsi confrontés à de réels contraintes, y compris en termes de moyens. Compte tenu des moyens dont disposent les producteurs, devra-t-on faire appel aux cotisants de l'assurance maladie pour financer l'accès des chercheurs aux données du SNIIRAM ? Il n'est pas certain que le Cnis puisse impulser le développement d'une fonction support. En tout état de cause, l'accélération de la mise à disposition des sources continuera de se heurter à la faiblesse des moyens des organismes producteurs.

Claude GISSOT

L'EGB demeure un échantillon prospectif. De par la loi, les données de l'assurance maladie sont conservées durant deux ans ainsi que durant l'année en cours. Les échantillons doivent donc être constitués dans un cadre prospectif ; aucune antériorité ne saurait excéder deux ans sans changement des conditions législatives et réglementaires.

Du reste, de multiples échantillons prospectifs pourraient être construits. Se pose néanmoins la question de l'alimentation régulière et qualitative du SNIIRAM. Une quinzaine de datamarts sont aujourd'hui alimentés quotidiennement – l'ensemble des changements opérés en amont des règlements de l'assurance maladie devant se diffuser dans l'ensemble des datamarts. La maîtrise d'ouvrage correspondante s'avère considérable. Des développements supplémentaires pourraient être envisagés, à condition de savoir pour quels motifs, avec quelle alimentation et avec quel financement.

L'EGB permet quant à lui des appariements relativement complets avec l'ensemble des données de l'hospitalisation privée, tous secteurs confondus (y compris la psychiatrie). Des données relativement simplifiées nous remontent en revanche de l'hospitalisation publique. Les restes à charge doivent alors être estimés à l'aide de règles d'imputation relativement opaques. A ce jour, les processus de facturation d'un établissement public demeurent extrêmement complexes. Des motifs d'exonération divers et variés doivent notamment être pris en compte. Des travaux sont menés pour le HCAAM et l'IGAS qui demandent un investissement important, y compris dans l'appréciation des règles de facturation. Du reste, les appariements peuvent être réalisés quel que soit le secteur – des numéros de patients anonymes étant utilisés partout.

Depuis quelques mois, l'EGB intègre également la date de décès des patients. Il sera donc possible de préciser si un patient est toujours en vie, X mois après son passage dans un établissement. La connaissance des motifs de décès nécessiterait un autre appariement (le cas échéant avec les données du CépiDC¹).

S'agissant de faire évoluer les conditions d'accès aux données, il convient de noter que des demandes extrêmement nombreuses nous sont adressées, alors même que des échantillons *ad hoc* ne peuvent être construits sans investissement. Des listes d'attente sont aujourd'hui constituées. Dès lors que les demandeurs ne peuvent être orientés vers l'EGB, il nous est difficile de répondre à l'ensemble des sollicitations. Les épidémiologistes, notamment, soumettent des interrogations spécifiques qui s'avèrent complexes à traiter. Quoi qu'il en soit, des progrès sont aujourd'hui nécessaires dans la mise à disposition des outils, d'autant que la volonté de l'assurance maladie est de développer l'accès à ses bases. Des améliorations ont du reste été apportées en ce sens ces dernières années.

En ce qui concerne l'efficacité de la dépense hospitalière et la connaissance des coûts, il nous est encore impossible de connaître les rentes des cliniques privées. Les cliniques parvenant à se maintenir demeurent néanmoins plus ou moins rentables. Le seuil de rentabilité des établissements publics nous est également inconnu – les échelles de coûts n'apportant que peu de solutions. Nous disposons en revanche des honoraires du secteur privé en cliniques et pouvons les associer aux séjours. Des requêtes sont prévues pour cela.

Richard DECOTTIGNIES

Le débat sur les évolutions du système de santé nécessite que tous que tous les acteurs qui y participent disposent d'une même vue de ce système et ses évolutions. Toutefois, la question des moyens pour utiliser concrètement les données de santé par tous ces acteurs doit être prise en compte. Par exemple, certains membres de l'IDS ayant juridiquement accès aux données de santé n'ont simplement pas les moyens de les utiliser et les exploiter tant il est complexe d'utiliser les bases de données de santé, le SNIIRAM par exemple.

¹ Le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès est une unité INSERM

Il n'est pas certain qu'il entre dans les missions des gestionnaires de bases de données, notamment l'assurance maladie de mettre en œuvre ces moyens nécessaires. Des solutions, telles que la création de plateformes techniques pour faciliter la mise à disposition des données de santé doivent être étudiées, afin d'améliorer la mise à disposition et l'utilisation de ces bases de données.

Deux types de mises à disposition et d'utilisation doivent cependant être distingués. Celles renvoyant à ce que l'IDS appelle dans son jargon l'offre standard et qui renvoie à des restitutions pré définies. Elles correspondent à des ensembles de données accessibles sans moyens particuliers *via* des entrepôts constitués pour répondre à certaines analyses. Celles renvoyant à des demandes portant sur des besoins spécifiques et qui nécessitent de faire appel à une capacité à produire des échantillons allant au-delà de l'offre standard.

Le monde de la recherche a surtout des besoins particuliers auxquels l'offre standard des gestionnaires de bases ne répond pas nécessairement. Ces aspects seront traités dans le livre blanc du Comité d'Experts de l'Institut prochainement mis en ligne par l'IDS.

S'agissant de la mise en commun de données entre l'AMO et les AMC dans le but d'avoir une plus grande visibilité sur les restes à charge, il convient de noter que le sujet soulève des questions techniques et politiques extrêmement lourdes. Il convient de rappeler par exemple que les AMC interviennent dans un secteur concurrentiel. Des progrès ont néanmoins été faits depuis deux ans. Des données appariées devraient être prochainement disponibles à travers le projet Monaco. Chaque fédération d'AMC s'est par ailleurs engagée à constituer une base de données. Cela fait partie de la charte d'engagements entre l'Assurance Maladie Obligatoire et les assureurs maladie complémentaires qui est en cours de négociation en vue de formaliser les engagements de partage et de mise en commun de données entre ces deux acteurs.

Enfin, il y a aussi des réflexions à mener sur l'utilisation des données de santé, le SNIIRAM par exemple, par des organismes poursuivant un but lucratif qui participent dans certains cas, à travers leurs études, à l'amélioration de la connaissance du système de soins. Peut être convient il de faire en sorte que la finalité dans l'utilisation des données soit prise en compte davantage que le statut juridique du demandeur. A ce jour, par exemple l'Inserm se verra autoriser l'utilisation des données pour réaliser une étude commanditée par un organisme poursuivant un but lucratif ; ce même organisme se verra quant à lui refuser l'utilisation des données même s'il sous-traite cette utilisation des données à l'Inserm pour la réalisation de son étude. Certaines situations manquent parfois de cohérence. L'apport de ces études à la collectivité nécessiterait d'être pris en compte, avec toutes les garanties possibles quant à l'utilisation des données. Ce sujet devrait être abordé prochainement au sein de l'IDS.

Claude GISSOT

La statistique publique est dotée d'un comité du secret. A travers ce dispositif, des maîtres d'ouvrages sous-traitent l'accès à certaines données auprès d'organismes de recherche. Ils demeurent alors propriétaires des études réalisées mais n'ont pas accès directement aux données. Des réponses ont pu ainsi être apportées par la statistique publique, dans des domaines tels que les statistiques d'entreprises ou les statistiques d'emploi. Peut-être conviendrait-il de s'appuyer sur cette expérience pour aborder la question des études et de leur finalité dans le domaine de la santé ? Une distinction pourrait être faite entre le signifiant des données et leur caractère directement ou indirectement nominatif.

Pierre-Yves GEOFFARD

Les centres de données sécurisés pourraient également apporter des solutions.

Yann BOURGUEIL, IRDES

D'autres projets d'appariements de bases sont développés par l'IRDES. Un projet mené avec la Drees concerne notamment les Indemnités journalières (IJ) et les AT/MP. Là encore, se pose la question de l'utilisation des données et de l'accès aux données.

Un projet, nommé Prospere et porté par une équipe émergente à laquelle participe l'IRDES, vise également à associer des diagnostics de patients vus par un groupe de médecins ainsi que les informations relatives à leurs pratiques, avec la consommation de soins de ces mêmes patients. Des techniques semblent pouvoir être mises en œuvre pour ce faire, avec toutefois des enjeux de montée en charge et de représentativité. Dans ce contexte, peut-être conviendrait-il de se doter d'un outil d'observation et de recherche dédié au système ambulatoire ? Des dispositifs de cet ordre ont été mis en place dans d'autres pays, le royaume uni notamment. En France, l'investissement dans ce domaine demeure limité. Des bases continuent d'être commercialisées par des officines privées, financées par l'industrie pharmaceutique. Le secteur public est parfois même amené à acquérir ces bases pour obtenir de l'information sur l'activité des médecins. Une fois encore, se pose la question de l'investissement et de son coût.

Lucile OLIER

Peu d'informations sont actuellement disponibles sur la qualité des soins, notamment ceux délivrés à l'hôpital. Certaines le sont au travers du site Platines de la Drees, qui intègre les résultats de la certification des établissements de santé par la HAS et les résultats du tableau de bord des infections nosocomiales développé par la Direction Générale de l'Offre de soins (DGOS). A partir du mois de juin 2010, des indicateurs de qualité développés par la HAS seront également restitués. Des travaux sont par ailleurs menés par la DGOS, l'ATIH et la Drees pour estimer la mortalité hospitalière en lien avec certaines pathologies. Un projet a également été engagé conjointement par la CNAMTS, la Drees et le CépiDC sur la mortalité post-hospitalière. Ces développements nécessiteront cependant plusieurs années.

Le sujet des interactions entre conditions de travail et état de santé a par ailleurs été abordé. Dans ce domaine, la statistique publique a réalisé un investissement important à travers l'enquête Santé et Itinéraire professionnel (SIP). Une dizaine d'équipes de recherche travaillent actuellement à partir des données collectées dans SIP.

III. Proposition d'avis

Les projets d'avis ont été adoptés et figurent en annexe.

Conclusion**Pierre-Yves GEOFFARD**

Merci à tous.

La séance est levée à 18 heures 20.

DOCUMENTS PRÉPARATOIRES

- Fiches descriptives des enquêtes présentées
- Avant-projet de programmes statistiques 2011 de la commission Services publics et services aux publics (consultable sur le site du Cnis dans les documents préparatoires de la réunion)

AVIS FAVORABLES

Avis d'opportunité pour les enquêtes présentées

Panel de jeunes expérimentant le livret de compétence	30
Enquêtes sur les effectifs d'étudiants dans les établissements d'enseignement supérieur	32
Enquêtes sur les effectifs d'élèves dans les établissements privés d'enseignement	34

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Panel de jeunes expérimentant le livret de compétences

Type d'opportunité : enquête nouvelle

Périodicité : enquête ponctuelle en trois interrogations

Demandeur : Ministère de l'éducation nationale - Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP).

Au cours de sa réunion du 26 mai 2010, la commission Services publics et services aux publics a examiné le projet de panel de jeunes expérimentant le livret de compétences.

L'expérimentation d'un livret de compétences pour les élèves du premier et du second degré est prévue par la loi du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et la formation professionnelle tout au long de la vie. Ce livret de compétences a pour objectif de valoriser l'ensemble des compétences acquises par le jeune, que ce soit dans le cadre scolaire, associatif ou familial, afin qu'elles puissent être prises en compte dans les processus d'orientation et au moment de l'insertion professionnelle. Le ministère de la jeunesse et des solidarités actives met en place une expérimentation sur deux années scolaires (de septembre 2010 à juin 2012) de ce livret dans des établissements volontaires du second degré. La DEPP est chargée d'évaluer les projets mis en œuvre, en mettant notamment en place un panel de jeunes bénéficiant de l'expérimentation.

Le panel a deux objectifs principaux. Il s'agit d'une part de mesurer la manière dont les élèves et les familles ressentent l'instauration du livret de compétences et d'autre part d'apprécier l'impact du livret de compétence sur le déroulement des procédures d'orientation de fin de troisième et de seconde générale ou technologique. Le panel recueille des informations sur la nature des compétences enregistrées par les jeunes dans leur livret, le ressenti par le jeune et par ses parents de l'instauration du livret de compétences, le déroulement de la procédure d'orientation, le parcours scolaire des jeunes durant les deux années d'expérimentation, les niveaux d'acquis cognitifs et conatifs (motivation, sentiment d'efficacité personnelle, intérêts scolaires) des jeunes, les caractéristiques du milieu familial et les attentes des parents en matière d'éducation.

Le panel concerne les collégiens et lycéens dont l'établissement scolaire s'est porté volontaire pour l'expérimentation, ainsi que leur famille. Les collèges et lycées expérimentaux (y compris des lycées agricoles) appartiennent tant au secteur public que privé et sont situés en France métropolitaine et dans les Dom. Trois interrogations sont prévues. La première a lieu en décembre 2010, au moment de l'entrée dans l'expérimentation. Elle porte sur les acquis des élèves et sur les caractéristiques de leur milieu familial. Lors de la deuxième interrogation en décembre 2011, au milieu de l'expérimentation, d'une part, les élèves sont questionnés sur leur ressenti par rapport au livret et d'autre part, les notes, vœux et propositions d'orientation des élèves de seconde générale ou technologique sont recueillis auprès des établissements. La troisième interrogation se déroule en mai et juin 2012, en fin d'expérimentation. Les acquis et le ressenti des élèves sont à nouveau mesurés. Les parents d'élèves sont interrogés sur leur ressenti par rapport au livret et leurs attentes en matière de formation et, de plus, les notes, vœux et propositions d'orientation des élèves de troisième sont recueillis auprès des établissements. Trois modes de collecte sont utilisés. La situation scolaire des élèves et le contenu des livrets de compétences sont recueillis par remontées informatiques sécurisés de données administratives. Les acquis des élèves et leur ressenti du livret de compétences sont mesurés par questionnaires auto-administrés dans l'établissement. Les informations sur le milieu

familial de l'élève et la manière dont les parents ressentent l'instauration du livret de compétences font l'objet d'une enquête postale, avec résorption des non-réponses par téléphone. Les questionnaires à destination des élèves sont administrés au cours de deux ou trois séquences de trente minutes en moyenne, séparées par des pauses de quinze minutes alors que la durée de remplissage des questionnaires à destination des parents est estimée à vingt minutes.

Le panel comporte deux cohortes distinctes : une cohorte de collégiens scolarisés en quatrième au commencement de l'expérimentation et une cohorte de lycéens, elle-même répartie à égalité entre d'une part les élèves entrant en seconde générale ou technologique au début de l'expérimentation et d'autre part les élèves de lycées professionnels préparant un baccalauréat en trois ans ou un CAP. Pour chacun de ces trois niveaux de recrutement retenus, deux échantillons sont tirés : un échantillon principal composé d'élèves qui participent à l'expérimentation et un échantillon témoin d'élèves qui ne participent pas à l'expérimentation. L'objectif est d'interroger 4 500 collégiens (dont 1 500 pour l'échantillon témoin) et 4 500 lycéens, 2 250 entrant en seconde (750 pour l'échantillon témoin) et 2 250 préparant un diplôme (750 pour l'échantillon témoin). 200 collèges et lycées se sont portés volontaires pour participer à l'expérimentation. A ce stade, il n'a pas encore été décidé si les échantillons témoins seraient tirés, comme les échantillons principaux, parmi les élèves de ces établissements ou dans d'autres établissements.

Le comité de pilotage chargé d'assurer le suivi de l'opération comprendra des chefs d'établissement, un directeur de centre d'information et d'orientation (CIO), un coordinateur de la mise en place de l'expérimentation dans un établissement, des parents d'élèves, des chercheurs, des représentants des directions du ministère de l'éducation nationale (Depp et la Direction générale de l'enseignement scolaire), du ministère de la jeunesse et des solidarités actives, de l'ONISEP, de la Délégation interministérielle à l'orientation ainsi que des représentants des Inspections générales de l'Éducation nationale et de l'administration de l'Éducation Nationale.

Les données seront exploitées par la DEPP. Les résultats de l'opération seront publiés dans les supports de diffusion de la DEPP. Le bilan de l'évaluation fera l'objet d'un rapport au Parlement remis en septembre 2012.

Le Président, après avoir entendu la commission, émet un **avis d'opportunité favorable** à cette opération. Il demande à ce que toutes les mesures nécessaires à la protection des données individuelles soient appliquées avec la plus grande rigueur. Le Président rappelle de plus que les résultats de l'enquête doivent être largement diffusés et ses données mises à disposition du plus large public sous les conditions légales et de confidentialité en vigueur.

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquêtes sur les effectifs d'étudiants dans les établissements d'enseignement supérieur

Type d'opportunité : reconduction de trois enquêtes existantes

Périodicité : enquêtes annuelles

Demandeur : Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche - sous-direction des systèmes d'information et des études statistiques (SIES) en collaboration avec le ministère de la culture pour l'enquête auprès des établissements d'enseignement supérieur artistique et culturel.

Au cours de sa réunion du 26 mai 2010, la commission Services publics et services aux publics a examiné les trois projets d'enquêtes sur les effectifs d'étudiants dans les établissements d'enseignement supérieur, à savoir l'enquête auprès des écoles d'ingénieurs (dont formations d'ingénieurs en partenariat), l'enquête auprès des établissements d'enseignement supérieur artistique et culturel et l'enquête auprès des autres établissements d'enseignement supérieur non rattachés aux universités.

Ces enquêtes répondent à une demande générale de statistiques sur l'ensemble de l'enseignement supérieur en vue d'alimenter le débat sur l'école au sens large et d'éclairer les décideurs aussi bien privés que publics. Les informations recueillies permettent aussi de répondre à des questions du cabinet de la ministre et à des questions parlementaires, de remplir des questionnaires internationaux qui vont faire l'objet d'un règlement européen, de calculer des indicateurs LOLF...

Les trois enquêtes annuelles constituent le complément indispensable au dispositif de remontées « administratives » universitaires SISE (système d'information sur le suivi des étudiants) pour disposer de statistiques exhaustives sur l'enseignement supérieur. Elles ont pour objectif général de fournir des statistiques sur les inscriptions et sur les diplômés de l'ensemble de l'enseignement supérieur français. Les questionnaires portent sur les établissements, les formations, les diplômés et les caractéristiques socio-démographiques et scolaires des étudiants.

Les enquêtes concernent tous les établissements d'enseignement supérieur de France métropolitaine et des Dom qui ne sont pas intégrés dans le dispositif de remontées SISE relatif aux universités, à l'exclusion des formations paramédicales et sociales (traitées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports). La collecte est assurée par les établissements soit par saisie directe du questionnaire sur un site Internet, soit par retour du questionnaire papier au ministère de la culture pour les établissements d'enseignement artistique et culturel, à la SIES pour les autres établissements. Les enquêtes ont lieu chaque année et se réfèrent à des dates d'observation différentes selon les établissements pour l'année N (scolarité N à N+1) : janvier N+1 pour les écoles d'ingénieurs classiques et mars N+1 pour les écoles d'ingénieurs en partenariat, décembre N pour les écoles d'enseignement artistique et culturel, octobre N pour les autres établissements. La préparation et la réponse nécessitent en moyenne une journée pour synthétiser l'information mais cette durée varie selon la taille et la nature de l'établissement.

Les trois enquêtes sont exhaustives et s'appuient sur la Base Centrale des Établissements. Ainsi, il est interrogé environ 250 établissements d'enseignement artistique et culturel, 170 écoles d'ingénieurs et 510 autres établissements (écoles vétérinaires, écoles d'architecture, écoles administratives et juridiques, écoles de commerce et de gestion, écoles de journalisme...).

Des groupes de travail ont été constitués pour préparer l'évolution des enquêtes vers une extraction des systèmes de gestion de la scolarité (système SISE). Ces groupes comprennent des représentants des chefs d'établissements, des représentants du SIES et des autres services du Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche.

Les statistiques issues des enquêtes et des remontées individuelles sont disponibles dans les supports du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche sous forme papier et sur le site Internet (collections *Notes d'information* et *Tableaux statistiques*, publications annuelles « *Repères et références statistiques (RERS)* », « *L'état de l'enseignement supérieur et de la recherche* »). Elles sont également intégrées dans la « *Base centrale de pilotage (BCP)* » de l'Infocentre du ministère. Pour les établissements d'enseignement supérieur artistique et culturel, le retour d'information est également accessible sur le site Internet de collecte.

Le Président, après avoir entendu la commission, émet un **avis d'opportunité favorable** à ces trois enquêtes.

Paris, le 6 juillet 2010 n° 196/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquêtes sur les effectifs d'élèves dans les établissements privés d'enseignement

Type d'opportunité : reconduction de trois enquêtes existantes

Périodicité : enquêtes annuelles

Demandeur : Ministère de l'éducation nationale - Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) en collaboration avec de l'enseignement supérieur et de la recherche - sous-direction des systèmes d'information et des études statistiques (SIES).

Au cours de sa réunion du 26 mai 2010, la commission Services publics et services aux publics a examiné les trois projets d'enquêtes sur les effectifs d'élèves dans les établissements privés d'enseignement, à savoir l'enquête sur les effectifs d'élèves du second degré (y compris les élèves des établissements public de Wallis et Futuna), l'enquête sur les effectifs d'élèves dans les classes préparatoires aux grandes écoles, l'enquête sur les effectifs d'élèves dans les sections de techniciens supérieurs.

Ces enquêtes répondent à une demande générale de statistiques sur l'ensemble du système éducatif (y compris les formations post-bac) en vue d'alimenter le débat sur l'école et d'éclairer les décideurs aussi bien privés que publics. Les informations recueillies permettent aussi de répondre à des questions du cabinet des ministres et à des questions parlementaires, de remplir des questionnaires internationaux, de calculer des indicateurs LOLF...

Les trois enquêtes annuelles constituent le complément indispensable au système SCOLARITE (système d'information sur la scolarité des élèves dans les établissements publics et privés du second degré sous tutelle du ministère de l'Éducation nationale) pour disposer de statistiques exhaustives sur l'ensemble du système éducatif (dont les formations post-bac : sections de techniciens supérieurs (STS) et classes préparatoires aux grandes écoles (CPGE), qui remontent par le même système que les formations secondaires). Elles ont pour objectif général de fournir des statistiques sur les formations dispensées dans l'ensemble des établissements français du second degré et permettent de compléter le champ des enquêtes sur l'enseignement supérieur (classes préparatoires aux grandes écoles et sections de techniciens supérieurs) et de retracer les parcours des étudiants grâce à l'identifiant national élève (INE). Les questionnaires portent sur les établissements, les formations, et les caractéristiques socio-démographiques et scolaires des élèves.

Les enquêtes concernent tous les établissements du second degré de France métropolitaine, des Dom ou des Com sous tutelle de l'Éducation nationale ou sous tutelle des ministères autres que celui de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Pêche qui ne sont pas intégrés dans le système SCOLARITE. Seuls les élèves sous statut scolaire sont pris en compte. La collecte est assurée par les établissements soit par saisie directe du questionnaire sur un site Web sécurisé géré par la DEPP, soit par retour du questionnaire papier (pour un nombre restreint d'établissements) aux services académiques. La date précise d'observation des effectifs est fixée chaque année mi septembre et la collecte s'effectue en octobre sauf en Nouvelle-Calédonie et à Wallis et Futuna où elle a lieu en mars. La préparation et la réponse nécessitent en moyenne une journée pour synthétiser l'information mais cette durée varie selon la taille et la nature de l'établissement.

Les trois enquêtes sont exhaustives et s'appuient sur la Base centrale des Établissements. Ainsi, il est interrogé environ 530 établissements privés pour les élèves du second degré, 19 établissements pour les élèves dans les classes préparatoires aux grandes écoles et 410 établissements pour les élèves des sections de techniciens supérieurs.

Des groupes de travail ont été constitués pour préparer l'évolution des enquêtes vers une extraction des systèmes de gestion de la scolarité (système SCOLARITE). Ces groupes comprennent des représentants des chefs d'établissements, des représentants des services statistiques et informatiques des académies et de l'administration centrale du ministère.

Les statistiques issues des enquêtes et des remontées individuelles sont disponibles par établissement dans les supports du ministère de l'Éducation nationale sous forme papier et sur le site Internet (collections *Notes d'information* et *Tableaux statistiques*, publications annuelles « *Repères et références statistiques (RERS)* », « *L'état de l'enseignement supérieur et de la recherche* »). Elles sont également intégrées dans la « *Base centrale de pilotage (BCP)* » de l'Infocentre du ministère. Les établissements peuvent toutefois s'opposer à la diffusion de leurs données qui, dans ce cas, sont diffusées agrégées à plusieurs autres établissements. Le retour d'information est accessible sur le site Internet où les établissements répondent.

Le Président, après avoir entendu la commission, émet un **avis d'opportunité favorable** à ces trois enquêtes.