



---

**Réunion de la commission Services publics et services aux publics  
du 26 mai 2010**

**SYNTHÈSE**

---

*La commission « Services publics et services aux publics » s'est réunie le 26 mai sous la présidence de Pierre-Yves Geoffard. L'essentiel de cette réunion a été consacré aux inégalités de dépenses de soins. Pour les partenaires sociaux, les besoins d'observation statistique sont centrés, comme l'a indiqué Michel Régerau au nom de la CFDT, sur la connaissance de l'égal accès à des soins de qualité pour tous tant d'un point de vue financier que géographique. Des dispositifs d'observation existent, le système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie SNIIRAM et le programme de médicalisation des systèmes d'information PMSI en particulier. La mise en place de l'Institut des données de santé (IDS) devrait faciliter l'accès à toutes ces données puisque c'est l'une de ses principales missions. D'autres instruments sont en cours de construction ainsi le projet Monaco de l'Irdes qui à terme devrait permettre de mieux connaître les dépenses qui restent effectivement à la charge des ménages. Néanmoins, pour Brigitte Dormont, de véritables progrès ne seront possibles dans la connaissance des inégalités de dépenses de soins que si les dispositifs existants sont encore enrichis par des appariements et s'ils sont très largement mis à la disposition des chercheurs au niveau des données individuelles.*

*Enfin, les trois enquêtes relatives à l'éducation qui étaient présentées en opportunité ont obtenu un avis d'opportunité favorable.*

Michel Régerau, Président de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CnamTS) a fait le point, au nom de la CFDT, sur les besoins d'informations statistiques pour comprendre les inégalités des dépenses de soins. Les partenaires sociaux ont pour principales préoccupations l'égal accès à des soins de qualité et les disparités des conditions de vie et de travail. Le développement du secteur 2 met effectivement en difficulté certaines catégories de population. Il est donc nécessaire d'approfondir la connaissance statistique des dépassements d'honoraires et des restes à charges avec une attention particulière aux actifs ayant des revenus modestes, aux retraités et aux personnes reconnues en affection de longue durée. Il conviendrait également de mieux connaître les inégalités de dépenses notamment en lien avec les écarts observés dans la densité des professionnels de santé. L'impact de ces facteurs géographiques et de manière générale de la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » avec la mise en place des agences régionales de santé devra faire l'objet d'un suivi. En terme de qualité, le besoin d'information porte sur la sécurité du système de soin, sur sa réactivité, sur son efficacité ainsi que sur son efficience. Tous ces besoins d'informations nécessitent de mobiliser des informations tant quantitatives que qualitatives. Des dispositifs existent déjà mais leur renforcement doit être encouragé. Par ailleurs, l'accent devrait être mis sur la mise à disposition des données et le développement des travaux de recherche.

Des dispositifs d'observation statistiques existent effectivement dans le domaine des dépenses de soins, les plus importants sont le SNIIRAM et le PMSI. Tous deux sont issus de données de gestion qui sont très présentes dans le domaine de la santé. Le SNIIRAM a été développé par la CnamTS. Celle-ci, à travers les éléments de gestion que sont les feuilles de soins, dispose d'une grande masse d'informations. Pour transformer ces informations en données statistiques, la CnamTS applique une procédure d'anonymisation. Les données recueillies portent sur les bénéficiaires, sur les consommations de soins en ville et en établissements (publics ou privés) et sur les pathologies traitées. L'ensemble des données statistiques ainsi obtenues constituent le SNIIRAM qui recouvre deux types de données : des données semi-agrégées par thématique et des données individualisées exhaustives ou échantillonnées. Des appariements avec le PMSI et d'autres bases de données ont permis d'enrichir les données de l'assurance maladie. A partir du SNIIRAM, la CnamTS a constitué des cohortes ou échantillon en fonction des besoins. Elle a notamment développé l'échantillon généraliste de

bénéficiaires (EGB) dont l'objectif est d'afficher 20 ans d'historique à compter de janvier 2003 alors que les données exhaustives de l'assurance maladie ne peuvent être conservées que sur une durée brève (trois années au maximum). Les données rassemblées sont individuelles et anonymes. L'EGB est en cours d'extension au régime agricole et à celui des indépendants. Les organismes habilités à accéder à l'EGB sont définis par un arrêté ministériel. Néanmoins l'EGB demeure une base d'accès difficile de par la complexité de ses données.

Le PMSI est né de la loi de juillet 1991 portant réforme hospitalière avec une finalité de produire des informations utiles à la tarification et à la planification. Cette loi prévoit en effet la mise en œuvre d'un système d'information qui tienne compte notamment des pathologies et des modes de prises en charge. Les bases PMSI recensent la totalité des séjours effectués dans l'ensemble des hôpitaux publics ou privés, de courts et de moyens séjours, ainsi que dans les établissements psychiatriques. Ces données de base sont enrichies par des appariements avec d'autres sources. Il y a quatre PMSI qui se situent à des degrés de montée en charge différents. Le PMSI courts séjours est considéré comme exhaustif. Les taux de couverture des trois autres (moyens séjours, hospitalisation à domicile, psychiatrie) s'échelonnent entre 95 et 80%. Le très riche contenu du PMSI en fait un outil incontournable pour toutes les études ou recherches statistiques ou épidémiologiques sur l'hospitalisation y compris à des niveaux géographiques très fins.

Toutefois, l'accès à ces bases de données très riches est difficile tant par la complexité des instruments eux-mêmes que par les règles posées pour leur mise à disposition. La mise en place de l'IDS devrait améliorer cette situation ; une de ses missions étant de faciliter la mise à disposition des données des systèmes d'information sur la santé selon un périmètre d'intervention précis mais assez restreint. L'IDS est un groupement d'intérêt public constitué des principaux acteurs du monde de la santé. Il rassemble les producteurs d'information, l'Etat et les représentants des patients. 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. Les bases de données partagées au sein de l'IDS comprennent le SNIIRAM, le PMSI et les données de la direction générale des finances publiques. D'autres devraient s'ajouter progressivement dont éventuellement certaines issues d'acteurs privés.

A côté des dispositifs d'information opérationnels, d'autres sont en cours de construction. C'est le cas du projet Monaco de l'Irdes dont l'objectif est d'obtenir des informations sur le reste à charge des ménages après remboursement par les assurances maladies obligatoires et complémentaires. Le projet s'insère dans le dispositif de l'enquête Santé et protection sociale de l'Irdes qui consiste en une réinterrogation tous les quatre ans d'un échantillon d'assurés sociaux. L'idée est de compléter l'appariement avec l'assurance maladie qui fournit les remboursements d'assurance maladie obligatoire par un appariement avec des données de remboursement complémentaire. Le projet mené en lien avec l'IDS repose sur le volontariat des organismes d'assurance maladie complémentaire. Il a toutefois pour limites de ne pas prendre en compte les sections locales mutualistes ni les régimes spéciaux. De plus, plusieurs années seront nécessaires pour apprécier sa faisabilité. Néanmoins, l'aboutissement de ce projet constituerait une véritable avancée dans la connaissance des inégalités de dépenses de soins.

Brigitte Dormont qui introduisait la discussion a insisté sur la nécessité de disposer de données individuelles ou très désagrégées afin de pouvoir mener des analyses en termes de distribution et non seulement de moyenne. Ces données devraient être accessibles à tous les chercheurs sans autres limites que la déontologie ce qui ne sera possible qu'avec un développement des fonctions de support. Les dispositifs existants devraient être enrichis par des appariements avec d'autres bases ou des résultats d'enquêtes. La couverture des dépenses de soins pourrait ainsi, par exemple, être analysée, au-delà du projet Monaco, dans ses différentes dimensions. L'amélioration de la connaissance statistique des inégalités de soins suppose également qu'il soit constitué des cohortes qui permettraient de suivre le parcours des patients y compris hors des épisodes de soins. Par ailleurs, la diffusion d'indicateurs de santé d'abord facile sur les établissements de soins concurrencerait utilement les palmarès diffusés par la grande presse. D'autres intervenants sont revenus sur la question de l'accès aux données relatives aux soins en soulignant que leur complexité en fait un domaine quasi réservé aux seuls initiés.

Enfin, les trois enquêtes relatives à l'éducation qui étaient présentées en opportunité ont obtenu un avis d'opportunité favorable. L'examen de l'enquête d'évaluation du livret de compétence a été l'occasion pour le Président de rappeler que les résultats des enquêtes doivent être largement diffusés et que les données individuelles doivent être protégées avec la plus grande rigueur.