

PARIS, le 24 juillet 2003 - N° 255/D130

Formation SANTÉ, PROTECTION SOCIALE

Réunion du 5 mai 2003

Compte rendu de l'examen des orientations à moyen terme 2004-2008
et des avant-projets de programmes statistiques pour 2004

PROJETS D'AVIS

LISTE DES SERVICES PRODUCTEURS

COMPTE RENDU DE LA RÉUNION

LISTE DES DOCUMENTS PRÉPARATOIRES OU DISTRIBUÉS EN RÉUNION

AVIS D'OPPORTUNITÉ

PROJET D'AVIS POUR LE MOYEN TERME 2004-2008

proposé par la formation Santé, protection sociale le 5 mai 2003

En préambule au projet d'avis, le Conseil, soucieux de voir préservés les moyens d'observation statistique dans le domaine de la santé et de la protection sociale, rappelle l'importance de ce domaine dans le PIB ainsi que la nécessité de pouvoir suivre et évaluer les programmes de santé publique mis en place par le gouvernement dans le cadre de la future loi de santé publique.

1) En application des préconisations du rapport du Cnis « Connaissance statistique de l'état de santé de la population », le Conseil :

- suivra avec attention les travaux de refonte du système d'enquêtes sur la santé de la population dans le cadre de la future enquête européenne,
- approuve la mise en place d'un dispositif d'observation de la santé dans le cadre des soins délivrés par la médecine de ville,
- encourage la mise en œuvre d'une enquête sur les liens entre santé, conditions de travail et parcours professionnels pour l'ensemble de la population active.

2) En ce qui concerne la médecine de ville, le Conseil encourage la poursuite de l'effort de connaissance des activités, des pratiques professionnelles et des revenus imposables des professionnels du domaine.

3) Le Conseil suivra avec attention les recommandations du groupe de travail du CNIS sur le médicament afin, notamment, de faciliter l'accès aux sources d'information des statisticiens et des chercheurs en précisant notamment les règles de publication des travaux à partir de ces sources et de formuler des propositions d'amélioration des réponses aux besoins de l'ensemble des acteurs.

4) Le Conseil réaffirme son intérêt pour le Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM). Il souhaite être informé de l'état d'avancement des dispositifs d'accès aux entrepôts de données pour les chercheurs et les statisticiens.

5) Le Conseil recommande qu'une réflexion soit menée pour mettre en place au niveau européen de nouveaux outils d'observation des phénomènes migratoires. Il souhaite en particulier qu'une meilleure information soit assurée sur les étrangers, notamment en situation irrégulière, leurs conditions de vie et leur état de santé.

6) Le Conseil recommande qu'une réflexion méthodologique soit menée sous l'égide de l'Insee afin de mieux appréhender les situations de violence, en particulier les violences subies par les enfants, les personnes âgées et les personnes vivant en institutions.

7) Le Conseil souhaite que les efforts soient poursuivis pour appréhender les phénomènes de discrimination dans le cadre d'une réflexion à l'échelle européenne notamment en termes d'harmonisation des méthodes.

8) Le Conseil souligne l'intérêt de suivre une cohorte d'enfants, indépendamment du ménage auquel ils sont rattachés, afin d'améliorer les analyses sur la mobilité sociale et l'impact des transferts sociaux.

9) Le Conseil souligne l'intérêt d'une approche globale des conditions de vie des personnes âgées, y compris en institution.

10) Le Conseil encourage les travaux menés sur les professions sociales dans le contexte de leur évolution afin de renouveler les nomenclatures et mieux connaître leurs conditions d'activité.

11) Le Conseil encourage vivement la mise en place d'outils d'observation des consommations alimentaires de la population, en particulier pour certaines populations défavorisées ou vivant en institution.

12) Le Conseil suivra avec attention les travaux réalisés sur les comptes nationaux afin d'améliorer le suivi et la connaissance de la formation des prix dans le domaine de la santé ainsi que l'agrégation des dépenses sociales et fiscales dans le domaine de la protection sociale. Il encourage tous les efforts qui pourront être menés pour faciliter la comparaison avec les comptes de la sécurité sociale dans le respect des différents cadres de référence.

13) Le Conseil rappelle la nécessité de disposer d'une information territorialisée et cohérente au niveau national dans le domaine de la santé et de la protection sociale.

14) Le Conseil marque son intérêt pour la mise en place d'un système raisonné d'indicateurs de performance des établissements hospitaliers, appropriables par les professionnels et les usagers.

PROJET D'AVIS POUR L'ANNÉE 2004

proposé par la formation Santé, protection sociale le 5 mai 2003

1) Le Conseil approuve la création d'un groupe de travail sur la refonte de l'ensemble des enquêtes relatives à la santé de la population vivant à domicile et en institution, notamment afin d'assurer un pilotage efficace des programmes de santé.

2) Le Conseil encourage la mise en place d'un échantillon permanent de bénéficiaires de l'assurance maladie qui permettra d'analyser les données en panel et de constituer une base de sondage pour toutes les enquêtes sur la consommation de soins et l'état de santé.

3) Le Conseil suivra avec attention la progression des travaux visant à mieux connaître les bénéficiaires et les prestations d'assurance maladie complémentaire. Il encourage tous les offreurs (mutuelles, instituts de prévoyance, assurances) à participer activement au dispositif d'enquête.

4) Dans le cadre de la décentralisation des compétences dans le domaine de la santé et de l'action sociale, le Conseil recommande que des mesures soient prises pour assurer la pérennité des dispositifs d'information, en particulier dans le domaine de la santé scolaire et du revenu minimum d'insertion.

5) Le Conseil encourage les travaux visant à une meilleure connaissance des retraites et, en particulier, du volet complémentaire facultatif et des plans épargne retraite. Il renouvelle son intérêt pour la mise en œuvre d'un échantillon inter régimes de cotisants aux régimes de retraite et encourage son extension aux champs nouveaux mis en place par la réforme.

LISTE DES SERVICES PRODUCTEURS

ayant présenté un programme statistique à la formation Santé, protection sociale
réunie le 5 mai 2003

CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE (CNAM-TS)

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE (CNAV)

- . Direction de l'actuariat statistique
- . Direction des recherches sur le vieillissement

CREDES

INSEE

Département de la démographie

- . Mission Base permanente d'équipement
- . Cellule Statistiques et études sur l'immigration
- . Division Enquêtes et études démographiques

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES, DU TRAVAIL ET DE LA SOLIDARITÉ
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (MSA)

AGENCE FRANÇAISE DE SÉCURITÉ SANITAIRE DES ALIMENTS (AFSSA)

COMpte RENDU DE LA RÉUNION DE LA
FORMATION SANTÉ, PROTECTION SOCIALE
- 5 mai 2003 -

Président : Jean de KERVASDOUÉ, Professeur au conservatoire national des arts et métiers, chaire d'économie et gestion des services de santé

Rapporteur : Philippe CUNÉO, Ministère de l'emploi et de la solidarité, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

RAPPEL DE L'ORDRE DU JOUR

I - Introduction (Jean de KERVASDOUÉ)

II - programme à moyen terme 2004-2008

- 1 - Suivi des avis donnés sur le programme à moyen terme 1999-2003 et validation du bilan 1999-2003 (Philippe CUNÉO) - débat
- 2 - Rappel du contenu des échanges survenus pendant la *Rencontre du moyen terme* du 24 avril 2003 (Yves DETAPE° - Exposé synthétique des orientations 2004-2008 des services producteurs (Philippe CUNÉO)
- 3 - Débat
- 4 - Projet d'avis de la formation sur le moyen terme 2004-2008 (Carla SAGLIETTI)

III - Examen des avant-projets de programmes pour 2004

- 1 - Suivi des avis donnés sur le programme 2003 (Philippe CUNÉO)
- 2 - Exposé des avant-projets de programmes pour 2004 (Philippe CUNÉO) et débat
- 3 - Examen des projets d'enquêtes pour avis d'opportunité :
 - . enquête pilote SHARE - Panel européen Santé et vieillissement (CREDES)
 - . enquête « estimation du risque iatrogène » dans les établissements de sante (DREES)
 - . enquête sur les urgences en ville (DREES)
 - . enquête « prise en charge des toxicomanes » - RECAP (DREES)
 - . enquête « pathologies des personnes âgées résidentes des établissements (DREES)
 - . enquête sur le devenir des enfants en situation de handicap (DREES)
- 4 - Projet d'avis de la formation (Carla SAGLIETTI)

LISTE DES PARTICIPANTS

M.	BOISSELOT Pierre	Min. affaires sociale-DREES
M ^{me}	CASES Chantal	Min. affaires sociale-DREES
M.	CHANU Pierre-Yves	CGT
M.	CHOFFEL Philippe	DIV
M ^{me}	CHOGNOT Christine	UNIOPSS
M.	COMITI Vincent	Min. affaires sociales-DPM
M.	CUNÉO Philippe	Min. affaires sociales-DREES
M.	DESROSIÈRES Alain	INSEE
M ^{me}	DOREL Dominique	FHP
M.	DOURGNON Paul	CREDES
M ^{me}	FARDEAU Michèle	INSERM
M ^{me}	FELDER Camille	Min. affaires sociales-DGS
M.	FOULON daniel	DHOS
M ^{me}	GOTTELY-FAYET Jacqueline	Min. affaires sociales-SDFE

M ^{me}	GUICHARD Diana	Comité du label
M ^{me}	GUILLEMIN Marie	Min. affaires sociales-DGS
M.	de KERVASDOUÉ Jean	CNAM
M.	LANOE Jean-Louis	INSEE
M.	LE GLEAU Jean-Pierre	INSEE
M.	LENORMAND François	CNAMTS
M ^{me}	MARY Sylvie	Comité du label
M.	MATHIEU Ronan	CNAF
M ^{me}	MERMILLIOD Catherine	Min. affaires sociale-DREES
M.	NIEL Xavier	Min. affaires sociale-DREES
M.	PELC Alain	CCMSA
M ^{me}	POMAREDE Renée	INVS
M.	POUBELLE Vincent	CNAV
M.	PUIG Jean-Pierre	Secrétaire général du CNIS
M ^{me}	ROMPTEAU Sophie	Secrétariat général du CNIS
M ^{me}	ROTH Nicole	Min. affaires sociale-DREES
M.	ROUSSET David	FO
M ^{me}	SAGLIETTI Carla	Secrétaire général adjoint du CNIS
M.	SALANAVE Benoît	CNAMTS
M ^{me}	SERMET Catherine	CREDES
M.	VOLATIER Jean-Luc	AFSSA
M ^{me}	WCISLO Martine	Min. affaires sociale-DREES

Absents excusés :

M.	BICHOT Jacques	Fédération des familles de France
M.	JOUGLA Eric	INSERM
M ^{me}	MEYER Christine	Fédération nationale de la mutualité française
M.	PAILLARD Francis	APCM
M ^{me}	REYNAUD Marie-Christine	CGT

I - INTRODUCTION

M. de KERVASDOUÉ, Président

Bonjour à tous. Je vous remercie d'assister aussi nombreux à notre réunion annuelle. Mes propos d'introduction seront extrêmement brefs. Comme les années précédentes, je suis aujourd'hui heureux d'être parmi vous et de constater que notre travail continue à se traduire par la mise en œuvre de projets aussi concrets que remarquables. Je pense notamment ici aux travaux qui ont été accomplis sur le handicap. Réalisés grâce au recensement de 1999, ceux-ci ont en effet permis de fournir des données tout à fait utiles à notre pays. Cependant, les exemples de réussites comparables sont extrêmement nombreux. A cet égard, je suis convaincu que, les uns et les autres, nous sommes tous des lecteurs assidus des publications de la DREES. Je veux à ce propos saluer la grande qualité de ces dernières.

II - PROGRAMME A MOYEN TERME

1. Suivi des avis donnés sur le programme à moyen terme 1999-2003 et validation du bilan 1999-2003 – débat

M. CUNEO, DREES

En préambule, je voudrais souligner que, sur ce bilan 1999-2003, nous n'avons reçu de votre part que peu d'éléments ou de réactions. Or je ne souhaite pas que ce bilan soit excessivement centré sur la DREES. C'est pourquoi je vous invite à nous faire part de toutes les observations que vous jugerez utiles.

Ceci dit, mon intervention s'articulera autour des onze points qui constituaient les principales recommandations exprimées dans le cadre du programme 1999-2003.

a. La création de la DREES

Le programme 1999-2003 préconisait notamment la création de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) au sein du Ministère chargé des Affaires sociales. Cette création a bel et bien été mise en œuvre. Naturellement, parmi les différentes institutions qui composent la Formation, d'autres structures ont vu le jour au cours de cette période ou ont connu un développement important. En particulier, au niveau de la CNAMTS et de l'ACOSS, des structures de statistiques et d'études ont été créées ou ont vu une augmentation significative de leur activité.

b. La rénovation des systèmes d'information

Dans ce domaine, il a été procédé à la refonte des répertoires des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) et des professions de santé (ADELI). Parallèlement, ont été développés des panels de bénéficiaires de prestations (notamment au niveau de la CNAV). Il convient également d'évoquer la rénovation et la mise en œuvre de plusieurs grandes enquêtes (par exemple, les enquêtes HID - Handicaps, Incapacités, Dépendance - conduites par l'INSEE). De plus, la DREES a mené à bien la refonte des éditions de la statistique annuelle des établissements hospitaliers et sociaux. Enfin, je soulignerai le travail très important qui a été accompli autour du SNIIRAM par les trois grandes caisses d'assurance-maladie.

c. Les panels inter-dispositifs

A ce niveau, une nouvelle version de l'échantillon inter-régimes des retraités a été mise au point, ceci sous la coordination de la DREES et avec le concours des différentes caisses de retraite. Nous avons également lancé au cours de cette année l'échantillon inter-régimes de cotisants aux régimes de retraite. A cet égard, je proposerai, avec l'accord du Président, que, dans le cadre de l'examen du programme de court terme, la Formation souligne la nécessité de débloquer tous les moyens indispensables à la bonne mise en œuvre de cet outil potentiellement très intéressant. Enfin, l'échantillon inter-régimes des allocataires de minima sociaux a été mis en place, là encore sous la coordination de la DREES. Sur cette base, la première enquête auprès des bénéficiaires concernés a pu ensuite avoir lieu.

On voit donc que, sur ce point, plusieurs actions tout à fait positives ont été conduites.

d. Réalisation et exploitation des résultats des grandes enquêtes de cadrage

J'ai déjà mentionné l'enquête HID. Actuellement, l'enquête décennale Santé est également en cours. De son côté, l'enquête SPS (Santé et Protection sociale) du CREDES a eu lieu régulièrement (tous les deux ans) au cours de la période considérée.

e. Le problème démographique du vieillissement

Dans ce domaine, de nombreux travaux de projection ont été effectués en ce qui concerne la démographie des professionnels. Ces travaux ont impliqué non seulement la DREES mais aussi l'INED, la CNAMTS et le CREDES. En outre, la DREES et la CNAV ont conduit une étude sur les aides aux personnes âgées. En parallèle, un certain nombre d'éléments sur la santé de cette population ont été recueillis, notamment par la MSA et la DREES. Enfin, des études ont été menées sur la situation des retraités et sur l'évolution possible des régimes de retraite. La CNAV et la DREES se sont fortement impliquées dans ce type de démarches.

f. L'amélioration du système d'information de l'hôpital

Je tiens à saluer ici la création de l'ATIH (Agence Technique de l'Information Hospitalière). Au cours de la période, nous avons également assisté à une montée en charge du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), en particulier auprès de l'hospitalisation privée. De plus, les PMSI Soins de suite, Réadaptation et Psychiatrie, même s'ils n'ont pas encore atteint à ce jour leur fonctionnement de routine, se sont fortement développés. Parallèlement, il convient de mentionner la refonte des enquêtes SAE et de l'enquête de conjoncture réalisée auprès des établissements hospitaliers. Par ailleurs, plusieurs enquêtes auprès des usagers de l'hôpital ou sur les conditions de travail en milieu hospitalier ont été engagées.

De nombreuses actions ont été menées dans ce domaine et on peut donc considérer que l'orientation définie en la matière a bel et bien été suivie d'effets.

g. L'observation des professions sanitaires et sociales et l'amélioration de la couverture de l'action sociale

Des travaux extrêmement importants ont déjà été réalisés sur la démographie des professionnels de santé, notamment s'agissant des médecins. D'autres études analogues sont en cours sur les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmières et les pharmaciens. En revanche, peu de travaux ont été engagés sur l'observation des professions sociales. Celle-ci constitue sans doute l'un des points les moins réussis du programme de travail, de sorte qu'elle devra certainement figurer à nouveau dans notre prochain programme à moyen terme 2004-2008.

h. La disponibilité des données régionales et locales

On ne peut que dresser un bilan mitigé des actions menées dans ce domaine. Certes, nous avons nettement progressé dans la mise en commun des moyens régionaux, notamment au travers du développement des plates-formes sanitaires et sociales (par exemple, en Auvergne). De telles démarches sont tout à fait positives et devront donc être sauvegardées au cours des prochaines années. De même, des travaux ont été engagés sur les bases de données localisées et doivent être poursuivis. Cependant, notre réflexion sur les différents zonages et territoires au niveau desquels doit être étudiée l'application des politiques de santé n'en est encore qu'à ses débuts et doit donc être largement approfondie.

i. L'accès aux données pour les producteurs de statistiques sanitaires et sociales

De nombreuses actions ont été menées autour du partage de données. D'autres travaux restent néanmoins à effectuer. J'ai déjà évoqué à ce niveau le SNIIRAM ; nous reviendrons dans quelques instants sur le panel de bénéficiaires de l'assurance-maladie – un outil potentiellement très riche.

j. Le contexte international

La DREES a réalisé de nombreux travaux descriptifs et comparatifs des systèmes sanitaires et sociaux étrangers. Avec l'INSEE, elle participe également aux instances européennes et contribue à cette échelle à la structuration du champ statistique. Ce thème va prendre une importance croissante à l'avenir et nous devons donc reconduire ce type de démarches. De même, nous avons participé à des observatoires internationaux (par exemple, l'observatoire franco-qubécois).

Pour résumer, j'ai le sentiment que nous avons su mener à bien l'essentiel de notre programme. A l'inverse, la principale lacune qui me semble se dessiner à ce niveau porte sur l'observation des professions sociales.

M. de KERVASDOUÉ, Président

Merci. Cette présentation appelle-t-elle des commentaires ?

Le bilan présenté ne suscite pas d'observations.

2. Rappel du contenu des échanges survenus pendant la Rencontre du CNIS sur le moyen terme du 24 avril 2003

M. DESROSIERES, INSEE

La *Rencontre du moyen terme* du 24 avril 2003 a été l'occasion d'une réflexion inter-formations sur les futurs programmes 2004-2008. Cette réunion a porté, d'une part, sur les statistiques d'entreprises et,

d'autre part, sur les statistiques sociales. Je ne présenterai pas ici l'intégralité de ces débats mais me limiterai plutôt à quelques thèmes généraux qui me paraissent particulièrement intéressants.

a. Enquêtes et données administratives

Les statisticiens tendent traditionnellement à opposer enquêtes et exploitations de données administratives. Néanmoins, dans la pratique, la distinction entre ces deux exercices n'est pas toujours très claire, par exemple, s'agissant des enquêtes qui sont menées auprès d'établissements administratifs.

Au niveau européen, on entend régulièrement plaider pour un développement le plus large possible de l'exploitation statistique de données administratives. En effet, une telle approche serait moins onéreuse et, parce qu'elle aboutirait à une réduction du nombre des enquêtes, permettrait de moins solliciter les individus ou les entreprises. De plus, l'exhaustivité des données administratives permettrait une territorialisation des informations et un zonage plus efficace et détaillé que celui issu des enquêtes par sondage.

Cependant, les fichiers administratifs et les enquêtes ne constituent pas des outils interchangeable. L'exploitation des premiers permet de décrire l'évolution des moyens consacrés par la puissance publique à tel ou tel problème social, tandis que les enquêtes auprès de la population fournissent des informations sur les buts à atteindre en la matière. On constate donc que les utilisations des fichiers administratifs et des enquêtes obéissent à des philosophies différentes. L'exemple de la Justice le montre encore : dans ce domaine, des enquêtes d'objectivation se mettent en place parallèlement à l'exploitation des données relatives à l'activité des tribunaux.

Dans ces conditions, l'opposition entre enquêtes et fichiers administratifs ne peut à mon sens se résumer à de simples considérations de coûts ou de techniques. Elle reflète en réalité deux conceptions différentes de l'information statistique.

b. De nouvelles relations entre utilisateurs et chercheurs

Lors de la réunion du 24 avril, Michel Glaude, Directeur de la Statistique démographique et sociale, a dressé, pour l'INSEE, un panorama complet de l'évolution des statistiques sociales. Au cours de cette intervention, M. Glaude a notamment mis l'accent sur les enquêtes innovantes (enquêtes Identité, HID ou sur les personnes sans domicile fixe...) qui, dans ce domaine, ont été développées en complément des systèmes traditionnels déjà mis en œuvre de manière récurrente.

De plus, il est intéressant de noter que ces nouvelles enquêtes ont donné lieu à une réflexion conjointe des utilisateurs et des chercheurs, ce qui témoigne d'une évolution majeure dans les relations entre les uns et les autres.

A cet égard, je rappellerai que, l'an dernier, a été mis en place, sous l'égide du CNRS, le Centre Quetelet, dans le cadre duquel les chercheurs peuvent avoir accès aux données du système statistique public (notamment celles de l'INSEE). Ainsi, ce centre constitue un « sas » entre les chercheurs et ce système statistique. En outre, grâce aux nouvelles formules mises en place, les chercheurs et les demandeurs sont de plus en plus amenés à intervenir en amont dans la conception des enquêtes et en aval dans l'exploitation des résultats. On assiste, par conséquent, à l'affirmation d'une nouvelle forme de collaboration entre les uns et les autres. De même, de nombreux partenariats ont vu le jour en la matière. En particulier, des organismes utilisateurs sont désormais de plus en plus amenés à co-financer des enquêtes. Tel a notamment été le cas de l'enquête Identité.

c. Les thématiques des différentes tables rondes du 24 avril

Populations en difficulté, statistiques de l'intégration et des discriminations

Le 24 avril, une première table ronde a été consacrée aux populations en difficulté et vulnérables. Les débats ont notamment fait ressortir la nécessité d'approfondir les relations avec la CNIL de façon à lever un certain nombre de difficultés d'accès à des informations dites sensibles.

Parallèlement, lors de deux autres tables rondes, deux exposés approfondis ont porté sur la question délicate mais essentielle que constituent les statistiques de l'intégration et des discriminations (notamment à l'encontre des personnes d'origine immigrée). Ainsi, Roxane Silbermann, du Centre Quetelet, a longuement développé cette thématique, tandis que Mireille Elbaum a évoqué pour sa part le débat qui, en France, entoure les différentes conceptions de cette statistique. En effet, certains observateurs craignent que celle-ci n'aboutisse à une stigmatisation des populations concernées, alors que d'autres voient en elle un outil extrêmement utile de lutte contre les discriminations. Il semble cependant que l'on soit en passe de dépasser cette opposition et d'aboutir à des positions plus équilibrées, ceci en particulier grâce au travail mené au sein de l'INED par François Heran.

Marché du travail

La deuxième table ronde du 24 avril ne concernait notre Formation que de manière indirecte puisqu'elle portait sur le marché du travail. Cependant, elle a abordé, avec les systèmes de retraite, un dossier qui rejoint nos préoccupations. A ce niveau, il a été demandé d'établir des liens plus fins entre la description du cheminement des individus dans la vie active et les problèmes qui entourent actuellement l'évolution des retraites.

Enjeux européens

La troisième table ronde de la journée a, elle, concerné les enjeux européens. Ont notamment participé à ces discussions Mme Elbaum, M. Robine (INSERM) et Mme Clotuche, nouvelle Directrice des Statistiques sociales au sein d'Eurostat et précédemment Directrice de la Sécurité sociale belge.

Lors de ces débats, plusieurs intervenants, dont Mme Elbaum, ont mis l'accent sur le rôle nouveau joué par les indicateurs sociaux. Ceux-ci, après avoir été en vogue dans les années 70, étaient retombés dans un certain oubli au cours des années 80. Cependant, depuis le milieu des années 90, ces indicateurs ont connu un large renouveau, notamment sous l'impulsion de l'Union Européenne. En effet, si la mise en œuvre des politiques sociales n'entre pas dans le champ de compétence de la Commission européenne, celle-ci peut néanmoins définir en la matière des indicateurs d'objectifs et demander à Eurostat ou aux INS (Instituts Nationaux de Statistiques) d'établir des mesures de ces indicateurs. Je souligne au passage que la définition des objectifs intervient à Bruxelles alors que le travail de mesure est, lui, effectué à Luxembourg.

Sur cette base, il est ensuite possible d'établir un palmarès des états membres dans le domaine social. La statistique se voit ainsi attribué un rôle tout à fait inédit qui la conduit à entretenir une mise en concurrence des états. Pour ma part, j'estime pour le moins regrettable que la Commission demande à Eurostat de jouer un tel rôle.

Généralement, la conception des indicateurs et leur mesure sont confiées à des opérateurs distincts. Or la France constitue une exception de ce point de vue : en effet, dans notre pays, des directions comme la DARES ou la DREES exercent ces deux missions et participent de fait aussi bien aux réunions de Bruxelles où l'on conçoit les indicateurs qu'à celles de Luxembourg où l'on réalise les mesures afférentes. Cette approche française présente à mon sens un grand intérêt : elle s'efforce de rompre cette division très ancienne entre les producteurs de statistiques et les utilisateurs – une division qui, par ailleurs, a de fortes raisons d'être. Quoi qu'il en soit, la démarche française favorise, au contraire, les interactions entre les uns et les autres, que cela soit par le biais du CNIS ou des différentes instances partenariales que j'évoquais il y a quelques instants.

A cet égard, Mireille Elbaum a souligné que cette approche permettait de faire apparaître les spécificités de certaines positions françaises, par exemple s'agissant des problèmes de pauvreté et de cohésion sociale, de retraites, de discriminations, de santé et de handicaps. Elle a également montré que certaines divergences entre la France et les autres pays ne trouvaient pas uniquement leur explication dans des difficultés d'ordre technique mais aussi dans des questions de fond comme la conception des systèmes de retraite, de protection sociale ou de lutte contre les discriminations.

d. Conclusion

En conclusion, je rappellerai, à l'instar de Philippe Cuneo, la nécessité de parvenir à un équilibre entre les différentes formes d'investigation. En d'autres termes, il nous faudra réintégrer les problèmes

techniques qui nous intéressent (articulation des enquêtes et de l'exploitation des données administratives, rôle respectif des enquêtes régulières et exceptionnelles...) dans des espaces où pourront dialoguer des producteurs et des utilisateurs. Ainsi parviendrons-nous peut-être à transcender le clivage qui existe souvent entre ces catégories d'acteurs.

M. de KERVASDOUÉ, Président

Je vous remercie. Au terme de votre exposé, j'avoue ne pas avoir bien compris cependant si nous disposons encore d'une certaine marge de manœuvre ou si, au contraire, nous allons être placés devant le fait accompli.

3. Exposé synthétique des orientations 2004-2008 des services producteurs

a. Quatre points structurants

M. CUNEO, DREES

Plusieurs des avis généraux présentés en 1999 restent aujourd'hui pertinents. Pour ma part, j'en ai relevé quatre, qui me semblent être tout à fait structurants.

Tout d'abord, dès 1999, nous avons mis en évidence l'insuffisance de nos moyens, celle-ci nous plaçant dans l'obligation de collaborer les uns avec les autres et d'utiliser autant que possible les sources administratives ou les grands systèmes de gestion comme substituts à des enquêtes. Aujourd'hui, ce constat demeure tout à fait valable : en effet, nous nous situons de plus en plus dans un tel schéma.

Ensuite, la thématique des statistiques et des études localisées reste, elle aussi, pertinente. Dans le contexte actuel de la décentralisation, cette question se pose même avec une acuité accrue. En particulier, nous devons veiller à assurer la pérennité et la cohérence des systèmes d'information qui sont concernés par cette nouvelle vague de décentralisation : je fais ici notamment référence au transfert vers les départements de la médecine de santé scolaire et à la décentralisation du RMI. Nous devons nous attacher à ce que, demain, les services en question continuent, d'un département à l'autre, à nous transmettre des informations homogènes sur la base desquelles nous pourrions ensuite établir des données nationales. A ce propos, plusieurs exemples passés montrent malheureusement que, si cet effort de coordination n'intervient pas dès la phase législative, la remontée d'informations au niveau national ne peut plus s'effectuer dans des conditions satisfaisantes.

Le troisième point que je souhaite évoquer concerne l'insertion européenne. Alain Desrosières a déjà largement abordé ce sujet ; c'est pourquoi je me limiterai à rappeler que nous devons à la fois produire nos données selon les normes européennes et participer à l'élaboration de ces mêmes normes, ceci sous peine de perdre ce qui fait notre richesse, notre identité et notre compétence.

Enfin, que cela soit dans le cadre de la loi d'orientation des lois de finances, de la loi de santé publique ou du PLFSS (projet de loi de financement de la Sécurité sociale), nous serons de plus en plus amenés à produire des indicateurs qui rendront compte de nos travaux ou des actions qui sont conduites dans nos domaines de compétence. En outre, le système statistique doit participer à ces démarches non seulement en tant que producteur mais aussi comme concepteur, au risque, sinon, d'être incapable de fournir les informations qui lui seront ainsi demandées.

b. Des thèmes de réflexion

Dans le domaine de la santé

Nous devons prioritairement nous attacher à la mise en œuvre du rapport Connaissance statistique de l'état de santé de la population, qui a été publié l'an dernier. A ce titre, nous devons nous pencher sur la refonte des enquêtes en santé (enquêtes décennales, HID, SPS...). En outre, nous ne pourrions

plus limiter notre observation aux ménages mais nous devons, au contraire, l'étendre aux institutions. Une telle démarche est en effet indispensable mais elle s'avèrera aussi très difficile.

De plus, nous devons améliorer notre mesure de la prévention et dépasser dans ce domaine les résultats que nous avons déjà obtenus avec le CREDES. De même, il est tout à fait essentiel de mettre en place un dispositif d'observation de l'activité de la médecine de ville. En effet, alors qu'avec le PMSI, nous disposons pour les hôpitaux d'un outil certes imparfait mais extrêmement riche, nous ne pouvons nous appuyer pour la médecine de ville que sur des systèmes d'information complètement privés. Or l'accès à ces derniers n'est pas toujours des plus faciles, tandis que la qualité de ces systèmes est parfois discutable.

Il convient également d'évoquer les objectifs de surveillance des comportements alimentaires, ce dossier étant notamment porté par l'AFSSA. En parallèle, il me paraît indispensable de relier santé et trajectoire d'emploi. En particulier, il me semble nécessaire de développer ici le recueil d'informations sur la santé des individus pendant leurs périodes d'inactivité professionnelle. En effet, compte tenu de la dégradation actuelle des normes d'emploi (qui se manifeste notamment par le développement du travail précaire), nous ne pouvons plus nous contenter de suivre la santé des personnes en emploi mais nous devons bel et bien étendre notre observation aux phases d'inactivité.

Nous devons aussi développer la production de données sur la santé et l'environnement. Par ailleurs, l'an dernier, le CNIS a préconisé la mise en place d'un groupe en charge du suivi, de l'inventaire et de la définition des conditions d'accès et d'usage aux différentes sources de médicaments. Nous devons donc poursuivre nos travaux en la matière. Enfin, nous devons continuer à développer nos panels. J'ai déjà évoqué à ce niveau l'exemple du SNIIRAM. Lors de l'examen du programme à court terme, nous devons également revenir sur le projet d'échantillon permanent de bénéficiaires de l'assurance-maladie.

Solidarité et retraites

Comme je l'ai déjà indiqué, nous devons consentir des efforts importants en faveur de l'observation des professions sociales. Je précise que cette démarche ne devra pas uniquement impliquer la DREES. Nous devons notamment clarifier la nomenclature de ces emplois et en améliorer notre connaissance, qu'il s'agisse de leurs conditions d'accès, d'exercice, ou de rémunération.

S'agissant des retraites, de nombreux outils ont déjà été constitués ou sont en passe de l'être. Les travaux qui devront être réalisés grâce à ces outils sont, eux aussi, en très grand nombre.

Des investissements méthodologiques et conceptuels

Nous devons prévoir des investissements considérables, notamment au plan méthodologique et conceptuel, sur un certain nombre de thèmes : les circulations migratoires, les violences et les discriminations. Des outils existent déjà en la matière, en particulier au niveau de l'INSEE : l'enquête Histoires de vie, les enquêtes FQP (Formation et Qualification professionnelle) et Emploi. Cependant, nous devons réfléchir à de nouveaux modes de production de la connaissance dans ces différents domaines. Cette démarche recouvre un travail de longue haleine et devrait fortement nous mobiliser au cours des quatre prochaines années.

Nous devons également être capables de suivre des classes d'âge particulières, notamment parmi les enfants et les personnes âgées. Nous devons en particulier étudier les liens entre la trajectoire familiale et la santé de ces populations. Par exemple, nous devons nous pencher sur les impacts que les ruptures familiales peuvent avoir sur les enfants. De même, s'agissant des personnes âgées, nous devons recueillir des données sur les effets de leur passage en institution. Jusqu'à présent, nous ne disposons que d'un éclairage parcellaire de ces différents problèmes et il nous reste donc à développer une vision globale de ces questions. Dans ce sens, il nous faudra certainement élaborer de nouveaux outils. Dans le même esprit, nous devons également approfondir nos approches multidimensionnelles de la pauvreté, y compris dans le cadre européen.

Les approches territorialisées

Nous devons absolument placer la notion de territoire au cœur des systèmes d'information dont nous disposons. Nous devons également développer notre réflexion dans ce domaine. A cet égard, lorsqu'un ministre décide la mise en place d'un nouveau dispositif, il invente en même temps un nouveau zonage, un nouveau concept de territoire. Or les statisticiens que nous sommes ont ensuite les plus grandes difficultés à produire des données pertinentes à l'échelle de ces territoires. Partant de là, il est indispensable que nous progressions sur ces questions et que nous sachions notamment indiquer quel est le zonage le plus approprié à l'étude de telle ou telle thématique.

Les comptes nationaux

Dans ce domaine, nous devons progresser sur les indices de prix (à la fois pour les comptes de la santé et ceux de la protection sociale) et sur la comparaison des différents systèmes. Ce travail de comparaison devra notamment porter sur les comptes de la Sécurité sociale et ceux de la comptabilité nationale. Les uns et les autres ne sont, certes, pas construits à partir des mêmes informations, ni selon la même logique ou le même calendrier. Cependant, notre situation actuelle en la matière ne peut pas perdurer. Je rappellerai enfin qu'en 1982, le CNIS avait déjà rendu un avis allant dans ce sens.

M. de KERVASDOUÉ, Président

Vous venez de nous dresser un menu particulièrement copieux. Pour ma part, je compléterai votre intervention par quelques commentaires.

Depuis longtemps mais toujours sans succès, je souhaite pouvoir montrer au Gouvernement la faiblesse des moyens dont dispose l'appareil d'intelligence statistique de notre secteur par rapport aux sommes considérables en jeu. Dans cet esprit, je recommanderai donc que nous fassions procéder à une évaluation comptable ou, à défaut, à une estimation des ressources qui sont ainsi à la disposition de cet appareil. A cet égard, il convient également de souligner que, si le secteur de la santé et de la protection sociale représente 25 à 28 % du PIB de notre pays, la proportion des dépenses de l'appareil statistique qui lui sont consacrées est, elle, nettement inférieure à ce pourcentage. De son côté, l'agriculture connaît un tout autre sort... Je veux néanmoins voir un signe encourageant dans le fait que la DREES a changé de nature et, je le crois aussi, de budget.

A la fin de son exposé, Philippe Cuneo a évoqué les comptes de la Sécurité sociale. De mon côté, lorsque j'étudie ces derniers, j'ai la chance de pouvoir m'appuyer sur l'expertise de Rémi Pellet, l'un des rares juristes spécialistes de ces questions. L'un et l'autre, nous émettons les remarques les plus acerbes sur ces comptes. En particulier, nous déplorons que ceux-ci n'aient de comptes que le nom et qu'ils ne constituent en réalité, comme le rappelle la Cour des Comptes, qu'une simple estimation administrative. Or étant donnée l'ampleur des sommes en question, un tel état de délabrement n'est pas raisonnable pour un pays comme le nôtre. Certes, on m'objectera qu'un tel dossier ne relève pas de la compétence du CNIS mais est du ressort de la Commission des Comptes. Cependant, cette dernière ne s'intéressant qu'à elle-même, je souhaite que nous donnions un avis sur l'importance de la qualité des comptes de la Sécurité sociale et de leurs fondements.

Par ailleurs, je suis particulièrement favorable à la mise en place d'indicateurs relatifs à l'activité des professions de santé cliniciennes. En théorie, les professions médico-techniques de l'hôpital (radiologues, biologistes...) font l'objet d'une nomenclature des actes, la NGAP, mais, dans la pratique, celle-ci n'a pas été révisée depuis trente ans, tandis que les dossiers qui préconisaient sa réforme (le dernier d'entre eux remontant à trois ans) sont jusqu'à présent restés lettre morte. De son côté, l'activité des médecins cliniciens est encadrée par le C pour les généralistes, par le CS pour les spécialistes et le CPSY pour les psychiatres. Dans ce domaine, deux systèmes d'observation existent déjà : d'une part, le système canadien et, d'autre part, celui de la casugraphie de BRAUN. Il serait donc pertinent de tester chacun d'eux, ce qui nous permettrait ensuite de disposer d'indicateurs d'activité pour cette population. Enfin, à ce niveau, on ne peut utiliser la notion de pathologie (celle-ci étant en revanche tout à fait pertinente en milieu hospitalier) mais on doit au contraire opter pour une terminologie en forme de périphrase : à savoir les raisons pour lesquelles les patients viennent consulter un médecin.

Je publie dans quelques jours un ouvrage consacré à la crise que traversent actuellement les professions de santé. Dans ce cadre, je me suis notamment attaché à déterminer si cette crise a des fondements économiques. Dans ce but, nous avons cherché à connaître l'évolution des revenus des médecins entre 1980 et 2000. Or j'ai été surpris par les difficultés extrêmes que nous avons rencontrées pour obtenir ce type d'informations, ceci même si l'INSEE, la DREES ou la CNAMTS ont réalisé un certain nombre de travaux dans ce domaine.

Partant de là, je souhaiterais que se mette en place un suivi extrêmement précis de l'évolution annuelle des revenus imposables des professions de santé en médecine de ville et que ces chiffres fassent l'objet d'une publication. De leur côté, les données que nous avons recueillies font apparaître que, pour une base 100 en 1980, les revenus des médecins généralistes se situent en 2000 à un indice 120, contre un indice compris entre 120 et 135 pour les revenus des médecins spécialistes (non-comprise la dernière réévaluation de leurs consultations) et une valeur de 165 pour les médecins hospitaliers (ceci avant même la récente mise en œuvre des 35 heures). A l'inverse, les kinésithérapeutes et les infirmières libérales ont enregistré, sur la même période, des pertes de revenus. Par comparaison, les revenus des fonctionnaires sont, eux, passés à un indice 109, contre 111 pour les salariés du privé.

Par ailleurs, je crois qu'il est temps que les hôpitaux et les cliniques fassent l'objet d'un véritable *bench-marking*. De même, il me semble important que les établissements hospitaliers et nos concitoyens soient informés des attributions des prix de journée et des points ISA. Ces chiffres sont, certes, à la disposition des agences mais, de son côté, la DHOS cache à la France entière la manière dont elle répartit les enveloppes régionales, la redistribution effectuée à ce niveau restant d'ailleurs tout à fait limitée. Pour ma part, je souhaite, au contraire, que la DHOS publie la méthode qu'elle utilise dans ce domaine et qu'elle explique pourquoi, du jour au lendemain, certaines régions, jusque-là défavorisées, bénéficient d'un régime extrêmement favorable. De même, je souhaite que soit publiée la répartition par les ARH de ces enveloppes régionales.

En outre, l'État me paraît devoir prendre à sa charge la mise en œuvre du *bench-marking* hospitalier et se substituer ainsi à la Fédération Hospitalière de France, cette dernière n'assumant pas efficacement ce rôle. L'État dispose, à cet égard, des données et des outils nécessaires à la comparaison des hôpitaux, que cela soit en termes d'activité, de productivité ou de qualité des soins. La puissance publique est donc tout à fait en mesure de produire des études qui viendront remplacer celles effectuées par des journaux comme Le Point. J'ajoute que ces dernières ne sont pas aussi mauvaises qu'on le dit parfois.

Mes remarques porteront également sur le futur programme de santé publique. Le Ministre a notamment annoncé que ce programme comprendrait des indicateurs chiffrés. De notre côté, nous devons nous doter de l'appareil d'intelligence capable de suivre ce programme. Cependant, je ne sais pas si tous les services concernés ont été contactés sur ce sujet. Pourtant, ce programme ne pourra pas voir le jour sans cet appareil. Pour ma part, je ne suis pas certain que nous ayons les moyens de suivre les ambitions du Ministre. En particulier, je crains que, dans certains domaines, nous rencontrions des difficultés à établir le référentiel de départ nécessaire à ce projet.

Enfin, la question de la géographie est tout à fait centrale. On enregistre de nombreux progrès dans ce domaine. J'ai mené plusieurs travaux en la matière, notamment sur les transferts interrégionaux liés au secteur de la protection sanitaire et sociale. Comme vous le savez, ces transferts sont considérables mais nous n'en avons pas une connaissance précise. Dans ces conditions, ne faudrait-il pas mettre en place des comptes régionaux de la santé ? De même, ne conviendrait-il pas d'instaurer des comptes sanitaires et sociaux à l'échelle des régions ? Je rappellerai à ce propos que, dans certaines régions comme le Sud-Ouest, le secteur sanitaire et social a été, depuis vingt ans, à l'origine de la création de la moitié des emplois.

Pour conclure, je récapitulerai mes principales préoccupations :

- la nécessaire amélioration de la production des comptes de la Sécurité Sociale ;
- la mise en place d'un suivi de l'activité des médecins de ville cliniciens et de leurs revenus ;
- la mise en œuvre d'un *bench-marking* hospitalier et la publication des résultats afférents (y compris sur la qualité des soins)
- les doutes qui peuvent entourer la bonne réalisation du futur programme de santé publique.

Vous avez à présent la parole.

4. Débat

M. LENORMAND, CNAMTS

Comme vous l'avez souligné, il n'est pas certain que nous disposions des référentiels de départ indispensables à la mise en œuvre du programme de santé publique. De plus, il serait utile que nous examinions les objectifs qui sont en passe d'être fixés dans ce cadre. Par exemple, ce programme se propose de baisser, pour l'ensemble de la population, la pression artérielle de x milligrammes de mercure. Or que signifie concrètement un tel objectif ?

Je voulais également exprimer plusieurs commentaires. En particulier, Philippe Cuneo a souligné dans son intervention que, faute de moyens, nous devons nous appuyer autant que possible sur les systèmes d'information de gestion. Je ne peux naturellement qu'être d'accord avec un tel point de vue. J'ajouterai toutefois que ces systèmes ont également un coût et que ce dernier peut être extrêmement élevé, à la fois sur le plan financier et en termes d'utilisation et de gestion.

Par ailleurs, je souhaite rappeler que les comptes de la Sécurité Sociale sont élaborés à partir d'éléments fournis par les agents comptables des régimes concernés. En outre, il existe une mission de collecte et de vérification de ces comptes. Cette mission utilise une nomenclature qui a été conçue par les magistrats de la Cour des Comptes et se trouve placée sous l'autorité de la Comptabilité Publique.

Enfin, s'agissant du suivi de l'activité des professionnels de santé libéraux, le Président a indiqué à juste titre que la nomenclature des actes sur laquelle s'appuie ce suivi est extrêmement obsolète. Il a également expliqué que les autorités compétentes avaient été saisies de projets de classification commune des actes médicaux. Il en a naturellement été de même des professionnels de santé. Pour ma part, je rappellerai simplement que la mise en œuvre de cette classification commune n'attend plus désormais qu'une décision politique.

M. de KERVASDOUÉ, Président

Je partage totalement vos propos. J'ajouterai que l'instauration de cette classification doit aussi s'appuyer sur le système de maintenance adéquat. De plus, il me semble primordial de dépassionner les débats qui entourent ce sujet. Dans ce sens, il conviendra de mettre en place une procédure annuelle d'examen de cette classification et de consultation des professionnels de santé. D'ailleurs, tel est également le cas pour le PMSI. De son côté, le Professeur Escat a remis son rapport il y a près de trois ans et, si l'on ne parvient pas à se doter d'un système récurrent de révision et d'examen contradictoire de la nomenclature, on rencontrera inévitablement des problèmes. Enfin, dans son rapport, le Professeur Escat évoque la CDAM mais n'aborde pas à mon sens la question des cliniciens.

M. COMITI, Direction de la Population et des Migrations

Je voudrais tout d'abord remercier tous ceux qui travaillent avec nous sur les sujets liés à la protection sociale des étrangers vivant sur le territoire français : la DREES, le Bureau de l'Etat de Santé des Populations, l'Institut de Veille sanitaire, l'INSEE, la CNAV et bien d'autres organismes encore... Je souhaiterais également rappeler que diverses études ont porté sur les personnes étrangères vieillissantes, qu'elles résident ou non en foyer. D'autres travaux concernent également les problèmes de santé que connaît cette population, qu'ils soient ou non spécifiques à cette dernière. Des études ont aussi été conduites sur l'état de santé des étrangers en situation de précarité.

Il me paraît important d'insister sur ces deux thématiques que sont, d'une part, les pathologies des personnes étrangères et, d'autre part, leurs problèmes spécifiques de protection sociale. Celles-ci figurent dans le bilan 2003 et dans les axes du programme 2004-2008.

Mme CHOIGNOT, UNIOPSS

S'agissant des orientations du futur programme à moyen terme, je souhaiterais mettre l'accent sur l'importance que revêt le maintien, malgré la décentralisation, d'une observation sociale à une échelle nationale. A cet égard, il y a quelques années, une étude de l'UNIOPSS avait recensé l'existence d'une centaine d'observatoires sociaux en France. Cependant, tous ne disposaient évidemment pas des mêmes moyens, notamment sur le plan humain ou du point de vue logistique.

En outre, nous souhaiterions que se mette en place un dispositif (éventuellement un système de labellisation) qui puisse conférer toute la crédibilité nécessaire aux informations sociales destinées à nos concitoyens et aux décideurs politiques (le Parlement, les élus...). Nous serions même favorables à ce que soit rendue obligatoire l'information des parlementaires sur les données sociales de notre pays, sur les besoins sanitaires des populations et sur les moyens alloués pour y répondre. En particulier, force est de constater que les données relatives aux besoins de santé actuels et à venir manquent cruellement. Dans ces conditions, le pilotage des questions sociales s'effectue donc parfois à l'aveugle. L'exemple de la prestation dépendance en atteste.

Par ailleurs, Philippe Cuneo a souligné que, les uns et les autres, nous manquons réellement de moyens. Nous partageons tout à fait ce constat. En particulier, nous sommes profondément convaincus que nous ne disposons pas de moyens d'analyse et de connaissance qui soient à la hauteur des enjeux portés par le secteur social.

Encore une fois, nous souhaiterions que soit garantie la bonne information des décideurs politiques sur les questions sociales. Nos concitoyens auraient ainsi l'assurance que les élus qu'ils mandatent pour décider à leur place ont à leur disposition tous les éléments nécessaires pour prendre leurs décisions en connaissance de cause. De même, cette observation sociale doit faire l'objet de véritables débats et être partagée par tous les Français ou, à défaut, par les corps intermédiaires qui les représentent. Cela suppose néanmoins que les informations en question soient rendues compréhensibles et accessibles.

M. de KERVASDOUÉ, Président

Vous nous avez expliqué que l'UNIOPSS avait recensé une centaine d'observatoires sociaux en France. Doit-on comprendre que l'on compte grosso modo un observatoire par département ?

Mme CHOIGNOT, UNIOPSS

C'est effectivement le cas.

M. CHOFFEL, Délégation interministérielle à la Ville

Je voudrais prolonger les réflexions qui ont déjà été exprimées sur les notions de géographie et de territoire. Dans ce domaine, nous avons besoin de nous appuyer sur un zonage extrêmement fin. Par exemple, lorsque nous préparons les lois de programmation pour la ville, nous définissons des objectifs en matière de santé scolaire. Or l'atteinte de ces objectifs doit être évaluée au travers d'une comparaison entre les résultats constatés, d'une part, dans les quartiers couverts par la politique de la ville et, d'autre part, dans les autres quartiers. De même, il est indispensable que nous soyons capables de comparer le degré d'équipement médical des uns et des autres ainsi que les conditions d'accès à la santé des différentes populations concernées.

On constate donc que, pour traiter ce type de questions, nous avons fortement besoin d'informations très finement localisées. Philippe Cuneo proposait à cet égard que nous réfléchissions aux zonages les plus appropriés. Cependant, pour produire une telle réflexion, il est indispensable, réciproquement, de disposer des informations adéquates. Par exemple, pour déterminer si les inégalités d'accès aux soins sont simplement imputables à des différences sociales ou si elles sont également liées à des paramètres géographiques, on doit pouvoir utiliser des instruments qui appréhendent très précisément aussi bien ces critères spatiaux que les facteurs socio-démographiques.

Dans cet esprit, nous devons encore accomplir des progrès considérables, notamment dans la jonction des systèmes d'information de gestion et des instruments développés actuellement par l'INSEE sur la perception géographique interne des villes. Cette jonction devra s'effectuer de manière plus systématique, tout en respectant, naturellement, les précautions en vigueur en matière d'accès à l'information. Nous devons également retenir des solutions souples qui nous permettent de travailler sur différents zonages. Enfin, nous devons veiller à ce que les investissements entrepris de part et d'autre sur les nombreux sujets relatifs à la santé se cumulent et s'enrichissent mutuellement.

M. de KERVASDOUÉ, Président

Nous disposons d'ores et déjà d'informations géographiques extrêmement précises sur l'hospitalisation. Grâce au PMSI et au logiciel de l'INSEE qui permet de connaître le domicile et le lieu de travail des individus, on peut en effet établir une cartographie très fine des soins auxquels les Français ont accès d'un point à l'autre du territoire. Par exemple, les possibilités de prise en charge de l'infarctus du myocarde varient de 1 à 2 selon les départements français. De leur côté, les possibilités de traitement par pontage coronarien varient de 1 à 4 tandis que l'accès aux nouvelles techniques comme la cardiologie interventionnelle fait apparaître d'un département à l'autre un écart de 1 à 32. Autrement dit, on constate ici de très fortes inégalités géographiques. Celles-ci sont dues à la carte sanitaire, dont j'ai reconnu depuis longtemps « l'efficacité ».

Encore une fois, des données géographiques précises sont disponibles sur l'hospitalisation. Il reste à vos « clients » (c'est-à-dire les villes) à exploiter efficacement ces informations et à les mettre au service de leur politique d'aménagement du territoire et d'urbanisme.

Mme GOTTELY-FAYET, Service des Droits des Femmes et de l'Égalité

La mise en œuvre de l'approche intégrée de l'égalité entre les femmes et les hommes doit désormais se concrétiser dans toutes les politiques publiques. De plus, l'application des dispositions de la loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finance nécessite la mise en place dans tous les domaines sociaux d'indicateurs propres à chacun des sexes.

Je voudrais également féliciter la DREES pour les études qu'elle engage actuellement, notamment s'agissant de la grande enquête qui porte sur les liens entre santé, conditions de vie et parcours professionnel. Je rappellerai à cet égard que les femmes représentent plus de 80 % des travailleurs à temps partiel et que leur taux de chômage est plus élevé que celui des hommes. Partant de là, cette enquête devrait s'avérer très intéressante pour nous. De même, l'échantillon permanent d'assurés devrait être extrêmement utile. A ce propos, sera-t-il possible de distinguer à ce niveau les ayant-droits des assurés ? En effet, les femmes se retrouvent beaucoup plus souvent dans une situation d'ayant-droit.

M. CUNEO, DREES

L'échantillon auquel vous faites allusion porte sur les bénéficiaires.

Mme GOTTELY-FAYET

Vous pourrez donc distinguer les ayant-droits, ce qui est très important à nos yeux. De même, nous avons besoin de connaître la répartition par sexe des bénéficiaires des minima sociaux. Nous attendons également ce type d'informations de l'étude menée sur le passage des personnes âgées en institution. En effet, les femmes vivant plus longtemps que les hommes, elles sont beaucoup plus concernées par ce cas de figure. En outre, l'étude sur les situations de violence constitue une demande importante de notre part. J'ajoute que des indicateurs européens ont été mis au point dans ce domaine et que la France s'avère incapable de fournir les statistiques qui lui sont demandées ici par l'Europe.

M. CUNEO, DREES

Nous avons parfaitement conscience que nous devons fortement progresser sur l'étude des situations de violence. De notre côté, notre premier projet en la matière consistera à dresser un inventaire des informations disponibles dans ce domaine. En effet, ces données sont extrêmement nombreuses mais souvent très parcellaires et mal connues. Une fois cet inventaire réalisé, nous pourrions identifier les manques à combler et les opérations statistiques à mettre en œuvre. Là encore, nous devons nous efforcer d'intervenir autant que possible en amont à Bruxelles et contribuer ainsi le plus largement à la définition des indicateurs qui nous sont demandés.

Madame GOTTELY-FAYET, Service des Droits des Femmes et de l'Égalité

Dans le cas présent, pour les violences faites aux femmes, ces indicateurs ont déjà été définis, suite à la Conférence de Pékin.

5. Projet d'avis de la formation sur le moyen terme 2004-2008

Les participants discutent du projet d'avis de la formation sur les orientations à moyen terme 2004-2008.

III - EXAMEN DES AVANT-PROJETS DE PROGRAMMES POUR 2004

1. Suivi des avis donnés sur le programme 2003

a. Enquête décennale Santé

M. CUNEO, DREES

L'enquête décennale Santé est en cours sur le terrain et, à ma connaissance, elle se déroule dans de bonnes conditions. En particulier, le taux de réponse enregistré à ce niveau est tout à fait satisfaisant. Je rappelle également que cette enquête a ceci de particulier qu'elle prévoit pour la première fois un appariement avec les chaînes de liquidation de l'Assurance-Maladie et qu'elle propose aux personnes interrogées de passer un examen de santé. Néanmoins, dans ce domaine, plusieurs questions législatives sont encore en suspens : ainsi, nous ne savons pas encore clairement jusqu'où pourra aller cet appariement.

En outre, je précise qu'environ 15 % des personnes sollicitées ont accepté de se soumettre à l'examen de santé qui leur a été proposé. Cet échantillon reste beaucoup trop restreint pour être significatif mais il est loin d'être négligeable. En particulier, nous pourrions, grâce à lui, commencer à comparer l'état de santé objectif des individus avec la perception qu'ils peuvent en avoir.

De plus, nous vous proposerons la mise en place au sein du CNIS d'un groupe de travail qui se penchera sur la refonte du système des enquêtes en Santé : ses investigations porteront non seulement sur l'enquête décennale mais aussi sur l'enquête HID, l'enquête Santé et Protection sociale du CREDES et, éventuellement, d'autres travaux.

b. Le SNIIRAM

François Lenormand et Alain Pelc peuvent vous fournir toutes les informations nécessaires sur ce point. Le SNIIRAM se met peu à peu en place. Naturellement, cette démarche requiert un travail considérable et doit donc s'effectuer dans la durée.

c. La meilleure connaissance des bénéficiaires des produits de l'assurance-maladie complémentaire

Nous avons veillé à associer aussi largement que possible les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance à nos travaux dans ce domaine. Cependant, nous n'avons pas toujours reçu auprès de ces interlocuteurs un accueil à la hauteur de nos espérances, en particulier de

la part des fédérations (notamment de mutuelles). Néanmoins, nous progressons et nous espérons pouvoir bientôt mettre en place ce dispositif. A cet égard, il est essentiel que les mutuelles ne soient pas les seules à nous fournir des informations et que les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance nous transmettent à leur tour les mêmes éléments.

M. CASES, DREES

Ce dispositif est déjà opérationnel pour les mutuelles et les institutions de prévoyance. En revanche, il est en cours de test auprès des sociétés d'assurance. Les premiers contacts sont plus satisfaisants qu'escompté. Nous devrions donc aboutir.

M. CUNEO, DREES

Nous souhaitons que la Formation nous apporte son soutien dans cette démarche. Nous pourrions ainsi nous en prévaloir auprès des différents intervenants concernés.

d. L'échantillon inter-régimes de bénéficiaires des minima sociaux

Cet échantillon est dorénavant en place. Une enquête a déjà eu lieu sur cette base. Cet outil nous permettra de bénéficier d'une vision globale et de suivre, en particulier, les individus qui passent d'un système à l'autre.

e. L'échantillon inter-régimes de cotisants aux régimes de retraite

Nous avons enfin obtenu tous les accords nécessaires à la mise en place de cet échantillon. En particulier, le décret attendu du Conseil d'Etat paraîtra très prochainement. Le dispositif réglementaire est donc en place et nous attendons les remontées des premiers échantillons. Là encore, ce type de démarches recouvre un travail considérable. Par conséquent, nous souhaiterions bénéficier de votre soutien afin de pouvoir motiver efficacement les uns et les autres.

Nous allons publier cette semaine un document sur l'échantillon inter-régimes de retraités (à savoir les personnes ayant liquidé leur retraite). A ce niveau, la dernière génération pour laquelle nous avons des données complètes est née en 1934. Si nous voulons être en mesure d'analyser correctement les passages du public au privé ou la situation des personnes ayant connu de longues phases d'inactivité, nous devons naturellement recueillir des informations plus récentes et, pour cela, interroger des individus encore en activité.

f. La refonte du répertoire des professions de santé et du répertoire des établissements sanitaires et sociaux

Je rappelle que ces démarches ont été engagées sous l'égide de la DHOS. Ces répertoires sont extrêmement lourds et importants. De plus, ils recouvrent des besoins de sous-traitance considérables, notamment en matière de conception. A cet égard, il est primordial que le répertoire des établissements sanitaires et sociaux puisse être adossé au SIREN. Dans ces conditions, ces travaux nécessitent des budgets relativement élevés. Dès lors, les restrictions budgétaires actuelles ne peuvent que nous inquiéter.

g. Les recommandations du groupe de travail sur les professions de santé

D'ici la fin de l'année, nous aboutirons pour les infirmières, les pharmaciens et les masseurs kinésithérapeutes à des résultats globalement analogues à ceux que nous avons déjà obtenus pour les médecins (principalement avec l'Ordre et l'Assurance-Maladie).

h. Le groupe de travail sur la connaissance statistique de l'état de santé des populations

Le rapport prévu sur ce point a été publié fin 2002.

i. La formation d'un groupe de travail sur le médicament

Ce groupe de travail, qui s'est mis en place avec l'accord de la profession, devrait tenir sa première réunion avant l'été ou, à défaut, à la rentrée.

2. Exposé des avant-projets de programmes pour 2004 et débat

a. *L'avant-projet de la Caisse Nationale des Allocations Familiales (CNAF)*

M. CUNEO, DREES

Les équipes de la CNAF ont déjà énormément travaillé sur la Prestation d'Accueil du Jeune Enfant (PAJE). De plus, elles apporteront une grande attention à la pérennisation des systèmes statistiques dans le contexte de la décentralisation.

b. *La Caisse Nationale de l'Assurance-Maladie (CNAMTS)*

M. PELC, CCMSA

Nous avons prévu de mettre en place un échantillon permanent de bénéficiaires : celui-ci sera le successeur de l'EPAS actuel et s'inscrira dans le cadre du SNIIRAM. A cet égard, il me semble utile de rappeler les deux principales limites du SNIIRAM : d'une part, sa durée ne dépasse pas trois ans et, d'autre part, sa taille réduite ne facilite pas la mise en œuvre d'enquêtes particulières. Partant de là, nous souhaitons nous doter d'un échantillon d'une taille suffisante pour nous permettre de réaliser des analyses à divers niveaux, notamment au plan régional. De plus, cet échantillon nous donnera la possibilité de suivre les bénéficiaires pendant une durée de dix, voire vingt ans.

En outre, nous suivrons par ce biais l'évolution de la consommation en fonction des modifications de structures du régime de base. Les perspectives qui se dessinent actuellement à ce niveau montrent en effet l'intérêt d'un tel échantillon, en particulier lorsque les périmètres respectifs de l'assurance-maladie obligatoire et de l'assurance-maladie complémentaire se modifieront. Par ailleurs, nous nous efforcerons de mettre en place une validation annuelle du statut, notamment par rapport à la référence que constitue le RNAM. Nous pourrons ainsi mieux suivre les changements de régime des individus. Enfin, dès lors que nous disposerons ainsi de données dûment validées sur le statut et la protection sociale des personnes, nous les utiliserons afin de créer une nouvelle base de sondage en vue d'autres enquêtes.

M. de KERVASDOUÉ, Président

A quel stade se situe aujourd'hui la mise en œuvre de ces travaux ?

M. LENORMAND, CNAM-TS

Nous nous situons actuellement au début de ces démarches. Les services statistiques des trois régimes concernés (le régime général, la CANAM et la MSA) ont déjà tenu un certain nombre de réunions sur ce point. De plus, nous disposons maintenant de répertoires d'individus. Ceux-ci sont en cours de montage et comporteront non seulement le NIR de l'assuré mais aussi celui du bénéficiaire. Les répertoires du régime général sont globalement complets (à hauteur de 80 à 90 %), de sorte que, dès l'année prochaine, nous pourrons atteindre à ce niveau une quasi-exhaustivité. Ainsi et pour la première fois dans l'histoire de la Sécurité sociale, le régime général sera alors en mesure de connaître précisément le nombre de ses bénéficiaires. A ce propos, je rappellerai qu'aujourd'hui, notre évaluation de ce nombre dépasse les effectifs de la population française. Cette situation tient cependant à des raisons honorables : en effet, par prudence, les organismes concernés conservent dans leurs fichiers des individus qui ont quitté la France ou sont décédés.

Encore une fois, ce répertoire unique, conçu par confrontation des données des Caisses et du RNAM, est en cours de constitution. En s'appuyant également sur le SNIIRAM, chaque utilisateur de ce dispositif pourra connaître l'évolution des remboursements et retracer de manière complète les parcours de soins des individus. Enfin, je précise que cet échantillon permanent devrait comporter 500 à 600 000 personnes.

M. de KERVASDOUÉ, Président

Quand interviendra la mise en œuvre de ce dispositif ?

M. LENORMAND

Nous devrions être en phase de tests tout au long de l'année 2003. Nous commencerons ensuite à monter un panel en 2004. Cependant, il me paraît illusoire de tabler sur une utilisation de ce panel dès l'année prochaine. Celle-ci devrait donc avoir lieu en 2005.

M. PELC

Compte tenu des restrictions budgétaires actuelles, nous devrions être toujours en période de tests en 2005. Nous devons notamment soumettre notre projet à la CNIL et mener à bien tous les développements informatiques nécessaires.

c. La Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse (CNAV)

M. CUNEO

A ce niveau, j'ai relevé plusieurs projets importants : le RNR, la création de l'équipe de Vincent Poubelle et la poursuite de l'exploitation de l'enquête Vieillesse des immigrés.

d. Le CREDES

Le CREDES développe quatre grands projets :

- la poursuite et la refonte de l'enquête Santé et Protection sociale ;
- la mise en œuvre du projet SHARE ;
- la poursuite des travaux sur l'EPAS ;
- la production des logiciels Eco-Santé.

e. La MSA

Les principaux projets de la MSA portent sur le SNIRAM et la constitution du panel de bénéficiaires.

f. L'AFSSA

L'AFSSA entend se consacrer à la mise en œuvre d'enquêtes sur les comportements de nutrition, à la fois au niveau de la population générale et pour certaines populations particulières. Ces travaux recouvrent notamment le projet INCA2, mené en collaboration avec l'INVS.

g. L'INSEE et la DREES

Je n'évoquerai ici que les quelques points pour lesquels nous souhaiterions obtenir un soutien explicite de la Formation.

Le premier d'entre eux concerne la création d'un groupe de travail sur la refonte des enquêtes relatives à la santé. A cet égard, l'enquête décennale Santé se poursuit sur le terrain jusqu'en septembre 2003. Ensuite, se constituera un comité d'exploitation qui devra permettre une utilisation optimale de ces données. La mission Recherche de la DREES et l'INSEE travaillent d'ailleurs dans ce sens. De plus, le groupe de travail proposé réfléchirait à la construction d'un dispositif harmonisé qui s'appuierait, à court terme, sur l'enquête SPS du CREDES et, dans un cycle quinquennal, sur les enquêtes en santé et la suite des enquêtes HID. Nous souhaitons ici nous inscrire dans un schéma d'harmonisation européenne dont les premières enquêtes devraient avoir lieu en 2006-2016.

Le deuxième point que je souhaitais évoquer concerne l'échantillon permanent des bénéficiaires de l'assurance-maladie. Nous avons déjà abordé ce sujet et je ne m'appesantirai donc pas sur cette question.

Par ailleurs, dans le contexte législatif actuel, il me paraît important de veiller à la pérennité des grands systèmes d'information, notamment pour ce qui concerne le RMI et la santé scolaire. Je rappelle à ce propos que, dans le cadre du système scolaire, des examens de santé systématiques ont lieu au cours de la sixième, dixième et quatorzième année des individus. De notre côté, nous avons mis en place un système de remontées statistiques qui nous fournit des indications de base sur des

thématiques comme le développement de l'asthme ou les phénomènes de surpoids. Désormais, il est prévu que la médecine scolaire soit du ressort des départements. Dans ces conditions, il est indispensable que le dispositif législatif qui encadrera cette décentralisation précise les conditions qui permettront de pérenniser notre système statistique. Ce dossier dépasse néanmoins le cadre de cette seule Formation et il est traité au premier chef par l'INSEE.

En outre, nous devons suivre la mise en place de l'échantillon inter-régimes de cotisants aux régimes de retraite. Toutes les conditions sont aujourd'hui réunies pour cette mise en place. Reste donc à concrétiser celle-ci. Dans ce sens, il est nécessaire que toutes les informations utiles nous remontent en temps voulu et dans la forme souhaitée.

Enfin, il me semble essentiel que le CNIS réaffirme l'intérêt qu'il porte à l'enquête sur les bénéficiaires des prestations de l'assurance-maladie complémentaire.

M. GUILLEMIN, DGS

La Direction Générale de la Santé a réalisé, sur divers aspects des systèmes d'information, des travaux qui devraient nous permettre de pérenniser les grandes enquêtes nationales. Nous avons notamment demandé que la future loi de santé publique modifie les dispositions de la loi de 1951 sur l'accès des services statistiques aux données sanitaires. Au terme de cette modification, ces données perdraient le caractère d'informations sensibles de sorte que nos services pourraient y accéder plus facilement.

Par ailleurs, s'agissant de la santé des enfants et de la PMI, un système est prévu pour que les remontées de données individuelles soient organisées au niveau législatif. Nous avons également demandé que les agents de l'Assurance-Maladie soient relevés du secret médical en ce qui concerne les données de santé qu'ils seraient amenés à transmettre à l'Etat. Enfin, dans la perspective de la loi de santé publique, nous avons demandé, avec la DREES, que nous puissions continuer, malgré la décentralisation, à avoir accès aux données de santé des enfants scolarisés.

Mme MERMILLIOD, DREES

Il me semble utile de vous apporter une information de dernière minute que nous n'avons pas pu mentionner dans notre avant-projet. Nous sommes en train d'étudier la possibilité de mettre en place, dans le cadre de la réforme des retraites, un dispositif d'accès à des informations qui porteraient sur la façon dont se constituera demain l'épargne-retraite des Français. Ce dispositif comprendrait également un suivi des offreurs et pourrait, à terme, compléter les échantillons inter-régimes déjà existants. Nous pourrions ainsi suivre les droits acquis qui viendront en complément de ceux qu'identifie l'échantillon inter-régimes de cotisants et identifier les ressources complémentaires que les retraités pourront se constituer.

M. PELC, CCMSA

Je souhaite que le CNIS demande à la CNIL la mise en place d'une procédure homogène pour toutes les anonymisations des NIR. En effet, aujourd'hui, les NIR sont anonymisés selon des procédures variables d'un domaine à l'autre.

M. de KERVASDOUÉ, Président

Cette suggestion me paraît intéressante et je suis donc favorable à ce que nous vous aidions en la matière.

M. PELC, CCMSA

L'institution d'une procédure homogène nous simplifierait considérablement la tâche. Je pense que nous pourrions plus efficacement soumettre cette proposition à la CNIL si elle s'accompagne du soutien du CNIS.

M. de KERVASDOUÉ, Président

Votre proposition permettrait effectivement d'éviter des mois de procédures.

M. PUIG, CNIS

Je souscris tout à fait à votre suggestion. Cependant, il me semble que l'INSEE devrait se charger de la relayer auprès de la CNIL.

M. CHANU, CGT

Je souhaite apporter mon soutien aux travaux en cours sur la construction d'échantillons inter-régimes en matière de retraite. Le Conseil d'Orientation des Retraites a déjà exploité certaines études menées dans ce domaine. Cependant, nous avons besoin de données qui aillent au-delà du travail accompli sur cas types. Nous devons notamment disposer d'éléments précis sur l'évolution du taux de remplacement, ce qui ne va pas sans poser des problèmes méthodologiques particulièrement intéressants.

Il y a quelques instants, Madame Mermilliod a évoqué la création d'un dispositif d'observation de l'épargne-retraite. Pour ma part, je rappellerai que ce terme en lui-même est sujet à caution. En particulier, l'épargne-retraite constitue-t-elle une épargne ou une retraite ? En revanche, la notion de retraite supplémentaire ou sur-complémentaire est, elle, plus claire. Cependant, nous n'avons de ces retraites qu'une connaissance très limitée. Par exemple, l'évaluation effectuée par la Commission de coordination dans le cadre de la méthode ouverte fournit à ce niveau un chiffre de 0,5 %. Néanmoins, il n'est pas avéré que de tels chiffres, issus d'enquêtes réalisées par des opérateurs privés du secteur des assurances, puissent être comparés avec ceux relatifs aux retraites obligatoires.

3. Projet d'avis de la formation**M. de KERVASDOUÉ, Président**

Je constate qu'au travers de nos débats, nous avons examiné le point de notre ordre du jour consacré au projet d'avis de la Formation. L'un d'entre vous souhaite-t-il émettre des objections sur ce projet d'avis ?

Les membres de la Formation n'expriment aucune observation.

M. de KERVASDOUÉ, Président

Nous rédigerons l'avis de la Formation en tenant compte de vos différentes recommandations. Nous insisterons notamment sur la nécessité de conduire des enquêtes concernant les retraites.

4. Examen des projets d'enquêtes pour avis d'opportunité et débat*a. Enquête pilote SHARE – Panel européen Santé et Vieillesse***M. DOURGNON, CREDES**

Le projet SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) porte sur les problèmes de vieillissement et de santé. Cette enquête, menée sous l'égide de l'Université de Mannheim, est conduite dans neuf pays de l'Union Européenne et en Suisse. Elle s'appuiera sur un panel de personnes de plus de cinquante ans. A moyen terme, d'ici 2006, cet échantillon comprendra 10 000 personnes par pays. Cependant, à plus court terme, dès le printemps 2004, nous

souhaiterions réaliser un pilote qui regrouperait 10 000 individus pour l'ensemble des dix pays concernés (dont environ 1 500 personnes pour la France).

Cette enquête présente de multiples intérêts. Elle nous permettra notamment de construire des instruments de comparaison internationale en Europe et de traiter les problématiques pour lesquelles nous avons besoin de données longitudinales : par exemple, les liens entre richesses et santé, l'évolution de la dépendance ou le passage des personnes âgées en institution.

Enfin, le projet SHARE s'inspire largement de l'enquête Health And Retirement Survey réalisée aux Etats-Unis. Il convergera également avec le panel anglais, ELSA.

M. de KERVASDOUÉ, Président

Combien de temps l'étude longitudinale devrait-elle durer ?

M. DURGNON, CREDES

Cette durée n'a pas encore été définie. Elle dépendra des financements européens qui pourront être mobilisés. En l'état, le projet SHARE est financé par le biais du cinquième PCRD. Nous avons également consulté plusieurs institutions et organismes français afin de compléter l'échantillon de la France en vue du premier pilote.

*La Formation accorde un **avis d'opportunité favorable** au projet d'enquête proposé.*

b. Enquête « Estimation du risque iatrogène » dans les établissements de santé

Mme CASES, DREES

Ce projet est né d'une mission commune de la DGS et de la DHOS, cette mission s'inscrivant dans le cadre de la préparation d'un plan national de réduction du risque iatrogène. Je rappelle que ce dernier renvoie aux événements indésirables graves liés aux soins. Or ces événements sont souvent multifactoriels, prenant ainsi en défaut les systèmes existants (en particulier, le PMSI). C'est précisément pourquoi la mission DGS/DHOS a préconisé la réalisation d'une enquête spécifique couvrant l'ensemble des risques iatrogènes. Les membres de ce groupe de travail ont également estimé que cette enquête devrait être conduite sous le couvert de la loi de 1951. En effet, celle-ci garantit une confidentialité des données collectées auprès des établissements et favorise ainsi le déroulement dans la sérénité de ce type de démarches.

En outre, je précise que ce projet a été précédé d'une enquête exploratoire qui a été effectuée en Aquitaine à la fin 2002 et dont les conclusions méthodologiques ont été récemment publiées par la DREES. De plus, le recueil de données proposé se déroulerait dans des services de court séjour (médecine et chirurgie). L'échantillon de ces services serait constitué par tirage au sort et devrait comprendre près de 5 000 patients. Cet échantillonnage permettra également une comparaison entre les différentes catégories d'établissements (notamment selon leur type de financement ou les soins prodigués...).

M. de KERVASDOUÉ, Président

Pourquoi n'est-il pas prévu de mesurer le risque iatrogène importé ?

Mme CASES, DREES

Ce risque fait au contraire partie des indicateurs que nous mesurerons. L'enquête-pilote a d'ailleurs montré que ce risque est très élevé.

M. de KERVASDOUÉ, Président

Entre un quart et un tiers des admissions en urgences sont imputables au risque iatrogène.

Mme CASES, DREES

Notre enquête-pilote fait ressortir des chiffres plus élevés encore, ceci à l'échelle de l'hôpital dans son ensemble. Enfin, ce projet nous permettra de disposer de données de cadrage nationales très utiles.

M. de KERVASDOUÉ, Président

Cette étude me paraît extrêmement passionnante et importante. Par ailleurs, j'ai constaté que nombre de mes interlocuteurs tenaient les infections nosocomiales pour un phénomène nouveau. Il faudra donc leur expliquer que le risque iatrogène n'a rien de récent.

*La Formation accorde un **avis d'opportunité favorable** au projet d'enquête proposé.*

c. Enquête sur les urgences en ville

Mme CASES, DREES

Ce projet fait suite à l'enquête qui a été réalisée par la DREES auprès des usages des urgences hospitalières. Je rappelle que cette enquête comportait à la fois un questionnaire médical et un sondage auprès d'un échantillon d'usagers. Aujourd'hui, nous nous proposons d'étendre cette même approche à la médecine de ville, ce qui nous permettra de compléter notre information sur le recours aux urgences. Dans cette logique, nous interrogerons à la fois les médecins et ceux de leurs patients qui seront venus les consulter pour des problèmes d'urgence ou des soins non programmés. A cet égard, ce projet devra s'accompagner d'un important travail de conceptualisation et de réflexion sur la définition de la notion même d'urgence en ville. En outre, sachant que les informations de cadrage dont nous disposons ici sont moins fournies que dans le cas de l'hôpital, il est prévu de conférer une représentativité régionale à cette première phase d'enquête. De même, nous souhaitons associer à la préparation de l'enquête, voire à la collecte des données la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé.

Encore une fois, ce projet serait doublé d'une enquête auprès des usagers. Pour des raisons de coûts, nous aurions cependant recours à un échantillon représentatif au niveau national. Néanmoins, nous pourrions éventuellement prévoir des possibilités d'extension régionale.

Mme CHOIGNOT, UNIOPSS

Les médecins des centres de santé feront-ils partie de l'échantillon de l'enquête ?

Mme CASES, DREES

Ce point compte parmi les questions méthodologiques qu'il nous faudra résoudre lors de la préparation de l'enquête. Nous souhaitons que ces médecins participent à notre enquête mais nous devons au préalable vérifier la faisabilité de cette démarche.

*La Formation accorde un **avis d'opportunité favorable** au projet d'enquête proposé.*

d. Enquête « Prise en charge des toxicomanes »

M. NIEL, DREES

Jusqu'à présent, l'enquête que nous menions sur ce sujet intervenait tous les deux ans et se déroulait pendant une semaine sur la totalité des centres de prise en charge des toxicomanes. Les directives européennes nous ont demandé d'élargir le champ d'investigation de cette enquête, d'une part, aux alcooliques et, d'autre part, aux équipes de liaison hospitalière. Nous allons également adopter ici un nouveau mode de recueil, ceci afin d'aboutir à des données individuelles. Dans cet esprit, celles-ci seront désormais collectées tout au long de l'année sur un échantillon de centres.

Cette approche nous permettra de calculer la file active de ces centres, à savoir le nombre de personnes différentes qui sont prises en charge par ces derniers. Elle nous permettra également de mieux suivre la trajectoire des patients, notamment en termes de comportement et de consommation de drogues.

Mme CHOIGNOT, UNIOPSS

L'ANIT (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie) fera-t-elle partie du groupe de pilotage de cette enquête ?

M. NIEL, DREES

Je vous le confirme. Ce projet sera présenté aux associations concernées dans deux ou trois semaines. Cette présentation a déjà été effectuée auprès des administrations.

La Formation accorde un avis d'opportunité favorable au projet d'enquête proposé.

e. Enquête « Pathologies des personnes âgées résidentes des établissements »

Mme ROTH, DREES

Ce projet constitue un volet complémentaire de l'enquête EHPA, celle-ci concernant l'activité, le personnel et la clientèle des établissements qui s'adressent aux personnes âgées. Cette nouvelle enquête consiste à recueillir des données sur les pathologies que peuvent connaître les personnes vivant dans ces établissements. Ces informations compléteront celles dont nous disposons déjà sur les personnes âgées vivant à domicile. De plus, cette enquête sera menée début 2004 auprès de 10 000 résidents. Nous procédons actuellement aux tests qui nous permettront de préciser plus finement le champ de l'enquête. Enfin, les questionnaires devront être remplis par les médecins des structures concernées.

M. CUNEO, DREES

Je précise que Nicole Roth nous a récemment rejoints comme sous-directrice de l'observation de la solidarité.

La Formation accorde un avis d'opportunité favorable au projet d'enquête proposé.

f. Enquête sur le devenir des enfants en situation de handicap

Mme ROTH, DREES

Cette enquête doit fournir des informations sur la prise en charge des enfants en situation de handicap et nous aidera à reconstituer les trajectoires de ces derniers ainsi que leur histoire familiale. Elle nous permettra également de compléter les données dont nous disposons à partir de l'enquête HID et des collections départementales. Nous pourrons aussi mieux suivre les décisions prises par les CDDES et leurs effets. Cette enquête s'appuiera donc sur les dossiers des CDDES mais elle s'accompagnera également d'un questionnaire rempli par les familles. Ainsi, nous pourrons mieux évaluer leurs besoins et leur adhésion aux décisions rendues par ces commissions.

L'enquête portera sur un échantillon de 2 000 enfants et interviendra au cours du premier trimestre 2004.

Mme CHOIGNOT, UNIOPSS

La Commission d'observation du CNTPH est en passe de voir le jour et devrait se pencher sur des sujets qui rejoignent en grande partie ceux couverts par cette enquête. Est-il, par conséquent, prévu d'associer cette commission à ce projet ?

Mme ROTH

En l'état, la DREES travaille sur cette enquête avec la DGAS, le CTNERHI et les directions intéressées du Ministère de la Jeunesse l'Education nationale. Je ne sais pas quels contacts ont déjà été pris avec le CNTPH. Je vais cependant mentionner l'existence de cette commission à l'équipe en charge du projet.

La Formation accorde un avis d'opportunité favorable au projet d'enquête proposé.

M. de KERVASDOUÉ, Président

Nous parvenons au terme de nos travaux. Je vous remercie.

Le président lève la séance.

Adoption du compte rendu

Le présent compte rendu sera modifié en fonction des observations que vous voudrez bien faire parvenir au Secrétariat du CNIS avant le 8 septembre 2003. Ces modifications seront prises en compte dans le rapport annuel d'activité 2003.

DOCUMENTS PRÉPARATOIRES OU DISTRIBUÉS EN SÉANCE

Documents préparatoires

- Avis sur les programmes à moyen terme 1999-2003
- Projet de bilan du moyen terme 1999-2003
- Projets d'orientation des services pour le moyen terme 2004-2008
- Avis sur les programmes statistiques 2003
- Avant-projets de programmes statistiques 2004

Document distribué en séance

- Projet de mandat du groupe de travail sur « les enquêtes relatives à la santé »

AVIS D'OPPORTUNITÉ

- ❖ Enquête pilote SHARE - Panel européen Santé et vieillissement (CREDES)
- ❖ Enquête « estimation du risque iatrogène » dans les établissements de sante (DREES)
- ❖ Enquête sur les urgences en ville (DREES)
- ❖ Enquête « prise en charge des toxicomanes » - RECAP (DREES)
- ❖ Enquête « pathologies des personnes âgées résidentes des établissements (DREES)
- ❖ Enquête sur le devenir des enfants en situation de handicap (DREES)

Paris, le 16 juin 2003 - N° 213/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ
Enquête SHARE
(Panel européen santé et vieillissement)

Programme : 2003, 2004

Emetteur : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé (CREDES)

Au cours de sa réunion du 5 mai 2003, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) ou panel européen santé et vieillissement.

Cette enquête a pour objectif de mieux analyser les problèmes économiques et sociaux liés au vieillissement de la population en Europe. Elle examinera en particulier les interactions entre facteurs économiques, physiologiques, psychologiques et sociaux et permettra des analyses comparatives entre pays.

Ce projet fait l'objet d'un contrat entre le CREDES et la direction générale à la recherche de l'Union Européenne dans le cadre du 5eme PCRD, programme Quality of Life. Le projet prévoit, à terme, la réalisation d'une enquête longitudinale pérenne sur un panel de personnes âgées de plus de 50 ans dans neuf pays de l'Union Européenne (Allemagne, Belgique, Danemark, Espagne, France, Grèce, Italie, Pays-Bas et Suède) et la Suisse.

Parmi les thèmes abordés, on peut citer : la médecine (niveau de santé déclaré, fonctionnement physiologique et cognitif, attitude vis à vis de la santé, données bio-médicales, utilisation du système de santé), la psychologie (santé mentale, bien-être, satisfaction), l'économie (activités, caractéristiques du travail et pénibilité, histoire professionnelle, activités après la retraite, droits à la retraite, sources et composition du revenu, patrimoine et consommation), la sociologie (assistance intra-familiale, transferts de revenu et de patrimoine, réseaux sociaux, bénévolat, utilisation du temps).

L'enquête pilote aura lieu entre avril et juin 2004, auprès de 1 500 à 2 500 personnes âgées de 50 ans ou plus et leur conjoint. L'échantillon sera constitué des ménages dont l'un des membres au moins est assuré par l'une des trois principales caisses d'Assurance Maladie (CNAMTS, CANAM et MSA). La collecte sera menée en face à face par une société de sondage privée, en deux interviews de 100 minutes chacune environ. A terme, l'enquête en vraie grandeur sera menée sur un échantillon de l'ordre de 10 000 ménages par pays.

Le comité de pilotage est composé du CREDES, du CNRS (Centre national de la recherche scientifique), de la CNAV-TS (Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés), de l'INSEE, de l'INED (Institut national d'études démographiques), de l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale).

Les résultats de ce projet, y compris l'enquête elle-même, seront mis à disposition du plus large public sous les conditions légales et de confidentialité propres à chaque pays

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** à cette enquête.

Paris, le 16 juin 2003 - N° 209/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquête « estimation du risque iatrogène » dans les établissements de santé

Programme : 2003, 2004

Emetteur : Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité ; Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Au cours de sa réunion du 5 mai 2003, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête « Estimation du risque iatrogène » dans les établissements de santé.

Cette enquête a pour objectif d'évaluer l'importance des accidents iatrogènes graves rencontrés dans les établissements de santé, la part d'entre eux qui apparaît évitable et, pour les événements survenus lors de l'hospitalisation, les causes les plus fréquemment rencontrées. Elle s'inscrit dans le cadre d'un plan national de réduction du risque iatrogène.

Parmi les thèmes abordés, on peut citer : fréquence des accidents iatrogènes graves en médecine et chirurgie, avec une analyse en fonction des critères de gravité ; nombre et caractéristiques des patients concernés ; part des événements "importés" (c'est à dire survenus avant l'hospitalisation et à l'origine de celle-ci) ; part des accidents iatrogènes graves pouvant être considérés comme évitables ; pour les cas survenus pendant l'hospitalisation, analyse des causes notamment organisationnelles.

L'enquête aura lieu entre décembre 2003 et janvier 2004, et concernera environ 4 800 patients. La collecte sera réalisée par des enquêteurs médecins et infirmiers spécialement formés, auprès de patients hospitalisés dans des unités de soins tirées au sort sur une durée de 6 jours consécutifs.

Le comité de pilotage regroupe les trois principales fédérations hospitalières (FHF, FHP, FEHAP), des représentants des conférences de directeurs et de présidents de Commissions Médicales, des fédérations d'usagers, du Comité Technique National de lutte contre les Infections Nosocomiales, de l'Agence Française de Sécurité des Produits de Santé, de l'Institut national de Veille Sanitaire, de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, de la Direction de l'hospitalisation et de l'Organisation des Soins et de la Direction Générale de la Santé, de la mission nationale Iatrogénie et de la CNAMTS.

Les résultats seront publiés dans les publications de la DREES et présentés aux différents partenaires dans le cadre de séminaires et colloques spécialisés. La première publication devrait avoir lieu à l'automne 2004 dans la série « *Études et résultats* », sous la forme d'un texte de 6 à 8 pages.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** à cette enquête.

Paris, le 16 juin 2003 - N° 212/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquête sur les urgences en ville

Programme : 2004

Emetteur : Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité ; Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Au cours de sa réunion du 5 mai 2003, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête sur les urgences en ville.

Cette enquête se situe dans le cadre de la recherche d'une meilleure connaissance du traitement des urgences en France dans les établissements de santé puis en ville. Elle complète en effet l'enquête récemment réalisée auprès des usagers des unités d'accueil des urgences des établissements de santé.

Parmi les thèmes abordés, on peut citer : pour le questionnaire « médecins », caractérisation de l'urgence, conditions du contact, actes pratiqués, prescriptions, caractéristiques patients, diagnostic, circonstances et motifs du recours, devenir du patient ; pour le questionnaire « patients », thèmes, motif du recours, questionnement sur l'urgence, circonstances de manifestation du problème, motivation du choix de recourir au médecin, caractéristiques du patient.

L'enquête aura lieu en 2004. Sous réserve des conclusions du comité de projet qui sera mis en place, l'enquête devrait être réalisée par l'intermédiaire de 1 800 médecins pratiquant en ambulatoire, qui seront chargés de renseigner environ 50 000 fiches auprès de patients les consultant pour des urgences. L'enquête se poursuivra par un questionnaire téléphonique, passé par un prestataire, auprès de 3 000 patients ayant consulté les médecins précédents pour des urgences, afin notamment de déterminer les motivations de leur recours aux urgences en ville. Le renseignement de la fiche du patient par le médecin durera cinq minutes environ. La réponse au questionnaire téléphonique par chaque patient enquêté durera environ 20 minutes.

Le comité de pilotage sera composé de la DREES, des directions concernées du ministère, des experts, des représentants de la FNORS (Fédération nationale des observatoires régionaux de santé), des représentants des professionnels et des usagers.

Les résultats paraîtront sous forme de publications de la DREES, notamment *Études et résultats* et *Solidarité Santé*, et feront l'objet d'un séminaire d'information.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** à cette enquête.

Paris, le 16 juin 2003 - N° 211/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquête RECAP - Recueil Commun sur les Addictions et les Prises en charge (Enquête « prise en charge des toxicomanes »)

Programme : 2004 et suivants

Emetteur : Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité ; Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Au cours de sa réunion du 5 mai 2003, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête RECAP (Recueil commun sur les addictions et les prises en charge) ou enquête « prise en charge des toxicomanes ».

Cette enquête a pour objectif d'estimer le nombre et les caractéristiques des consommateurs de drogues accueillis par des structures et des professionnels susceptibles de leur offrir une prise en charge spécifique, afin de définir et d'évaluer les politiques publiques dans le domaine de la drogue. L'enquête permettra à la France de se rapprocher des directives européennes en matière de recueil de données sur la toxicomanie, ainsi que de répondre aux interrogations relatives au suivi des patients et à l'évolution de leur pratique.

Parmi les thèmes abordés, on peut citer : environnement familial, social et professionnel de l'usager ; motifs et produits à l'origine de la prise en charge (type de produit, fréquence et mode de consommation, dépendance) ; traitements de substitution ; sérologie à l'hépatite B ou C et au VIH.

L'enquête aura lieu en continu auprès d'un échantillon de centres des soins spécialisés en toxicomanie (CSST), en alcoologie (CCAA), équipes de liaison hospitalières (Hôpitaux), stratifié de façon à obtenir 10 000 patients sur une année. Une fiche à chaque visite d'un patient, pour un échantillon de patients du centre, sera remplie par les centres eux-mêmes.

Le comité de pilotage est composé de la Drees, l'Ofdt (Observatoire français des drogues et toxicomanies), la Dgs (Direction générale de la santé), la Dhos (Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), l'Anpa (Association nationale de prévention de l'alcoolisme), la Mildt (Mission interministérielle de lutte contre le drogue et la toxicomanie), l'InVS (institut de la veille sanitaire), l'Afssaps (Agence française de sécurité sanitaire et des produits de santé), l'hôpital Pitié-Salpêtrière, le groupe « IDI » (indicateurs de drogues illicites) regroupant diverses associations.

Les résultats nationaux estimés à partir de l'échantillon Recap seront publiés par l'Ofdt et la Drees dans leurs publications respectives. Les annuaires français et européens seront également renseignés.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** à cette enquête.

Paris, le 16 juin 2003 - N° 210/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquête « pathologies des personnes âgées résidentes des établissements »

Programme : 2004

Emetteur : Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité ; Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Au cours de sa réunion du 5 mai 2003, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête « pathologies des résidents en établissement ».

Cette enquête est complémentaire au volet sur la clientèle de l'enquête EHPA (établissements d'hébergement pour les personnes âgées). Elle permettra de repérer de façon synthétique la morbidité diagnostiquée de la population âgée vivant en institution. Elle répond notamment à une recommandation du rapport du CNIS sur « La connaissance statistique de l'état de santé de la population » quant aux besoins d'information sur la santé des personnes vivant en institution médico-sociale ou hospitalisées en long séjour.

Parmi les thèmes abordés, on peut citer : les pathologies, regroupées dans une dizaine de grands groupes, y compris « troubles du comportement » et « syndromes démentiels » ; Degré de gravité en trois niveaux ; quelques questions sur la dépression.

L'enquête aura lieu en février 2004, auprès de 10 000 résidents tirés au sort dans leur établissement : unités de soins de longue durée, maisons de retraite, logements-foyers, établissements d'hébergement temporaire. Le questionnaire sera rempli par un médecin rattaché à l'établissement.

Le comité de pilotage comprend des représentants des diverses Fédérations ou Associations ou Unions d'établissements d'hébergement pour personnes âgées, de plusieurs directions du Ministère des Affaires Sociales (Direction générale de l'action sociale, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Direction générale de la santé, Direction de la sécurité sociale), de plusieurs bureaux du Ministère de l'Équipement et du Logement, de la CNAV (Caisse nationale d'assurance vieillesse) et des statisticiens régionaux (en DRASS).

Les résultats seront diffusés dans les publications de la Drees et présentés aux différents partenaires lors de séminaires spécialisés. La première publication devrait avoir lieu début 2005 dans la série « *Études et Résultats* », sous la forme d'un texte de 6 à 8 pages.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** à cette enquête.

Paris, le 16 juin 2003 - N° 208/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquête sur le devenir des enfants en situation de handicap

Programme : 2004

Emetteur : Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité ; Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées ; Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Au cours de sa réunion du 5 mai 2003, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête sur le devenir des enfants en situation de handicap.

Cette enquête a pour objectif de fournir des informations détaillées sur la prise en charge des enfants en situation de handicap, et de pouvoir reconstituer des trajectoires. Elle s'inscrit dans la lignée de travaux menés conjointement par la DREES, la DGAS (Direction générale de l'action sociale) et le ministère de la Jeunesse, de l'Éducation Nationale et de la Recherche sur la question de la scolarisation des enfants handicapés. Les résultats auront notamment vocation à alimenter les réflexions du Conseil National Consultatif des Personnes Handicapées, de la Délégation Interministérielle aux Personnes Handicapées et de l'ensemble des partenaires institutionnels et associatifs dans le champ du handicap.

Parmi les thèmes abordés, on peut citer : « handicap » de l'enfant et son évolution ; ensemble des prises en charge, y compris dans leur dimension historique ; grands descripteurs socio-démographiques ; scolarité.

L'enquête aura lieu début 2004, auprès de 3 000 enfants de trois générations qui sont passés devant une CDES (Commission départementale de l'éducation spéciale). Le questionnaire comportera un volet à remplir auprès des CDES par une dizaine de CREAL (Centre régional pour l'enfance et l'adolescence inadaptées), et un volet destiné aux familles, rempli en face à face par un enquêteur. Le volet qualitatif sera complété, sur un sous-échantillon d'environ 200 enfants, d'entretiens semi-directifs auprès des familles.

Le comité de pilotage sera composé de représentants de la Direction de l'évaluation et de la prospective et de la Direction de l'enseignement scolaire du ministère de la Jeunesse, de l'Éducation Nationale et de la Recherche, de représentants de CDES, de représentants de DDASS (Direction départementale de l'action sanitaire et sociale), et de représentants du CTNERHI (Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur le Handicap et les Inadaptations). La participation à ce comité de pilotage d'associations de familles sera également recherchée.

Toutes les publications issues de cette enquête seront accessibles via Internet, et feront l'objet d'une large diffusion, et de présentations, lors de séminaires par exemple, aux partenaires institutionnels et associatifs.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** à cette enquête.