

Formation SANTÉ, PROTECTION SOCIALE

Réunion 1^{er} juin 2004

Compte rendu de l'examen des avant-projets
de programmes statistiques 2005

PROJETS D'AVIS	2
LISTE DES SERVICES PRODUCTEURS	4
COMPTE RENDU DE LA RÉUNION	5
LISTE DES DOCUMENTS PRÉPARATOIRES OU DISTRIBUÉS EN RÉUNION.....	25
AVIS D'OPPORTUNITÉ	26

PROJET D'AVIS

proposé par la formation Santé, protection sociale le 1^{er} juin 2004

1. Le Conseil souligne la nécessité de développer le **système d'information sur les déterminants des états de santé** et suivra en particulier avec intérêt la mise en place de l'enquête sur la santé et les itinéraires professionnels.

2. Le Conseil soutient les efforts de l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé, anciennement CreDES) en vue de définir les conditions de mise en place d'un **système d'information public sur la médecine de ville**.

3. Le Conseil souhaite que tous les efforts soient faits pour que le **Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie** (SNIIRAM) soit rapidement utilisable à des fins statistiques.

4. Le Conseil renouvelle sa demande pour mettre en place au niveau européen de nouveaux outils d'observation des itinéraires migratoires des ressortissants des pays membres et des pays tiers et assurer une **meilleure information sur les étrangers**, notamment en situation irrégulière, leurs conditions de vie et leur état de santé.

5. Le Conseil soutient la réflexion engagée par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) sur la question des **territoires pertinents pour l'action sociale**. Il souhaite être informé des travaux menés en collaboration notamment avec la Drees et le ministère de l'équipement pour mettre en place un système d'informations partagées.

6. Le Conseil salue la mise en place par l'Insee de la **Base permanente d'équipements** réalisant un inventaire des équipements des communes à partir de sources administratives ; cet outil sera particulièrement utile pour analyser et évaluer l'offre dans le secteur de la santé et du social. Il souhaite être informé de l'état d'avancement de ces travaux.

7. Le Conseil renouvelle son intérêt pour la mise en place d'un **système raisonné d'indicateurs de performance des établissements hospitaliers** utile pour l'information des usagers et des professionnels et indispensable à l'évaluation des programmes gouvernementaux.

Par ailleurs, la formation s'associe au projet d'avis émis le 25 mai 2004 par la formation démographie, conditions de vie :

Le Conseil souhaite que les opérations prévues par l'Observatoire national de la Délinquance, le Ministère de la Justice, la Drees et l'Insee permettent d'améliorer la **connaissance statistique des phénomènes de violence et de délinquance**.

LISTE DES SERVICES PRODUCTEURS

ayant présenté un programme statistique à la formation Santé, protection sociale
réunie le 1^{er} juin 2004

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

Irdes (ex Credes)

Insee -Direction des statistiques démographiques et sociales

Département de la démographie

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

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, ET DE LA PROTECTION SOCIALE

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

MUTUALITÉ SOCIALE AGRICOLE (MSA)

**COMPTE RENDU DE LA RÉUNION DE LA
FORMATION SANTÉ, PROTECTION SOCIALE**
- 1^{er} juin 2004 -

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 la santé, et de la protection sociale, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

RAPPEL DE L'ORDRE DU JOUR

Introduction (M. Jean de Kervasdoué)	6
I. Suivi des avis donnés sur le programme 2004, première année d'exécution du moyen terme (Philippe Cunéo).....	7
II. Examen des avants-projets de programmes statistiques pour 2005	
1. Exposé synthétique (Philippe Cunéo).....	11
2. Débat	12
III. Les travaux du groupe de travail « Médicament »	13
• Présentation des travaux du groupe (Claude Gissot)	
• Introduction au débat (Philippe Nasse)	
• Discussion	
IV. Point d'information sur le projet d'enquête sur les enfants	20
V. Examen des projets d'enquête pour avis d'opportunité	
• Enquête violences et santé (Nicole Roth).....	20
• Enquête auprès des usagères des maternités (Chantal Cases)	22
VI. Présentation d'une demande d'accès à des données au titre de l'article 7bis.....	23
VII. Projets d'avis de la formation (Carla Saglietti)	23

LISTE DES PARTICIPANTS

M.	BICHOT Jacques	Professeur des universités
M.	BOURHANE Abdahllal	Préfecture de Paris
M ^{me}	CASES Chantal	Min. santé et protection sociale - Drees
M ^{me}	CAVALIN Catherine	Min. santé et protection sociale - Drees
M ^{me}	CHAMBET-ROSSET Marie-Christine	Secrétariat du Cnis
M.	CUNÉO Philippe	Min. santé et protection sociale - Drees
M.	DE KERVASDOUÉ Jean	Cnam
M ^{me}	FARDEAU Michèle	Inserm
M.	FOULON Daniel	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
M.	GISSOT Claude	Min. santé et protection sociale - Drees
M ^{me}	GUILLEMIN Marie-Aleth	Direction générale de la santé
M ^{me}	LE CORRE Valérie	CCMSA

M ^{me}	LEFEVRE Cécile	Ined
M.	LENORMAND François	CnamTS
M.	LUBINEAU Christian	Min. équipement, transports, logement, tourisme et mer
M ^{me}	MADELIN Virginie	Cnaf
M ^{me}	MERMILLIOD Catherine	Min. santé et protection sociale - Drees
M ^{me}	MEYER Christine	FNMF
M ^{me}	MORNET Laurence	IAAT
M.	NASSE Philippe	Conseil de la concurrence
M ^{me}	OUVRE Brigitte	Secrétariat du Cnis
M ^{me}	PARAYRE Claudine	Direction générale de la santé
M ^{me}	PINTEAUX Anne	Institut de veille sanitaire
M.	POUBELLE Vincent	CNAVTS
M.	PUIG Jean-Pierre	Secrétaire général du Cnis
M ^{me}	REIGNIER Elisabeth	Insee
M.	RIANDEY Benoît	Ined
M ^{me}	ROTH Nicole	Min. santé et protection sociale - Drees
M.	ROUSSET David	CGT-FO
M ^{me}	SAGLIETTI Carla	Secrétaire générale adjointe du Cnis
M.	SLAMA Raphaël	Direction générale de la santé
M.	VENTELOU Bruno	Observatoire régional de santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur

Absents excusés :

M ^{me}	ARTIGUEBIEILLE Jacqueline	Comité du label
M ^{me}	BOURDHIL Annie	Assistance publique hôpitaux de Paris
M ^{me}	DOUSSIN Anne	Irdes
M ^{me}	GUICHARD Diana	Comité du label
M.	ROSENKIER Alain	CNAVTS - Direction des recherches sur le vieillissement
M ^{me}	TOURNE Michèle	CNAV

Introduction

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Je vous remercie d'avoir accepté de prendre part à cette réunion. Je souhaite, en propos introductif, remercier la Drees de la qualité des travaux que nous réalisons en commun depuis plusieurs années. L'ordre du jour de notre séance étant chargé, je vais immédiatement céder la parole à Philippe Cunéo.

Philippe CUNEO, Drees

Je vous remercie, Monsieur le Président. J'interviendrai, en premier lieu, sur le bilan des avis donnés sur le programme de travail pour 2004. Puis je présenterai rapidement la synthèse des projets de programme pour l'année 2005. Je souhaite préalablement préciser que la formation est, à l'image de l'année passée, confrontée à une situation budgétaire relativement délicate, au moins pour les administrations. Nous avons enregistré, l'année passée, plusieurs gels importants de crédits et de nombreux reports de crédits. Nous disposons de trois semaines pour engager un montant significatif de crédits. Nous avons appris vendredi dernier le gel de l'intégralité des reports de crédits qui s'ajoute au gel d'une partie de la loi de finances 2004. Vous constatez la très grande difficulté à laquelle nous sommes désormais confrontés. Je tenais à en informer les membres de la formation. Cette situation n'est pas sans effet sur le bilan de l'année 2004 et sur les projets de l'année 2005.

I - Suivi des avis donnés sur le programme à moyen terme

Philippe CUNEO, Drees

Le premier avis concerne les suites à donner au rapport du Cnis « Connaissance statistique de l'état de santé de la population ». Le Conseil avait souligné l'importance de suivre avec attention les travaux de refonte du système d'enquêtes Santé de la population dans le cadre de la future enquête européenne. Nous avons préféré attendre l'automne pour lancer ce groupe de manière à bénéficier des premiers résultats de l'enquête décennale en santé. Elle est achevée et les bases viennent d'être mises à la disposition des partenaires. Nous pouvons donc regarder le résultat de l'appariement entre les questionnaires validés au niveau européen sur l'appréhension de l'état de santé de la population et les bases de l'assurance maladie. Ceci est très important et structurant pour la réflexion sur le système des enquêtes santé et c'est la raison pour laquelle nous avons décidé de reporter à l'automne la mise en place d'un groupe de réflexion. Le Conseil avait également approuvé la mise en œuvre d'un dispositif d'observation de la santé dans le cadre des soins délivrés par la médecine de ville. Nous reviendrons sur ce point dans le cadre de la présentation des travaux du groupe « Médicament ». Nous reviendrons également sur le projet d'analyse de l'Irdes (ex Credes) concernant la mise en place d'un système public d'informations sur ces questions. Le Conseil avait enfin encouragé la mise en œuvre d'une enquête sur les liens entre la santé, les conditions de travail et les parcours professionnels pour l'ensemble de la population. Nous avons travaillé avec la Dares, l'InVS et le Centre d'étude de l'emploi sur l'éventuelle nécessité d'une opération sur l'étude des rapports entre la santé des populations et leur parcours professionnel à travers l'ensemble des entreprises qu'ils sont amenés à fréquenter. Nous estimons que les réponses aux questions que nous nous posons devront avoir trouvé réponse avant l'été prochain et nous envisageons de proposer le lancement de cette opération « santé et itinéraire professionnel » lors de la réunion inter-formation de l'automne prochain.

Nous avons rappelé, par le troisième avis, le rôle des recommandations du groupe de travail dédié au Médicament. Ce point étant inscrit à l'ordre du jour de la présente séance, je ne m'y étendrais pas.

Le quatrième avis concerne le soutien apporté par le Conseil à la mise en œuvre du Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM). Les deux premiers datamarts seront ouverts aux utilisateurs en 2004. Ils concernent les dépenses de santé et l'offre de soins. Les travaux de mise en place d'un échantillon permanent de bénéficiaires de l'assurance maladie se poursuivent.

Le cinquième avis porte sur le suivi des phénomènes migratoires. Le principal objet de notre attention, au cours des derniers mois, a été la mise en place de l'Observatoire de l'immigration et de l'intégration, dans le cadre du Haut conseil de l'intégration.

Le sixième avis concerne l'engagement d'une réflexion approfondie sur la connaissance des situations de violence, en particulier concernant les violences subies par les enfants, les personnes âgées et les personnes vivant en institutions. Nous reviendrons au cours de la réunion sur le projet d'enquête « violences et santé » réalisé par l'Insee en collaboration avec la Drees.

Le septième avis portait sur un meilleur suivi des phénomènes de discrimination. Des travaux d'exploitation ont été menés, l'an passé, sur l'enquête « histoire de vie » réalisée par l'Insee. L'Insee envisage une nouvelle opération à la suite de cette enquête et de l'enquête MGIS.

Le huitième avis concerne la mise en place d'une cohorte d'enfants. Actuellement, nous suivons les enfants à l'intérieur d'un ménage, mais nous ne les suivons pas s'ils changent de ménage, situation de plus en plus fréquente. L'idée est de suivre des enfants, de la naissance et pendant assez longtemps, pour voir comment se développe leur histoire de vie. L'Ined et l'Inserm soutiennent ce projet de cohorte, et l'Insee réfléchit à la réalisation d'une enquête transversale.

Le neuvième avis concerne le suivi des conditions de vie des personnes âgées. Deux projets ont été programmés en ce sens. Le premier est l'enquête de la Drees auprès des établissements d'hébergement pour les personnes âgées, en cours de réalisation. Je rappelle que cette enquête était planifiée de longue date, donc bien avant la canicule de l'été dernier. Les établissements sont intéressés par notre enquête, mais ils ont du mal à retourner les questionnaires renseignés. Le second projet est celui de l'Irdes sur la santé, les retraites et le vieillissement en Europe, Share.

Concernant le dixième avis relatif aux travaux qui ont été menés sur les professions sociales, nous n'avons enregistré que peu de résultats tangibles, en particulier de la part de la Drees. Nous avons néanmoins commencé de travailler avec la Dares et l'Insee à l'utilisation ou à l'élargissement d'outils statistiques existants, comme l'enquête emploi en continu, les DADS, l'enquête coût de la main d'œuvre, les enquêtes Acemo.

La onzième recommandation porte sur la mise en place d'outils d'observation des consommations alimentaires de la population. L'InVS et l'Agence française de Sécurité sanitaire des Aliments ont travaillé à la mise en œuvre de l'enquête INCA2. Je rappelle que cette enquête prévoyait des examens de santé. Il a été difficile d'obtenir les échantillons de personnes acceptant de s'y soumettre. L'InVS et l'Agence française de Sécurité sanitaire des Aliments travaillent à la définition d'un nouveau protocole permettant la mise en œuvre de l'enquête.

La douzième recommandation concerne les travaux réalisés dans les comptes nationaux pour améliorer le suivi et la connaissance de la formation des prix dans le domaine de la santé. L'année dernière, de manière à bénéficier d'un traitement relativement satisfaisant de la mise en œuvre des 35 heures à l'hôpital, la Drees a utilisé les informations sur l'activité hospitalière pour avoir un meilleur partage entre le prix et les volumes de cette activité.

La treizième recommandation concerne la nécessité d'une information territorialisée et cohérente sur le plan national dans le domaine de la santé et de la protection sociale. La Cnaf a mis ce thème au cœur de son programme de travail. Citons également les travaux menés actuellement par l'Insee sur la base permanente des équipements, et les différents travaux qui sont menés sur « indicateurs et territoires » ou sur des indicateurs territorialisés dans le domaine sanitaire.

Le dernier avis du programme à moyen terme évoque la constitution d'un dispositif d'indicateurs de performance hospitalière. Plusieurs projets sont à l'étude, parmi lesquels figure le projet Compaq. Ce projet est soutenu par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS). Citons également le projet Intec de la Drees mené par les CHU de Rouen et de Nantes. L'OMS soutient elle aussi un projet. Pour le moment, ces projets n'en sont qu'à un stade expérimental. Ils tendent au même objectif, c'est-à-dire la création d'indicateurs de performance qui ne sont pas limités à la qualité hospitalière, mais qui portent également sur l'efficacité économique, l'état des relations sociales au sein des établissements ou la capacité à y mettre en œuvre le changement. Le Ministre de la santé et de la protection sociale a récemment annoncé la mise en œuvre de travaux en ce sens.

J'attire, par ailleurs, votre attention sur trois autres points. Le premier concerne l'assurance maladie complémentaire, domaine sur lequel la mutualité française nous reproche de ne pas suffisamment progresser. Que ses représentants soient ici rassurés : nous progressons ! Cela n'a pas été sans difficulté. Nous avons lancé, cette année, une enquête sur l'assurance maladie complémentaire auprès des institutions de prévoyance, des mutuelles et des sociétés d'assurance. Je ne vous cache pas la difficulté d'un certain nombre d'entreprises à nous répondre. Autre point, le Conseil avait exprimé sa préoccupation sur le fait que les différentes lois sur la décentralisation perturbent le suivi, sur le plan national, des principaux dispositifs. En partenariat avec la Cnaf, nous avons institué un système de remontée d'informations par internet, des conseils généraux vers les Préfets et la Drees, pour le RMI et le RMA. Le dernier point concerne la meilleure connaissance des retraites. Nous devrions avoir à l'automne, grâce à l'échantillon inter-régimes de cotisants, des informations sur les droits à la retraite acquis par des salariés qui sont encore en activité. Ceci permettra d'anticiper les effets de la réforme des retraites.

Débat

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Je vous remercie. Souhaitez-vous commenter ces avis ?

Nicole ROTH, Drees

Concernant la meilleure connaissance des retraites, je précise que nous mettons en œuvre un suivi des remontées des données de retraite facultative, en particulier concernant les dispositifs d'épargne de retraite supplémentaire récemment créés. Nous sommes en train d'élaborer un dispositif de suivi

sous forme d'un décret qui concernerait notamment les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Si j'ai bien compris le propos de M.Cunéo, la régionalisation dans le domaine de la santé n'est pas encore prévue.

Philippe CUNEO, Drees

Ce n'est pas exactement ce que j'ai dit. Nous ne rencontrons pas, en matière de santé, de difficultés similaires à celles qui sont provoquées dans le domaine social. Je vous rappelle, à titre indicatif, que le dispositif du RMI ayant été décentralisé, il a fallu faire preuve de vigilance pour garantir les remontées d'informations au niveau national. S'agissant de la santé, il n'existe pas de dispositifs qui cesseraient de remonter sur le plan national. Il s'agit plutôt d'essayer de déconcentrer l'information existante. Dans le cadre des indicateurs de la loi de santé publique, nous travaillons à définir des indicateurs disponibles non seulement au niveau national mais aussi sur le plan régional.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

J'ai passé quasiment l'année à tenter de reconstituer des comptes régionaux et des statistiques régionales. Il est possible, je puis en témoigner, de déterminer approximativement, à 5 ou 10% près, les dépenses de santé et d'assurance maladie par région. En matière d'économie de la santé, nous connaissons fort bien les moyens de production. Nous ne connaissons pas, en revanche, l'état des comptes. Nous ne connaissons notamment pas les dépenses de santé par habitant et par région en France.

Philippe CUNEO (Drees)

Je pensais en parler dans les projets d'études sur des bases existantes. Il n'existe pas de difficultés supplémentaires posées par la décentralisation, qui ne se déploie pas de la même manière sur le plan sanitaire et sur le plan social.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Concernant les créations d'emploi, il est très vraisemblable que les dépenses de santé constituent un remarquable amortisseur économique et social. Autant nous connaissons bien le nombre de créations d'emploi en matière de professions libérales, autant il est pratiquement impossible de les connaître pour le personnel hospitalier.

Bruno VENTELOU, ORS PACA – Inserm

Nous bénéficions d'informations sur les dépenses de santé dans six régions grâce au sur-échantillon de l'enquête décennale santé. En revanche, les observatoires régionaux de santé n'ont pas systématiquement accès aux données de registre des Cram. Concernant l'offre de soins elle-même, nous pouvons bénéficier d'observations sur la médecine libérale. L'intérêt porté à l'hôpital par les ORS reste, en revanche, relativement limité.

Philippe CUNEO, Drees

La mise en œuvre de la T2A aura certainement un impact en matière d'information, et permettra une connaissance plus détaillée notamment des dépenses.

Christine MEYER, FNMF

Nous devons distinguer ce qui peut être reconstitué des dépenses des différents organismes d'assurance maladie et ce qui serait les dépenses de santé. Le SNIIRAM permettra d'améliorer la connaissance des dépenses remboursées selon les régions. Le bilan ne serait pas aussi bon sur les dépenses de santé et l'on doit se poser la question de la mise en place d'un dispositif d'analyse régionale de ces dépenses. L'écart entre les dépenses engagées par les assurés sociaux et les

usagers et celles qui sont payées par les régimes se creuse. Il faut s'interroger sur ces écarts et leur évolution qui est différente selon les postes de l'assurance maladie.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Nous avons des informations très détaillées du fait du PMSI hospitalisation (programme de médicalisation des systèmes d'information), nous en avons également sur les professions libérales de santé. Mais nous manquons cruellement d'informations en matière d'emploi et de dépenses des établissements de soins. C'est vrai aussi pour les dépenses de ville. Il est important de savoir ce qu'on entend par régionalisation. Nous devons savoir si, dans les deux ou trois prochaines années, nous disposerons de comptes de la santé et de l'assurance maladie par région, et si nous aurons une idée assez juste du lien entre santé, économie et territoire. Nous devons travailler collectivement.

Philippe CUNEO, Drees

Le projet des échantillons de bénéficiaires de l'assurance maladie devrait apporter une information complémentaire sur le plan régional à celle dont nous disposons déjà sur le plan national à travers l'EPAS (échantillon permanent d'assurés sociaux de l'assurance maladie). D'autre part, la question des organismes complémentaires reste posée. La loi doit prévoir des aménagements à ce sujet.

François LENORMAND, CnamTS

Deux problèmes se posent au sujet de la connaissance des dépenses de l'assurance maladie au niveau régional. Je pense que ces dépenses sont relativement bien connues à un niveau géographique assez fin. Cette connaissance devrait être suffisante dans le cadre du SNIIRAM. En revanche, il subsiste un problème concernant l'hôpital. La dépense d'assurance maladie est connue dans l'optique des producteurs de soins mais pas dans celle des consommateurs de soins hospitaliers. Nous ne connaissons pas précisément le degré de consommation des patients qui sont hospitalisés dans une région donnée. Nous connaissons les dépenses des hôpitaux pour une clientèle dont on peut penser qu'elle est à la fois régionale et inter régionale.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

La T2A répondra à ce dilemme dans la mesure où elle associera l'origine géographique des malades aux tarifs. Nous devrions ainsi pouvoir reconstituer des comptes réels. Ceci étant dit, je m'étonne que l'on puisse affirmer que la connaissance des dépenses de médecine libérale en ville est d'un niveau satisfaisant. On connaît bien les dépenses d'assurance maladie par caisse primaire, mais les dépenses de médecine libérale ne sont pas parfaitement bien connues, on peut les estimer à 5% près.

François LENORMAND, CnamTS

Concernant le régime général, la dépense de l'assurance maladie est connue par bénéficiaire au niveau local et surtout par département du bénéficiaire.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Oui, mais il n'existe pas que le seul régime général !

François LENORMAND, CnamTS

Nous connaissons, dans tous les cas de figure, le lieu de résidence des assurés.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Mais personne ne s'occupe de recueillir les données, de reconstituer les comptes et de s'assurer qu'il n'y a pas d'erreur. Personne ne reprend les comptes de la médecine libérale par département.

François LENORMAND, CnamTS

Grâce au SNIIRAM, toutes les données seront disponibles par département de résidence des assurés et par zone de production des professionnels de santé ou des établissements. Le datamart « dépenses de santé » sera ouvert aux utilisateurs au cours de l'année 2004.

Philippe CUNEO, Drees

En revanche, le codage des pathologies en ville ne sera pas réglé avant un certain temps.

Christine MEYER, FNMF

Le SNIIRAM permettra effectivement de reconstituer les dépenses présentées au remboursement de tous les régimes d'assurance maladie. Nous ne connaissons pas les dépenses de santé non présentées au remboursement, qui varient certainement selon les régions. Je pense qu'il devient opportun de bâtir un modèle de recueil de données spécifiques.

Philippe CUNEO, Drees

Vous bénéficierez, tout de même, des résultats de l'enquête santé, avec l'extension sur certaines régions.

II - Examen des avants projets de programmes statistiques**Exposé synthétique****Philippe CUNEO, Drees**

Concernant la Caisse nationale d'allocations familiales, les deux principaux projets portent sur la fin de l'année 2004 et sur le début de l'année 2005. Il s'agit respectivement du suivi de la réflexion sur les territoires pertinents et de la mise en œuvre du RMA et de la Paje (prestation d'accueil du jeune enfant), avec des enquêtes auprès des bénéficiaires.

Pour la Caisse nationale de l'assurance maladie, les deux projets concernent la poursuite du SNIIRAM et de la mise en place de l'échantillon des bénéficiaires de l'assurance maladie. Ces deux lourdes opérations requièrent une mobilisation importante.

A la Caisse nationale d'assurance vieillesse, deux opérations statistiques sont en cours. La première concerne la poursuite de l'exploitation du SNSP, système d'information sur les retraités, de manière à suivre la mise en place de la réforme. La deuxième concerne la participation à l'EIC, échantillon inter régimes des cotisants.

Pour l'Irdes (ex Credes), quatre opérations peuvent être citées. La première est une réflexion sur l'intérêt de mettre en place un système d'information public sur la médecine de ville. Vous devez savoir qu'il existe déjà un certain nombre de systèmes mis en œuvre par des entreprises privées. La question se pose de savoir s'il est opportun de se doter d'un tel l'outil, non plus privé mais public. La deuxième opération porte sur la poursuite de l'enquête Share relative au vieillissement et à ses conséquences sur la santé. La troisième opération concerne l'appariement de l'enquête SPS avec l'échantillon permanent d'assurés sociaux de l'assurance maladie. La quatrième opération concerne la réflexion sur le suivi des indicateurs régionaux ou localisés et la poursuite du projet Eco-Santé.

S'agissant de l'Insee dont certains travaux ont déjà été présentés au sein d'autres formations du Cnis, citons les travaux sur l'immigration et, notamment, la préparation d'une nouvelle enquête. Le deuxième projet concerne la base permanente des équipements. Elle vise, à partir du plus grand nombre de fichiers possibles, à localiser les différents équipements qui sont disponibles sur le territoire. Je ne vous cache pas l'impatience de la Drees de disposer de cet outil. Le troisième élément concerne l'enquête « violences et santé » qui fera l'objet d'une présentation particulière au cours de la présente réunion. Le quatrième élément concerne le projet d'enquête « générations et genre ». Ce projet européen vise à mieux appréhender le suivi des comportements démographiques. Le cinquième élément concerne la réflexion sur la mise en œuvre d'un système d'enquête ou de cohorte sur les enfants. Ce point a déjà été évoqué.

Je parlerai enfin du programme de travail de la Drees et du Ministère. J'ai déjà précisé que le groupe de travail « Refonte des enquêtes de santé » serait mis en place dès l'automne prochain. La Drees

poursuivra les cycles d'enquête en milieu scolaire. Nous participons, avec le Centre d'étude sur l'emploi, la Dares et l'Insee, à l'engagement d'une enquête sur les liens entre la santé et les itinéraires professionnels. Nous travaillons, avec la Fédération nationale des Observatoires régionaux de santé, au déploiement d'une enquête sur les « urgences en ville ». Nous préparons une enquête auprès des « usagères » des maternités, et une nouvelle enquête sur les établissements d'hébergement des personnes en situation d'urgence et de précarité. A la fin de l'année 2004, nous envisageons de mettre en œuvre une enquête sur les événements indésirables graves hospitaliers, appelés aussi risques iatrogènes. Je précise également que nous entendons poursuivre la refonte des enquêtes menées auprès des écoles de formation des professions de santé et les travaux sur la démographie des professions de santé dans le cadre de l'Observatoire. Si nous parvenons à débloquer les crédits nécessaires, nous espérons mettre en œuvre une enquête sur la prise en charge des patients cancéreux, et également sur les personnes bénéficiant des congés de paternité ou de maternité. La dernière enquête que nous envisageons concerne les enfants qui sont passés en CDES (commission départementale de l'éducation spéciale).

Débat

Christine MEYER, FNMF

Je déplore la trop grande rapidité de cet exposé et je note que certains des aspects contenus dans [le document](#) qui nous a été remis n'ont pas été évoqués. Une proposition notamment est formulée à la page 33, concernant le modèle de conjoncture des dépenses d'assurance maladie. Il n'a échappé à personne que nous sommes actuellement engagés dans une phase de réforme du système de santé et d'assurance maladie. Cette réforme risque d'avoir pour conséquence de transférer certaines dépenses vers les usagers, que cela prenne la forme d'une dépense partiellement non-remboursable ou d'une modification des remboursements de l'assurance maladie. La formation « Santé et protection sociale » peut-elle s'interroger sur l'opportunité de créer un véritable outil d'évaluation des politiques financières en matière de prise en charge de la santé et de l'assurance maladie ? Cette création doit-elle intervenir dans le cadre d'un modèle conjoncturel ou dans le cadre d'un autre dispositif statistique ? En nous appuyant sur le SNIIRAM et sur d'autres outils, nous devons pouvoir bénéficier d'un dispositif permettant de mesurer finement les évolutions de la dépense remboursée, de la dépense remboursable et du reste à charge réel des assurés sociaux, afin d'intervenir sur l'évolution de la dépense de santé.

Philippe CUNEO, Drees

C'est une idée dont nous pourrions discuter et je propose d'associer l'assurance maladie à nos réflexions.

Bruno VENTALOU, ORS PACA - Inserm

Le document, à la page 34, fait allusion à un modèle qui permettrait peut-être de répondre au besoin exprimé par Christine Meyer.

Philippe CUNEO, Drees

Ce modèle est un outil différent. Il cherche, à partir des différents systèmes d'information, en particulier les bases fiscales, à observer l'articulation des différents revenus de prestations des ménages, et en particulier les conséquences que peut avoir la modification d'une prestation sur les revenus. Le projet qu'évoque Christine Meyer permet de voir ce qui pourrait se passer sur la dépense de santé, par exemple en cas d'évolution du ticket modérateur ou du partage entre l'assurance de base et l'assurance complémentaire.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Je ne peux qu'apporter mon soutien à cette idée. Le suivi des statistiques mensuelles de la Cnam, auxquelles nous nous référons tous, n'est pas suffisant. Nous devons imaginer un autre outil que celui-là. Il pourrait être complété par une connaissance partagée et publique du financement de l'assurance maladie, en particulier concernant les impôts sur le tabac et l'alcool et leur reversement. J'insiste sur le caractère central de ce sujet. Dois-je vous rappeler qu'il est possible de faire évoluer

les comptes en modifiant les taux de transfert sans que personne ne s'en rende compte ? Une partie du financement de l'assurance maladie se caractérise par son instabilité et par son ésotérisme.

Christine MEYER, FNMF

Dans le document qui nous a été transmis, vous évoquez certains sujets concernant l'assurance maladie complémentaire, en notant qu'ils seront traités en lien avec l'Irdes. Je vous demande de ne pas vous limiter à un tel rapprochement mais d'associer à vos travaux les partenaires de l'assurance complémentaire. En effet, il est particulièrement important de dialoguer avec les professionnels du secteur.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

J'ai parfaitement conscience de la qualité des travaux de l'Irdes et de ceux des professionnels du secteur.

Philippe CUNEO, Drees

Nous travaillons très bien avec les professionnels du secteur.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Si vous ne souhaitez pas ajouter de commentaires, je vous propose de passer au point suivant de l'ordre du jour. Avant cela, je précise que la proposition de Madame Meyer a été inscrite au procès-verbal de la séance. Je note également que la Drees s'est engagée à travailler en partenariat sur ce point avec la Fédération nationale de la Mutualité française. Je souhaite que nous nous réunissions avant la prochaine séance de travail de la Formation à ce sujet. Nous pourrions notamment imaginer de tenir une réunion intermédiaire.

III - Travaux du groupe de travail « Médicament »

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Je cède la parole à Claude Gissot. Il va nous présenter les travaux du groupe « Médicament ».

Présentation des réflexions du groupe de travail

Claude GISSOT, Drees

Je vous remercie, Monsieur le Président. Je vais vous présenter l'état actuel des travaux du groupe de travail « Médicament ». Nous devons tenir une réunion au cours des prochains jours. Le rapport final du groupe de travail vous apportera des informations plus complètes que celles qui vont vous être présentées dans un instant. Le groupe de travail poursuit l'objectif d'établir un état des lieux des sources aussi précis et critique que possible. Cet état des lieux a pour but de déterminer les manques et d'élaborer des préconisations sur l'amélioration de la couverture et des conditions d'accès et de diffusion. Notre méthode de travail s'appuie sur une grille d'analyse issue des travaux de l'Irdes et sur des réunions de travail bilatérales entre la Drees et le producteur. Le résultat final est la rédaction d'une fiche par source validée par le producteur et par le groupe, dans lequel figurent, et cela est important, des utilisateurs. Nous avons essayé d'organiser la présentation de ces sources. Je vous parlerai essentiellement des sources sur le médicament de ville ; on a la même chose sur l'hôpital. Le premier élément concerne la position de la source dans le circuit du médicament, du producteur à l'assurance maladie. Le deuxième élément porte sur l'objet de la source (ventes, prescriptions, ...) et sur la méthodologie utilisée (exhaustif, échantillon, niveau géographique disponible,...). Le dernier élément, très important également, porte sur les conditions d'accès et de diffusion qui sont très variables d'une source à l'autre.

Nous avons décomposé le circuit du médicament en ville en trois parties : la production / distribution du médicament ; la prescription / délivrance ; et enfin la consommation / remboursement par l'assurance maladie. C'est un choix parmi d'autres possibles. Nous allons reprendre séparément ces trois groupes. Pour la production / distribution on a essentiellement trois sources : la base Afssaps

(Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) servant à l'assiette permettant d'évaluer la taxe sur les laboratoires, le GERS (groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques) auquel la plupart des laboratoires adhèrent et pour lesquels le GERS récolte des informations et des statistiques, et enfin une enquête sur le marché pharmaceutique réalisée par la société privée IMS. Le deuxième groupe porte sur la prescription et la délivrance. Du point de vue des études, il est sans nul doute le plus intéressant car certaines des sources, notamment Thalès, IMS-DA et EPPM, présentent l'avantage d'indiquer le lien entre le motif de prescription et la prescription elle-même. Deux autres sources portent sur la pharmacie, Xponent et Pharmatrend. Elles permettent d'évaluer les médicaments qui sont délivrés sans ordonnance. Enfin le troisième groupe, consommation / remboursement, comprend des sources très différentes : pour la consommation l'enquête SPS réalisée par l'Irdes auprès de ménages, et pour les remboursements les informations des caisses d'assurance maladie, via le codage du médicament.

L'étape suivante de notre démarche porte sur la méthodologie et sur le traitement des informations statistiques. Il s'agit, en premier lieu, du mode de recueil de l'information, échantillonnage ou exhaustif. Le mode de recueil « exhaustif » ne signifie pas que nous disposons de l'exhaustivité des informations. En effet, les mutuelles qui assurent le décompte pour l'assurance maladie ne codent pas toutes le médicament. S'agissant de l'échantillonnage, j'insiste sur l'importance de la taille des échantillons finalement sélectionnés, qui autorise ou non une exploitation régionale. Enfin je signale la différence de définition du prix pour les ventes à l'hôpital : dans la source GERS il s'agit du prix facial et dans la source Afssaps il s'agit du prix réellement payé par l'établissement.

Le dernier point concerne les conditions d'accès aux résultats et les difficultés qu'elles peuvent éventuellement poser. J'insiste particulièrement sur la différence entre les notions d'accès privé et d'accès privé particulier. L'accès privé concerne les données des sociétés privées à l'image de Thalès ou d'IMS qui vendent leurs produits à qui veut les acheter. La notion d'accès privé particulier concerne les données des producteurs qui, comme le GERS, ne travaillent que pour leurs adhérents. Leurs statuts leur interdisent, pour le moment, de communiquer ces informations à des tiers. Je précise que le Comité économique des produits de santé a passé un accord avec le GERS en vue d'autoriser la communication d'un certain nombre de données, non pour la statistique publique mais à des fins de gestion du système. Contrairement à une idée reçue, ce n'est pas parce qu'une base est publique que les données qu'elle contient sont librement accessibles et réutilisables. Certaines données ne peuvent être réutilisées en vue d'un usage autre que celui pour lequel elles ont été collectées.

Les carences en termes d'informations que nous avons identifiées concernent prioritairement la consommation de médicaments à l'hôpital et la rétrocession, c'est à dire les médicaments délivrés à l'hôpital mais qui sont remboursés en ville. Sur ces médicaments achetés par des établissements de soins et destinés à des patients qui ne sont pas hospitalisés, nous ne disposons d'aucune donnée, alors que ce phénomène semble augmenter. L'information passe par le développement des systèmes d'informations hospitaliers, qui ne sont ni généralisés ni homogènes, ce qui complique leur exploitation. La substitution entre le médicament *princeps* et le générique est un autre domaine pour lequel nous manquons d'information. Nous ne pouvons pas faire le lien entre l'ordonnance du praticien et ce qui est sorti de pharmacie pour cette ordonnance.

Concernant les accès, il faut noter que de nombreuses sources de données relèvent du statut privé. C'est le cas notamment pour les informations sur les liens entre les motifs de prescription et les prescriptions elles-mêmes. Cela renvoie au projet de l'Irdes sur le système d'information sur la médecine de ville. Nous devons travailler avec les détenteurs de sources privées pour savoir à quelles conditions l'accès aux informations pourraient être amélioré. En deuxième lieu, citons les bases publiques dont l'accès mériterait d'être grandement facilité. Je pense notamment à la base de l'Afssaps qui permet d'avoir chaque année le chiffre d'affaires par présentation, en séparant médecine de ville et à l'hôpital. Nous n'avons pas accès à cette information de nature administrative. Par ailleurs, nous souhaiterions pouvoir exploiter certaines bases en travaillant sur des informations plus élémentaires. Je pense aux données disponibles au niveau national, Médicam par exemple, que nous pourrions décomposer au niveau régional ou départemental pour étudier les disparités de recours aux médicaments.

Je vous rappelle que le groupe de travail se réunit le 23 juin pour définir des préconisations. Je vais immédiatement céder la parole à son Président qui va vous apporter quelques éléments de réflexion supplémentaires sur ce sujet.

Introduction au débat**Philippe NASSE, Cour des Comptes**

Je vous remercie.

Notre groupe de travail poursuit trois objectifs principaux. Il s'agit, au premier chef, de faire un recensement descriptif des sources disponibles sur le médicament. Sur ce point, nous devons être capables d'éditer un document permettant d'expliquer « qui fait quoi, comment ». Ainsi, les utilisateurs des statistiques portant sur le médicament disposeraient d'un *vade-mecum* d'usage simple selon un modèle standardisé. Le deuxième objectif est de repérer les manques. Nous n'avons pas fait de découvertes extraordinaires en ce domaine. Je confirme les propos de Claude Gissot en matière de prescriptions hospitalières et de rétrocession. Ces deux domaines constituent une zone d'une relative incertitude. Concernant la rétrocession, je précise que la loi de financement de novembre 2003 a posé plusieurs verrous. Le décret d'application est en cours d'adoption, ce qui devrait limiter cette pratique. Quoi qu'il en soit, nous avons identifié un certain nombre de manques déjà connus, l'automédication par exemple. Certaines nouveautés sont apparues. Il s'agit notamment du droit de substitution accordé aux pharmaciens d'officines ou de l'impact des importations parallèles. La France n'est pas concernée de manière significative par ce dernier phénomène. Le troisième objectif concerne les préconisations. Je souhaite revenir sur ce point, même si la séance du groupe de travail chargé de les définir ne s'est pas encore tenue. Concernant les manques repérés, notre seule difficulté est de ne pas faire des propositions irréalistes et nous devons en discuter. Concernant les préconisations visant à ce que les statistiques disponibles sur le médicament et convenablement décrites puissent servir de support à davantage d'études et de recherches, notre responsabilité est importante, le besoin d'études est immense. Régulièrement, de nouvelles réformes nous sont présentées. Il faudra bien que ces réformes portent sur les comportements, sous la contrainte du respect de l'équilibre comptable des régimes. Il nous faut, pour cela, connaître les comportements. Pour agir sur ceux-ci, nous devons accomplir un travail considérable en amont. La disponibilité des données conditionne l'ampleur, le volume et probablement la qualité des études. Nous savons qu'il existe des stocks significatifs de données. Pour les transformer en base de données, il convient que ces données soient enregistrées sous une forme informatique avec une norme définie et bien décrite, avec une description des nomenclatures et avec des liens logiques entre les nomenclatures des différentes bases de données. Il convient également d'assurer une mise à jour régulière de ces données. J'insiste sur le dimensionnement considérable du travail de mise à jour et de mise en forme. En ce domaine, nous verrons ce que la réunion du 23 juin préconise. Je souhaiterais que nous préconisions une mobilisation de l'appareil statistique d'État, de l'Insee et des ministères, notamment de la Drees pour venir en aide à des services moins expérimentés qui pourraient ainsi plus facilement transposer les stocks de données en bases de données.

Le problème du droit d'accès aux données est la deuxième condition du développement des études. Il convient, en ce domaine, de se rappeler qu'il existe trois types de données. Il s'agit, en premier lieu, des données macroéconomiques. Celles-ci ne posent pas de vrais problèmes d'accès. Il s'agit, en deuxième lieu, des données intermédiaires servant à réguler le système économique. Je ne nie pas les problèmes en ce domaine. Néanmoins, il revient au régulateur de négocier avec le régulé la mise à disposition juridique de ces données. Le récent rapprochement entre le Comité économique des produits de santé et le GERS constitue un excellent exemple de ce qui doit être possible de faire en ce domaine. Le troisième type de données intéresse spécifiquement les chercheurs, il s'agit des données microéconomique croisant trois aspects individuels : l'individu « prescripteur », l'individu « patient » et l'objet individuel qu'est le médicament. Ces données, je crois utile de le souligner, posent un certain nombre de problèmes en termes de droit. Les études font de plus en plus appel à la micro-économétrie, c'est à dire à de l'économétrie développée sur de grands échantillons de données individuelles. La disponibilité de données individuelles pour la micro-économétrie devient une véritable condition *sine qua non* pour bon nombre d'études. Ces données individuelles sont protégées par une sorte de double confidentialité. La première concerne les données relatives à des personnes. Elle fait l'objet d'une surveillance attentive de la part de la Commission nationale « Informatique et Libertés ». Les problèmes qui peuvent se poser dans ce domaine sont relativement bien connus. Le deuxième type de confidentialité a trait au droit de propriété intellectuelle dont des personnes privées disposent sur des données privées qu'elles ont recueillies. J'insiste sur le caractère impératif de ce droit. L'utilisation de telles données nécessite absolument de passer un accord. La mise au point de protocoles d'accès à ces données, décrivant les droits et devoirs des chercheurs qui peuvent avoir

accès à ce type de données est un objectif dont nous devons prioritairement parler lors de la prochaine séance de travail de notre groupe de travail.

Débat

Marie-Aleth GUILLEMIN, Direction générale de la Santé

Je ne vais pas parler du médicament, mais du droit de propriété intellectuelle. Ceci constitue, selon mon expérience, un problème essentiel en matière de disponibilité des données de santé, même pour les sources publiques. D'une part, nous devons faire face au problème du manque de définition du contenu de la convention qui sera signée avec les personnes qui sont sources de données. D'autre part, les producteurs de données désirent protéger leurs données et se protéger en tant que propriétaires. En d'autres termes, les services publics ne savent pas précisément définir ce qu'est un droit de propriété, dans quelle mesure ils sont propriétaires des données, et jusqu'à quel point sur les données qu'ils financent. Par ailleurs les producteurs de données doivent protéger leur existence et leur raison d'être en limitant l'accès à ces données. La Direction générale de la Santé a commencé une réflexion, mais c'est un sujet très complexe.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

La notion de propriété des données se conçoit pour les sociétés privées qui les collectent. Elle ne se conçoit pas pour les services publics. De ce point de vue, je me rallie à la règle en vigueur aux États-Unis d'Amérique c'est à dire que toutes les données fabriquées par le service public sont publiques. Rien ne justifie le paiement à leur accès. Un texte réglementaire français a, je crois, rappelé l'an passé le caractère gratuit de ces données pour les chercheurs, exception faite du coût de fabrication du support. La propriété de l'État ne constitue pas un sujet de débat. Je conçois que des problèmes de protection puissent se poser, mais, en revanche, je ne conçois pas que des problèmes de propriété puissent se poser.

Philippe NASSE, Cour des Comptes

Les droits de propriété intellectuelle sont des droits qui s'appliquent aux personnes morales comme aux personnes physiques et aux personnes privées comme aux personnes publiques. Des personnes morales publiques exercent ce droit, à l'image de l'Insee. Celle-ci s'est fait reconnaître son droit de propriété intellectuelle sur certaines de ses données. Ce droit ne s'oppose pas à l'utilisation des données. Les vrais problèmes émergent lorsque le droit de propriété intellectuelle est exercé par une personne privée qui vit de la vente de ses données et n'est pas prête à mettre à titre gratuit ses informations à la disposition des chercheurs. Par ailleurs, la déontologie scientifique rappelle qu'à partir du moment où une étude a été réalisée sur un ensemble de données, celui-ci doit être aisément accessible à un chercheur concurrent pour refaire l'étude ou la refaire différemment. C'est en ce domaine que les véritables problèmes de propriété intellectuelle risquent de se poser. C'est pour cela que nous devons réfléchir à la définition de protocoles d'accès qui préciseront les droits et les devoirs du chercheur. Il faut être conscient que le seul moyen d'avancer dans cette voie est la persuasion, au nom du bien commun que représentent la recherche scientifique et l'amélioration de nos connaissances sur des comportements médicaux et économiques pour l'instant encore souvent mal cernés.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Permettez-moi de vous dire que je ne crois pas à la persuasion. L'industrie pharmaceutique se bat pour empêcher la création d'une base publique de données sur le médicament. Cependant le sujet de l'organisation des bases données est un sujet central ; faut-il commencer par la DCI (dénomination commune internationale) ou par la marque commerciale ? Est-ce que les pouvoirs publics souhaitent constituer une telle base, sur 600 à 800 médecins, pour savoir qui prescrit quoi et pour quel type de maladie ? Aujourd'hui on a accès sous certaines conditions aux données d'IMS et de Cegedim. Les dépenses françaises en matière de médicaments représentent 21 milliards d'euros, enjeu important pour les pouvoirs publics comme pour l'industrie pharmaceutique. Les chiffres internationaux montrent qu'un dollar investi en marketing produit 17 dollars de ventes. La croissance des dépenses de pharmacie a été de 7% l'an dernier, alors que selon la revue Prescrire il n'y a eu aucune découverte pharmaceutique majeure, et que la population n'a pas augmenté dans ces proportions. Je souhaite

que la Caisse nationale d'assurance maladie et les régimes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires donnent leur avis sur le projet de base de données publique.

François LENORMAND, CnamTS

Concernant ce point, je crois opportun de dire que pour nous, les données de l'assurance maladie sont publiques. Le problème qui se pose est celui de la charge de travail que représente la mise en forme et de la mise à jour de ces données, charge évoquée par Philippe Nasse. La constitution de ces bases représente un travail extrêmement lourd et prend du retard. J'attire votre attention sur le fait que les services qui produisent des statistiques dans les organismes de sécurité sociale n'ont pas vocation, contrairement à ce que certains pensent, à produire des statistiques pour le public. Nous avons d'autres priorités. Il y a un vrai sujet à examiner en terme d'organisation, de coopération avec l'Insee ou la Drees sur le maintien et la mise à jour de ces bases de données. Enfin, nous avons formulé, il y a un an, une proposition soutenue par le Cnis relative à la création d'un échantillon de bénéficiaires. Il aurait vocation à rassembler la consommation médicale d'un Français sur cent. Quand nous disposerons d'un panel intégrant des données relatives à la consommation médicale, aux prescripteurs et aux médicaments, vous pourrez travailler de manière efficace.

Claude GISSOT, Drees

On utilise l'argument selon lequel le système statistique publique va se mettre en ordre de marche de manière à constituer un système concurrent à celui existant dans le privé. Mais cela nous prendra du temps, ne serait-ce qu'en raison de l'insuffisance de nos moyens au regard de nos ambitions. C'est la raison pour laquelle l'Irdes travaille sur un système d'observation de la médecine de ville.

Philippe CUNEO, Drees

Nous voulons être pragmatiques. En effet, nous souhaitons un accès le plus large possible aux différentes bases d'information existantes pour mener des travaux concurrents et comparatifs sur les mêmes données, pour ne pas effectuer deux fois le travail de rassemblement des données et pour tirer parti des différentes opportunités qui se présentent. Nous allons voir quelles sont les informations que les professionnels des bases de données du médicament sont prêts à communiquer. Peut-être sont-ils disposés à en céder une petite partie, ne serait-ce que pour illustrer leur bonne volonté. François Lenormand rappelait à l'instant que la mission première de la direction des statistiques et des études de la CnamTS ne consiste pas à rendre disponible l'information publique. Nous sommes parfaitement disposés à travailler dans la mesure de nos moyens pour voir comment on peut progresser ensemble dans ce domaine. Ne perdons pas de vue que si nous avons accès à toutes les informations et si nous disposons de tous les moyens humains pour rendre disponibles les données auxquelles François Lenormand faisait allusion, nous ne disposerions cependant pas du codage des pathologies. Ceci signifie que nous ne serions pas capables de relier les prescriptions, la consommation aux pathologies. Nous devons encore faire face à une tâche considérable en termes de travail. Faisons preuve de pragmatisme et tâchons de profiter de toutes les opportunités qui se présentent à nous.

Christine MEYER, FNMF

Je note que, parmi les manques qui ont été soulignés par Claude Gissot, aucune allusion n'a été faite aux prescripteurs. Nous sommes pourtant confrontés à un vrai problème en termes de connaissance de la prescription. Nous ne parvenons pas à identifier parfaitement le comportement de substitution du pharmacien, IMS ou Médicam ne nous transmettant que les informations relatives aux médicaments délivrés ou achetés. On ne sait pas si les médecins prescrivent en DCI. Je ne crois pas qu'en essayant d'accéder de manière aisée aux bases de données constituées par l'industrie nous pourrions obtenir cette information. L'industrie ne souhaite pas donner aux médecins le moyen de prescrire en DCI, alors qu'il est possible techniquement de constituer des bases le permettant. Parmi les manques en matière d'informations, figure donc la prescription réelle du professionnel et sa saisie. Médicam a certes constitué un progrès considérable dans la connaissance de la consommation de médicaments. Mais tant que le problème de l'information sur la prescription ne sera pas résolu, nous ne pourrions pas progresser dans l'action sur les comportements.

Claude GISSOT, Drees

Peut-être ai-je été trop rapide. Une des carences en termes d'information sur le comportement des pharmaciens concerne le problème de la substitution. Elle porte sur le rapprochement entre l'ordonnance produite par le médecin et la facture délivrée par le pharmacien. Nous pourrions examiner la manière dont est libellée cette prescription, en DCI ou pas. Une prescription en DCI autorise de fait la substitution.

Virginie MADELIN, Cnaf

La diffusion et la propriété des données sont un vrai sujet. Les Caisses d'Allocations familiales sont des entreprises privées qui remplissent une mission de service public. Elles vont être confrontées à des difficultés d'ordre juridique lorsque la question de l'accès, gratuit ou non, aux données qu'elles détiennent se posera, pour la Drees par exemple. Ne serait-il pas nécessaire que le Cnis prenne une position sur ce qu'est une donnée publique ? Une circulaire de 1991 l'avait précisé en 1991, mais cette définition pourrait être actualisée. Comme François Lenormand, je puis témoigner du fait que la caisse nationale et les caisses locales d'allocations familiales ne considèrent pas la production de données statistiques pour le besoin de la connaissance générale comme étant une de leur priorité.

Philippe NASSE, Cour des Comptes

Ce que vous dites est absolument exact. La situation à laquelle vous faites allusion est générale. Les services des douanes, de la comptabilité publique ou ceux des impôts produisent des statistiques. Ce n'est pourtant pas leur objectif premier. Le fait que l'on ait pu résoudre les problèmes de partage des tâches et de prise en compte de l'intérêt que présente la production de statistiques par des services aussi différents me rend relativement optimiste quant à la capacité d'attirer, dans cet exercice, d'autres administrations. Concernant le fond du sujet, je souhaite préciser que notre groupe de travail n'a pas encore rédigé ses recommandations, on ne peut pas conclure aujourd'hui à sa place. Quelque soit ses conclusions en matière de droit d'accès aux données de statut privé, et notamment pour les chercheurs, il me semble que le pouvoir persuasif ne peut être qu'amélioré par un puissant soutien du Cnis lui-même. Je me souviens qu'il y a quelques années certaines professions étaient, en France, opposées à l'investigation statistique. Elles préféraient honorer les amendes plutôt que de répondre aux enquêtes qui leur étaient soumises. Elles se sont ralliées à l'intérêt de la connaissance intellectuelle lorsque l'administration a accordé aux services publics les moyens suffisants pour se lancer dans des enquêtes solides, car cela menaçait de rendre inutiles les manœuvres de retardement. Ceci me rend optimiste, je ne suis pas persuadé qu'on ne puisse pas progresser. Nous ne devons cependant pas nous faire d'illusions. La possibilité de développer des systèmes statistiques uniquement issus de l'administration doit être conservée comme un véritable argument fort.

François LENORMAND, CnamTS

Je souhaite intervenir à nouveau pour vous dire que je suis frappé par le fait que les zones de flou statistiques correspondent aux zones où les enjeux financiers sont les plus importants. Le flou statistique est d'autant plus grand que les enjeux financiers sont plus forts. Je prends un exemple. La rétrocession hospitalière présente un taux de croissance de 30 % par an depuis trois ans. Il n'y a, pour autant, aucun codage dans les pharmacies hospitalières. Pourtant, il suffirait de réaliser le codage des médicaments sur la trentaine de centres hospitaliers régionaux et le problème serait réglé : on aurait la quasi totalité de la rétrocession hospitalière, on saurait au moins ce qui est vendu en terme de médicaments. Mais c'est en ce domaine que nous rencontrons le plus important problème statistique. Personnellement, je ne pense pas que le problème financier se réduise au cours des prochaines années. La politique de diffusion des médicaments passe, en effet, intégralement par l'hôpital. Les médicaments innovants et coûteux sont expérimentés et dispensés à l'hôpital, puis sont prescrits à des personnes qui sortent d'hospitalisation. La médecine de ville vient finalement prendre le relais d'une démarche qui a été initiée par l'établissement de soins. Il n'est pas étonnant que ce secteur bénéficie d'une moindre visibilité que d'autres.

Daniel FOULON, DHOS

Les manques en matière hospitalière que Claude Gissot a identifiés au cours de son intervention sont réels et j'y souscris partiellement. Je précise toutefois que des enquêtes ponctuelles sont faites à la

DHOS dans l'équipe d'Housseyni HOLLA. Elles apportent de l'information, même si cela ne règle pas le problème.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Êtes-vous disposés à soutenir la proposition de Monsieur Lenormand relative au codage de la rétrocession hospitalière ?

Daniel FOULON, DHOS

Je crois utile de rappeler que je représente une mission dont l'objectif principal est de refondre deux répertoires, FINESS et ADELI. Elle est également chargée de la coordination des études au sein de la DHOS, mais ce n'est pas la mission première de la DHOS de rechercher de l'information statistique.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Si vous me permettez, ce n'est pas ce que nous avons dit. Nous avons suggéré que vous soyez notre porte parole auprès du directeur de la DHOS pour l'informer que nous avons évoqué l'importance de la rétrocession dans la politique du médicament et dans la stratégie des entreprises de l'industrie pharmaceutique. Et que nous avons proposé que les grands hôpitaux codent les médicaments et fournissent des statistiques sur la rétrocession.

Daniel FOULON, DHOS

Bien entendu je rends compte à mon directeur de ce qui se dit ici. Il ne me revient pas de prendre des décisions. Je crois que l'interrogation de l'ensemble des centres hospitaliers régionaux, sauf si elle se révèle plus complexe que ce qu'on peut penser, est de l'ordre de ce qu'Housseyni HOLLA fait, non pas de manière régulière mais de temps en temps. Mais je n'ai certainement pas tous les éléments d'appréciation.

Marie-Aleth GUILLEMIN, Direction générale de la Santé

Je souhaitais savoir si nous connaissons les logiciels d'aide à la prescription qui sont utilisés dans le cadre de la médecine générale et leurs rapports avec les médicaments prescrits en DCI.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Oui, ils existent deux logiciels, qui ne prescrivent pas en DCI. Un syndicat médical souhaite que le FOPIM (Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique) fournisse aux fabricants de logiciels les données nécessaires à la réalisation d'un logiciel d'aide à la prescription DCI.

Claude GISSOT, Drees

Je ne nie pas l'existence de l'enquête de la DHOS. Je précise qu'elle est aperiodique et qu'elle porte sur un nombre limité de médicaments. On ne peut pas mesurer la part de la croissance attribuable aux cinquante produits nouveaux.

Daniel FOULON, DHOS

C'est bien à cette enquête que je pensais. Une autre enquête a été réalisée en matière de prescriptions exécutables en ville. Des éléments chiffrés ont été collectés à cette occasion sur le volume global de ces prescriptions. J'ai par ailleurs parfaitement conscience qu'on ne passe pas facilement d'enquêtes réalisées en tant que de besoin à des bases de données.

Philippe CUNEO, Drees

Je souhaite rappeler que lorsqu'il existe des bases de données utiles pour éclairer le débat public, nous essayons d'y avoir accès. Ceci constitue la raison d'être première du groupe de travail

« Médicament » et des conventions que nous signons. Je conçois parfaitement qu'il n'est théoriquement pas dans les missions premières des différents organismes de produire de la statistiques. Je ne comprends cependant pas la motivation de tenir de tels propos, il faut continuer à travailler.

Jean-Pierre PUIG, Cnis

S'agissant de la question soulevée par Virginie Madelin, je souhaite indiquer que le Cnis va organiser, au cours du premier trimestre de l'année 2005, une rencontre sur les problèmes de diffusion et d'accès à l'information. La question de l'accès aux informations produites par les instances « périphériques » du système statistique public est souvent posée dans les différentes formations du Cnis. Elle devrait trouver une place dans cette rencontre.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Je vous remercie. Je pense qu'il serait bon que notre formation continue de réfléchir sur cette partie juridique, qui pose surtout problème aux organismes de sécurité sociale et peut-être aux agences, au cours des prochains mois.

IV - Point d'information sur le projet d'enquête sur les enfants

Philippe CUNEO, Drees

Je propose de reporter ce point à la réunion d'inter-formations de septembre prochain, Monsieur le Président. En effet, le rapport de l'Insee sur ce point n'a pas encore été rendu.

V - Examen des projets d'enquête pour avis d'opportunité

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Je vous rappelle l'importance de ces examens, en dépit de leur aspect formel.

Enquête « violences et santé »

Catherine CAVALIN, Drees

L'enquête répond à une demande du Ministère de la Santé et le service producteur est la Drees. L'objectif est de recueillir des informations à la fois sur les violences subies par les personnes interrogées et sur leur santé. Il ne s'agit pas d'établir de causalité entre violences subies et état de santé, mais de voir quelles sont les relations entre les deux. On essaiera le plus possible de les placer dans un contexte biographique assez détaillé, et plus précisément dans les éléments difficiles de la vie de la personne. Un des apports de l'enquête est une comparaison entre la population témoin des non victimes et la population victime de violence. C'est aussi un complément d'information à l'enquête nationale sur les violences envers les femmes puisque notre enquête permettra des comparaisons entre les hommes et les femmes. Sa réalisation s'inscrit dans un contexte international favorable puisqu'en 2002 un rapport de l'Organisation mondiale de la Santé intitulé « Violence et Santé » préconisait aux membres de l'OMS d'améliorer la connaissance sur ce sujet. Le ministère français de la santé a suivi ce conseil. Outre l'enquête, un « plan violence » sur les années 2004-2008 constitue un des plans stratégiques de la loi de santé publique. Il a une vocation directement opérationnelle.

Les utilisateurs potentiels des résultats de l'enquête sont l'Insee, maître d'œuvre de l'opération, l'Ined, les organismes et les chercheurs travaillant sur les thèmes de la violence et de la santé et plusieurs administrations centrales, à l'image de la Direction générale de la Santé et de la DEP à l'éducation nationale. La première moitié du questionnaire porte sur l'état de santé actuel et passé, l'histoire familiale, professionnelle, et les conditions de vie passées et présentes de la personne interrogée. La deuxième moitié est consacrée aux violences. Les violences subies au cours des deux dernières années feront l'objet d'une interrogation précise sur différents types de violence : les violences liées aux vols, aux tentatives de vols et aux dégradations de biens appartenant à la personne victime ; les violences verbales, les violences physiques, les violences sexuelles et les violences morales et

psychologiques. L'interrogation sur les violences subies en amont des vingt-quatre derniers mois par les personnes interrogées portera sur les violences verbales, les carences affectives graves, les violences morales et psychologiques, les violences sexuelles et les autres violences physiques.

Cette enquête permettra d'apporter un certain nombre d'informations complémentaires à celles produites par l'enquête nationale sur les femmes. Elle devrait également permettre de compléter les informations de la partie variable « victimation » de l'enquête permanente conditions de vie de janvier menée par l'Insee depuis une dizaine d'années. Nous prenons le parti de faire une enquête en population générale, hommes et femmes, sur les types de violence que nous avons définis, avec des réserves et des compléments possibles. L'enquête sera réalisée par l'Insee au dernier trimestre de l'année 2005. L'échantillon sera composé de dix mille répondants résidant dans un ménage ordinaire, âgés de 18 à 75 ans. Le répondant sera tiré au sort et répondra en face à face à l'enquêteur. Les 18 à 25 ans seront sur représentés, car nous pensons intéressant d'avoir des informations nouvelles sur cette population. L'enquête a été testée avec un questionnaire sur papier ce qui posait des problèmes matériels de gestion aux enquêteurs. Malgré cela, le temps de passation moyen a été de 1 heure 20. Nous travaillons à ramener cette durée moyenne à une heure. Son contenu a été plutôt bien accepté de la part de nombreuses personnes interrogées, qu'il s'agisse du sujet ou de la formulation des questions qui leur ont été soumises. L'enquête est difficile, certaines des personnes interrogées ont opéré des retours douloureux sur leur histoire personnelle. Elles ont néanmoins accepté de le faire. Nous travaillons à résoudre un certain nombre de problèmes pratiques relevant de la définition du protocole pour que le prochain test, un test CAPI à l'automne 2004, soit inscrit dans le protocole définitif. Je termine mon propos en précisant que le comité de pilotage est constitué de membres de la Drees et de l'Insee mais aussi de l'Ined, de l'Inserm, de la Direction générale de la Santé, de la DEP pour l'éducation nationale et de l'INHES, ex-IHESI, au ministère de l'intérieur. De nombreuses consultations ont également été faites auprès de chercheurs. Les résultats seront publiés dans les différents supports de la Drees. Nos partenaires seront associés au sein d'un groupe d'exploitation.

Benoît RIANDEY, Ined

Je souhaite préalablement me réjouir vivement de la réalisation de cette enquête qui s'inscrit dans la continuité de celle qui a été réalisée sur le plan national, il y a deux ans environ. Le fait de mener une enquête en population générale constitue une excellente décision. Je souhaite insister sur deux points. Concernant l'échantillonnage, la possibilité de pouvoir faire des comparaisons exige le meilleur équilibre possible de l'échantillon. La construction d'échantillons témoins est difficile et reste bien souvent inadaptée. Il est regrettable que l'on continue de constituer un échantillon d'individus à partir d'un échantillon de ménages. Ne pourrait-on pas expérimenter une nouvelle méthode qui s'appuierait sur les bulletins du recensement rénové ? Ceci serait extrêmement bénéfique. D'autre part, je souhaite préciser qu'il existe des sous-déclarations dans les propos qui sont tenus par les personnes interrogées sur des questions sensibles, une étude de l'Ined l'a montré. Ne pourrait-on pas suivre l'exemple de certains pays qui offrent la possibilité aux personnes interrogées de répondre directement sur ordinateur aux questions posées plutôt que de répondre à l'enquêteur devant des membres du ménage ?

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Je vous remercie de votre intervention. Je précise néanmoins que notre assemblée n'est pas le lieu le plus approprié pour discuter des questions de fond sur les techniques d'enquête. Nous prenons néanmoins bonne note de vos recommandations.

Raphaël SLAMA, DGAS

Je m'interroge sur le choix de la population cible et sur celui de fixer la limite haute des populations interrogées à 75 ans. Comment sont prises en compte les personnes dépendantes et handicapées par rapport à la question des violences subies ?

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Je pense que ces questions ont déjà été tranchées, on ne peut entamer un débat maintenant. Le service va essayer de répondre brièvement.

Nicole ROTH, Drees

Nous devons sélectionner des personnes qui soient capables de répondre pour elles-mêmes, c'est ce qui nous a conduit à fixer la limite à 75 ans. Le choix de faire l'enquête en population générale implique que nous aurons dans l'échantillon des personnes âgées encore à domicile, donc autonomes. Cette enquête pourrait être ultérieurement prolongée par une opération complémentaire portant aussi sur les personnes en institution. Pour les personnes handicapées et dépendantes nous allons regarder si nous pourrions les identifier dans la population générale avec des questions sur le handicap ou le niveau de dépendance.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Nous donnons un avis d'opportunité favorable à l'enquête « Violences et Santé ».

*Enquête auprès des usagers des maternités***Chantal CASES, Drees**

Cette enquête participe de l'ensemble de celles que la Drees mène depuis plusieurs années sur les usagers du système de soins. L'enquête s'inscrit dans un contexte particulier qui a vu une réorganisation complète des maternités en trois niveaux. Ceux-ci correspondent à des niveaux différents de prise en charge et à des grossesses plus ou moins risquées, avec des systèmes de passage entre les différents niveaux si nécessaire. Ce dispositif a déjà été évalué grâce aux données disponibles auprès des établissements et dans le PMSI. Nous avons constaté que certaines des grossesses à risque n'étaient pas encore prises en charge dans des niveaux de complexité élevés. Par ailleurs, l'enquête s'inscrit dans le cadre du plan de périnatalité qui sera très prochainement porté à la connaissance du public. Ce plan vise à améliorer les conditions de prise en charge des grossesses. Une partie de ce plan sera consacrée à l'amélioration de l'information des femmes en particulier sur le choix des maternités. Nous avons constaté que nous ne disposons d'aucune information statistique nationale sur la manière dont les femmes choisissent la maternité au sein de laquelle elles accouchent. Cette enquête vise à analyser les modalités de choix d'une maternité, les trajectoires entre les maternités le cas échéant, les choix de types de suivi, les liens entre la médecine de ville et les établissements de santé. Enfin dans nos enquêtes auprès des usagers nous avons généralement un volet sur l'évaluation de la prise en charge des usagers et leur satisfaction sur un certain nombre de critères généraux ou spécifiques au type de soins analysés.

Les principaux thèmes abordés concernent donc les motifs du choix d'une maternité, la qualité perçue de l'accueil et de la prise en charge, les suites de la prise en charge en lien avec la médecine de ville, la connaissance qu'ont les femmes des ressources disponibles en matière de maternité, par exemple l'existence des différents niveaux. Elles concernent également les caractéristiques socio-démographiques et la protection en matière d'assurance maladie, qui peuvent influencer sur le choix. Cette enquête, comme je viens de le préciser, s'inscrit dans le cadre d'un dispositif pluriannuel d'enquêtes auprès des usagers des différentes composantes du système de soins. Nous avons des modules de questions, sur la satisfaction de la confidentialité liée à la prise en charge par exemple, que nous essayons de reproduire dans les différentes enquêtes pour avoir des points de comparaison. En matière d'accouchement ces données devront être rapprochées des données quantitatives collectées auprès des établissements de santé sur les éléments plus objectifs de prise en charge, de pathologie, d'actes réalisés, etc. L'échantillon des femmes enquêtées sera tiré dans un échantillon de maternités. Elles seront interrogées non seulement sur les éléments de connaissance dont elles disposent elles-mêmes sur le système, mais aussi sur les éléments qui les ont conduits à retenir une maternité, qu'ils soient liés à leur médecin de ville, leur gynécologue ou leur environnement familial, amical, etc.

L'enquête était initialement prévue au premier semestre de l'année 2005. Elle devait être précédée d'une enquête qualitative pour nous aider à construire le questionnaire. Pour des raisons de régulation budgétaire cette enquête n'a pas pu être réalisée en début d'année comme nous le pensions. Il est vraisemblable que l'enquête statistique sera effectuée au cours du deuxième semestre de l'année 2005. Elle consistera en un entretien téléphonique d'une durée de vingt à trente minutes en moyenne. Le comité de pilotage devrait être constitué de représentants des établissements de santé, des professionnels et des usagers. Il devrait se réunir d'ici la fin de l'année, quand l'enquête qualitative

aura été menée à bien. Les résultats seront publiés et présentés dans différents colloques par la Drees.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

L'enquête auprès des usagères des maternités reçoit un avis d'opportunité favorable de la formation.

VI - Présentation d'une demande d'accès à des données au titre de l'article 7bis

Jean-Pierre PUIG, Cnis

L'article 7bis auquel il est fait allusion est celui la loi de 1951. Cette dernière avait été modifiée en 1986 et avait abouti à la création d'un article 7bis permettant à l'Insee et aux services statistiques ministériels d'avoir accès à des informations administratives individuelles à des fins statistiques, à l'exception des informations de santé ou portant sur la vie sexuelle. Dans le cadre des ordonnances de simplification, l'article 7 bis est étendu : désormais les administrations « doivent », au lieu de « peuvent » jusqu'alors, donner accès aux informations ; et le champ est étendu à la santé, sous certaines conditions. Les informations portant sur la vie sexuelle restent exclues de l'article 7bis. Le Cnis doit se prononcer sur l'intérêt de la transmission des données. La première application de l'article 7bis étendu que nous inaugurons en termes de procédures porte sur la transmission à la Drees de données sur les professions de santé détenues par le Conseil national de l'ordre des médecins.

Chantal CASES, Drees

Il s'agit de demander communication de données non-nominatives issues des fichiers du Conseil national de l'Ordre des médecins. Elles doivent permettre de faire des travaux statistiques pour affiner la connaissance de la répartition des médecins par qualification et des trajectoires de qualification, et d'étudier les comportements d'installation, de cessation d'activité, de changement de secteur, de changement géographique, de mode d'exercice. Ce sont des éléments essentiels au moment où l'on se préoccupe beaucoup de démographie médicale et d'éventuelle régulation de cette démographie. J'insiste sur l'importance de ces données. Cela nous permettra de compléter, de valider et de préciser les hypothèses des modèles de projection démographique des médecins qui sont réalisés par la Drees.

Daniel FOULON, DHOS

A quelle date les résultats seront-ils disponibles ?

Chantal CASES, Drees

Ils devraient l'être quelques mois après l'obtention du fichier.

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Ils le seront, quoi qu'il en soit, avant l'été 2005. Vous avez le soutien de la formation.

VII - Projet d'avis de la formation

Les participants discutent du projet d'avis qui sera soumis à l'Assemblée plénière.

Le Président remercie les participants et 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 **15 octobre 2004**. Ces modifications seront prises en compte dans le rapport annuel d'activité 2004.

DOCUMENTS PRÉPARATOIRES OU DISTRIBUÉS EN SÉANCE

Documents préparatoires

- Avis sur les programmes à moyen terme 2004-2008 et sur les programmes statistiques 2004

- Fiches d'enquêtes pour avis d'opportunité :
 1. Enquête Violences et santé

 2. Enquête auprès des usagères des maternité

AVIS D'OPPORTUNITÉ

- ❖ Enquête Violences et santé 27
 - ❖ Enquête auprès des usagères des maternités 28
-
-

AVIS SUR UNE DEMANDE D'ACCES A DES DONNEES AU TITRE DE L'ARTICLE 7BIS DE LA LOI DU 7 JUIN 1951 MODIFIEE

- ❖ Données individuelles sur les médecins détenues par le Conseil national de l'ordre
des médecins 29

Paris, le 20 septembre 2004 n 198/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquête Violences et santé

Programme : 2005

Émetteur : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - ministère de la santé et de la protection sociale

Au cours de sa réunion du 1^{er} juin 2004, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête Violences et santé.

Cette enquête a pour objectif de recueillir des informations à la fois sur les violences subies par les personnes interrogées et sur leur santé, en les plaçant le plus possible dans un contexte biographique assez détaillé. Elle répond à une demande du ministère de la santé qui fait suite à un rapport publié en 2002 par l'Organisation mondiale de la Santé intitulé « Violence et Santé » préconisant aux membres de l'OMS d'améliorer la connaissance sur ce sujet.

Parmi les thèmes abordés on peut citer l'état de santé actuel et passé, l'histoire familiale, professionnelle, et les conditions de vie passées et présentes de la personne interrogée. Les violences subies au cours des deux dernières années feront l'objet d'une interrogation précise sur différents types de violence : les violences liées aux vols, aux tentatives de vols et aux dégradations de biens appartenant à la personne victime ; les violences verbales, les violences physiques, les violences sexuelles et les violences morales et psychologiques. L'interrogation sur les violences subies en amont des vingt-quatre derniers mois par les personnes interrogées portera sur les violences verbales, les carences affectives graves, les violences morales et psychologiques, les violences sexuelles et les autres violences physiques.

L'enquête aura lieu au dernier trimestre 2005 auprès de dix mille répondants tirés au sort parmi les personnes résidant dans un ménage ordinaire, âgées de 18 à 75 ans, avec une sur-représentation des 18-25 ans. La collecte sera réalisée en face à face par enquêteur, avec une durée de questionnement de une heure environ.

Le comité de concertation est constitué de membres de la Drees et de l'Insee mais aussi de l'Ined, de l'Inserm, de la Direction générale de la Santé, de la DEP pour l'éducation nationale et de l'INHES, ex-IHESI, au ministère de l'intérieur. De nombreuses consultations ont également été faites auprès de chercheurs.

Les résultats seront publiés dans les différents supports de la Drees.

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

Paris, le 20 septembre 2004 n°199/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquête auprès des usagères des maternités

Programme : 2005

Émetteur : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - ministère de la santé et de la protection sociale

Au cours de sa réunion du 1^{er} juin 2004, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête auprès des usagères des maternités.

Cette enquête a pour objectif d'analyser les modalités de choix d'une maternité, les trajectoires entre les maternités, les choix de types de suivi, les liens entre la médecine de ville et les établissements de santé. Elle s'inscrit dans le cadre du plan de périnatalité qui sera bientôt porté à la connaissance du public.

Parmi les thèmes abordés on peut citer les motifs du choix d'une maternité, la qualité perçue de l'accueil et de la prise en charge, les suites de la prise en charge en lien avec la médecine de ville, la connaissance qu'ont les femmes des ressources disponibles en matière de maternité, par exemple l'existence des différents niveaux, et également les caractéristiques socio-démographiques et la protection en matière d'assurance maladie.

L'enquête aura lieu au cours du second semestre 2005 auprès d'un échantillon de femmes tiré dans un échantillon de maternités. La collecte sera réalisée par entretien téléphonique, avec une durée de questionnement de 20 à 30 minutes environ.

Le comité de concertation devrait être constitué de représentants des établissements de santé, des professionnels et des usagers. Il devrait se réunir d'ici la fin de l'année, quand l'enquête qualitative aura été menée à bien.

Les résultats seront publiés et présentés dans différents colloques par la Drees.

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

Paris, le 20 septembre 2004 n°200/D130

AVIS DU CNIS SUR UNE DEMANDE D'ACCES A DES DONNEES
AU TITRE DE L'ARTICLE 7BIS DE LA LOI DU 7 JUIN 1951 MODIFIEE

**Données individuelles sur les médecins détenues par le Conseil national de l'ordre des
médecins**

Émetteur : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - ministère de la santé et de la protection sociale

Au cours de sa réunion du 1^{er} juin 2004, la formation Santé, protection sociale a examiné la demande d'accès à des données détenues par le Conseil national de l'ordre des médecins.

L'objectif des traitements prévus sur les données est d'affiner la connaissance de la répartition des médecins par qualification et des trajectoires de qualification, et d'étudier les comportements d'installation, de cessation d'activité, de changement de secteur, de changement géographique, de mode d'exercice. Il s'agit d'éléments essentiels au moment où l'on se préoccupe beaucoup de démographie médicale et d'éventuelle régulation de cette démographie.

Les données sont souhaitées pour chaque médecin inscrit au tableau de l'Ordre. Elles correspondent aux rubriques suivantes :

- Identifiant anonymisé ;
- Caractéristiques socio-démographiques ;
- Données détaillées sur les diplômes, autorisations d'exercice et qualifications ;
- Situation professionnelle générale et activités médicales de soins exercées ;
- Description fine des différentes activités exercées ou ayant été exercées.

Les travaux statistiques porteront sur l'analyse des flux et des stocks de professionnels par spécialité, des comportements professionnels, géographiques, etc.

La transmission des données à la Drees s'effectuerait une fois par an, sous la forme d'un extrait au 1^{er} janvier du tableau servant au Conseil national de l'ordre des médecins pour l'établissement de ses statistiques. La première transmission porterait également sur les années antérieures disponibles.

Les analyses statistiques et les études réalisées à partir de ces données seront diffusées dans les publications de la Drees et pourront alimenter les travaux de l'Observatoire de la démographie des professions de santé.

La formation émet un **avis favorable** à la demande d'accès aux données.