

PARIS, le 23 mai 2006- n°109/D130

Formation SANTE, PROTECTION SOCIALE

Réunion du 26 avril 2006

Compte rendu de l'examen
De l'avant-projet de programme statistique pour 2007

LISTE DES SERVICES PRODUCTEURS	2
COMPTE RENDU DE LA RÉUNION	3
PROJET D'AVIS	27
LISTE DES DOCUMENTS PRÉPARATOIRES OU DISTRIBUÉS EN RÉUNION	28
AVIS D'OPPORTUNITÉ	29
AVIS SUR DES DEMANDES D'ACCES A DES DONNEES	33

LISTE DES SERVICES PRODUCTEURS

ayant présenté un avant-projet de programme statistique pour 2007 à la formation Santé, protection sociale réunie le 26 avril 2006.

CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES (CNAF)

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

- Direction des statistiques et des études
- Direction du service médical
- Direction des risques professionnels

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE (CNAV)

- Direction de l'actuariat statistique
- Direction des recherches et du vieillissement

INSTITUT DE RECHERCHE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE (IRDES)

INSEE- DIRECTION DES STATISTIQUES DEMOGRAPHIQUES ET SOCIALES

- Département de la démographie
 - Mission base permanente des équipements
 - Cellule statistiques et études sur l'immigration
 - Division enquêtes et études démographiques

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

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

MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE (MSA)

COMPTÉ RENDU DE LA RÉUNION DE LA
FORMATION SANTE, PROTECTION SOCIALE
- 26 avril 2006 -

Président : Jean de KERVASDOUE, professeur au Conservatoire national des arts et métiers

Rapporteur : Philippe CUNEO, ministère de la Santé et des solidarités, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Responsable de la formation : Marie-Christine CHAMBET-ROSSET (01 41 17 52 65)

RAPPEL DE L'ORDRE DU JOUR

I.	Introduction.....	5
II.	Suivi des avis donnés sur le programme 2006 et le moyen terme	5
III.	Examen de l'avant-projet de programme statistique pour 2007.....	8
1.	Exposé synthétique.....	8
2.	Débat.....	9
IV.	Examen des projets d'enquête pour avis d'opportunité	11
1.	Enquête auprès des intervenants au domicile des personnes âgées	11
2.	Enquête Handicap santé.....	12
V.	Examen de demandes d'accès à des fichiers au titre de l'article 7bis de la loi de 1951	14
1.	Demande auprès de la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF)	14
2.	Demande auprès du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes	14
VI.	Enquête sur la prime pour l'emploi et les obstacles à la reprise d'emploi.....	15
VII.	La CNIL et les statistiques.....	15
VIII.	Dossier médical personnel – DMP	18
1.	Le point de la législation et le développement de la mise en oeuvre	18
2.	L'accès aux données des statisticiens et des chercheurs.....	20
IX.	Rapport de l'Irdes sur la faisabilité d'un système d'information sur la médecine ambulatoire...	23
X.	Projet d'avis de la formation	25

LISTE DES PARTICIPANTS :

Georges BAYARD	DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
Sabine BESSIERE	DREES MIN SANTE SOLIDARITE
Jeanne BOSSI	CNIL
Christophe BOUCHEZ	CNSA
Abdallah BOURHANE	PREFECTURE PARIS DIR ACTION ECONOMIQUE
Nicolas BROUARD	INED
Marie-Christine CHAMBET-ROSSET	CNIS
Vincent-Pierre COMITI	DPM
Mathieu COUSINEAU	FED NATIONALE DE LA MUTUALITE FRANCAISE
Philippe CUNEO	DREES MIN SANTE SOLIDARITE
Mireille DADOY	CNRS
Jean de KERVASDOUE	CNAM
Guy DESPLANQUES	INSEE DSDS
Anne DOUSSIN	INSTITUT NAL DE VEILLE SANITAIRE
Maryse DUCOURNAU	CNIS
Salma ELREEDY	AFSSET
Gérald GALLIOT	CSMF
Jean-Marie GROSBAS	CNIS
Romain GUERRY	UNIOPSS
Geneviève HONORE	INSEE DSE
Evelyne HOUDOIN	DREES MIN SANTE SOLIDARITE
Lionel LAFAY	AFSSA
Matthieu LAINE	FEHAP
Sylvie LE MINEZ	DREES MIN SANTE SOLIDARITE
Marie-Thérèse LEBLANC	ANAEM
Milan MOMIC	DREES MIN SANTE SOLIDARITE
Véronique MOYNE	CAISSE CENTRALE MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE
Brigitte OUVRE	CNIS
Dominique POLTON	CNAMTS
Annie PREVOT	DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE
Jean-Pierre PUIG	CNIS
Catherine QUANTIN	CHRU DE DIJON
Fabienne RATAJEK	CGT FO
Elisabeth REIGNIER	DELEGATION INTERMINISTERIELLE A LA FAMILLE
Benoit RIANDEY	INED
Nicole ROTH	DREES MIN SANTE SOLIDARITE
David ROUSSET	CGT FO
Carla SAGLIETTI	CNIS
Catherine SERMET	IRDES
Magda TOMASINI	CNAF
François TUFFREAU	FNORS
Bruno VENTELOU	ORS PACA
Martine WCISLO	DREES MIN SANTE SOLIDARITE

Absents excusés :

Claudine ATTIAS-DONFUT	CNAVTS
Didier BALSAN	CFDT
Jacques BICHOT	
Michel CHASSANG	CSMF
Alain CHOUGUIAT	CAPEB
Roger ken DANIS	FEDERATION DES HOPITAUX DE PARIS
Loïc GEFFROY	FEDERATION DES HOPITAUX DE PARIS
Isabelle GREMY	ORS ILE-DE-FRANCE
François HERAN	INED
Eric LE CLERCQ DE LANNON	APCM
Laurence MORNET	IAAT
Francis PAILLARD	MEMBRE DU BUREAU DU CNIS
Valérie PONSARD	CAPEB
Vincent POUBELLE	CNAVTS
Hubert WANNEPAIN	CSMF

La séance est ouverte à 14 heures 35 sous la présidence de Jean de Kervasdoué.

I. Introduction

Jean de KERVASDOUÉ, Président

Je vous remercie de votre présence. Le Cnis existe depuis 1951 et a vocation à juger de l'opportunité des projets d'enquêtes de l'administration. Nous tentons également de jouer un rôle de coordination de l'appareil statistique public, dans un domaine où les sources sont nombreuses et s'améliorent d'année en année. Avant d'aborder l'ordre du jour, je crois qu'il serait utile de rappeler le rôle du comité du label.

Jean-Pierre PUIG, Secrétaire général du Cnis

Les enquêtes au sens de la loi de 1951 sont examinées en deux phases. Tout d'abord, elles sont examinées pour avis d'opportunité dans les formations du Cnis qui les concernent. Cet avis porte sur l'utilité de l'enquête et l'existence éventuelle d'autres sources susceptibles de délivrer la même information. Puis, les projets d'enquête sont étudiés de manière plus approfondie par le comité du label, qui s'interroge notamment sur leur échantillonnage, leur questionnaire, leur diffusion, afin de s'assurer que les enquêtes répondent aux règles de l'art de la profession. Le comité du label donne alors un avis de conformité. Si le responsable de l'opération souhaite que la réponse à l'enquête soit obligatoire, il doit en faire la demande au comité.

Jean-Marie GROSBRAS, Cnis/Comité du label

En outre, si l'avis d'opportunité recense les thèmes jugés d'intérêt public, le comité du label s'intéresse à la pertinence des moyens employés au regard de la question posée.

II. Suivi des avis donnés sur le programme 2006 et le moyen terme

Philippe CUNEO, Rapporteur

Je commencerai par vous informer des suites données aux avis émis l'an dernier par le Cnis en Assemblée, et par des formations proches de la nôtre, aux avis émis pour le court terme par notre Formation et enfin aux avis émis dans le cadre du programme de moyen terme 2004-2008.

Thèmes transversaux

L'avis n°4 concernait la construction d'indicateurs. Des productions commencent à émerger dans ce domaine. C'est un travail considérable qui a occupé l'ensemble des acteurs statistiques dans le cadre de la LOLF, de la loi de santé publique, des opérations de méthodes de coordination au sein de l'Union européenne, des indicateurs de développement durable ou de performance hospitalière. Nous devons nous préparer à des incompréhensions et à des difficultés d'interprétation, au moment où les premiers chiffres seront publiés et livrés au public. Le Cnis aura alors à jouer un rôle important pour aider à interpréter, relativiser et comparer les données.

L'avis n°5 encourageait les demandes d'accès aux fichiers administratifs à des fins d'exploitation statistique. Cette politique vise à éviter de produire des enquêtes lorsque les informations recherchées sont disponibles dans des fichiers administratifs. C'est un enjeu important par la richesse des informations contenues dans ces fichiers. Mais l'utilisation n'est pas simple et elle est coûteuse, à la fois pour la mise à disposition des fichiers et pour leur exploitation.

Avis des autres formations

L'avis n°10 était relatif au développement des analyses longitudinales, auxquelles nous nous attachons depuis peu. Un certain nombre de projets sont en cours, à l'instar du projet de cohorte d'enfants ELFE, qui sera présenté dans le cadre de l'interformation sociale à l'automne. Par ailleurs, des outils sont en cours de développement, comme l'échantillon démographique permanent. Des difficultés se posent, notamment sur la confidentialité des données.

L'avis n°12 portait sur le développement de l'observation de l'insécurité et de la délinquance, ce qui a été fait au travers des enquêtes de victimation et de l'enquête événements de vie et santé.

L'avis n°18 concernait la base permanente des équipements. Avec divers fournisseurs de données, l'Insee est parvenu à un prototype. Il convient désormais d'adjoindre de nouveaux systèmes d'information à cet outil, d'en déterminer les modalités de mise à disposition et d'étudier éventuellement sa complémentarité avec une enquête reproduisant l'inventaire communal.

L'avis n°20 soulignait l'importance du développement de la dimension territoriale des statistiques, qui rejoint un des axes de travail de la CNAF. Dans le contexte de la décentralisation, il importe en effet de s'assurer de la pérennité des systèmes d'information et de donner aux acteurs concernés les moyens de piloter les dispositifs déconcentrés.

L'avis n°22 était relatif à une meilleure connaissance des dépenses de l'Etat par région. Je n'ai pas d'information sur la question, mais je signale que le Ministère des Affaires sociales souhaite une meilleure connaissance des transferts sociaux par région. Nous commençons à y travailler, en particulier avec l'Insee.

Avis de la Formation Santé, Protection sociale sur le programme 2006

L'avis n°1 concernait les enquêtes HID et la reproduction de l'enquête décennale santé. Un avis d'opportunité est demandé, nous y viendrons tout à l'heure.

L'avis n°2 manifestait l'intérêt du Cnis pour la constitution d'un échantillon inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie. Cet échantillon a progressé de manière satisfaisante. Aujourd'hui, la question de l'accès à cet échantillon se pose, sur le plan juridique, mais aussi en termes de dédommagement de l'assurance maladie pour les coûts de mise à disposition.

L'avis n°3 portait sur l'assurance maladie complémentaire et la mise en place d'une concertation dans le but de constituer un échantillon de données individuelles à des fins d'exploitation statistique. Nous y travaillons avec l'Irdes, l'assurance maladie, les fédérations des mutuelles, des institutions de prévoyance et la fédération française des entreprises d'assurance. Cette opération pourrait rentrer dans le cadre de l'institut des données de santé. Le projet avance et une réunion est prévue au mois de mai, afin de définir un protocole avec l'ensemble des opérateurs. Il est essentiel de connaître, après les remboursements de l'assurance maladie de base, le montant restant à charge des patients, après qu'ils ont bénéficié des remboursements des assurances complémentaires.

L'avis n°4 évoquait un dispositif de suivi de la gestion des travailleurs en fin de carrière. Cette préoccupation est apparue lorsque les dispositifs de préretraite ont été réduits. Certains ont alors observé une relation de cause à effet avec l'augmentation des dépenses d'indemnités journalières de l'assurance maladie, puis des dépenses d'invalidité à l'heure d'un contrôle accru des indemnités journalières. Des dispositifs existent pour ces salariés susceptibles de rencontrer des difficultés de santé ou d'adaptation à leur travail. Il serait intéressant d'en étudier la mise en œuvre, tant du point de vue des intéressés que de celui des entreprises. Ce projet progresse par des dispositifs de monographie, d'inventaire des mesures de protection sociale qui pourraient entrer dans le champ, et d'appariement de fichiers, afin d'identifier l'éventuelle corrélation de certains profils avec certains types de dispositifs.

L'avis n°5 concernait l'amélioration du système d'information sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Ce sujet est inscrit dans la convention d'objectifs et de gestion de la CNAM, mais je ne sais pas s'il y a eu des suites concrètes.

L'avis n°6 préconisait un soutien à la CNAF dans ses efforts de suivi localisé des politiques sociales. Cette action s'inscrit dans la durée et concerne l'ensemble des opérateurs.

Enfin, l'avis n°7 était relatif à la base permanente des équipements dont j'ai déjà parlé.

En outre, la Formation Santé et Protection sociale s'était associée à un avis de la Formation Emploi, revenus, sur le développement des informations relatives aux conditions de travail et à la santé. Je citerai deux dispositifs, la réédition de l'enquête Surveillance médicale des risques professionnels (SUMER) et la mise en œuvre de l'enquête Santé et Itinéraires professionnels (SIP), dont les opérations de terrain se dérouleront à la fin de l'année.

De même, notre Formation s'était associée à l'avis de la Formation Démographie, conditions de vie sur la mise en place d'enquêtes associées au recensement. Ce ne sera possible qu'à partir de 2009.

Avis sur le programme à moyen terme 2004-2008.

Dans le domaine de la connaissance statistique de l'état de santé de la population, l'avis n°1 mentionnait le système d'enquêtes sur la santé dont j'ai déjà parlé, la mise en place d'un dispositif d'observation des soins délivrés par la médecine de ville- la présentation du rapport de l'Irdes sur ce sujet est à l'ordre du jour, et la mise en œuvre d'une enquête sur les liens entre santé, conditions de travail et parcours professionnel dont je viens de parler.

L'avis n°2 portait sur la médecine de ville. Il existe déjà un certain nombre de dispositifs. Il conviendra sans doute d'encourager leur développement et le partage des informations. Nous en reparlerons tout à l'heure.

L'avis n°3 préconisait la mise en place des recommandations du groupe Cnis sur le médicament. La Drees travaille avec IMS Health sur le partage des fichiers et l'analyse de la qualité des informations.

L'avis n°4 concernait le Système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM), déjà évoqué.

L'avis n°5 encourageait le développement des systèmes d'information des phénomènes migratoires. Nous avons parlé l'an dernier de l'enquête de la Drees sur l'insertion des nouveaux migrants. L'enquête Trajectoires et Origines (TeO), mise en œuvre par l'Insee et l'Ined, sera présentée pour avis d'opportunité de la formation Démographie, conditions de vie.

L'avis n°6 appelait de ses vœux un dispositif permettant de mieux appréhender les situations de violence. Dans ce cadre, deux dispositifs ont été mis en place : d'une part, l'enquête annuelle de victimation de l'Insee, qui aura lieu chaque début d'année et d'autre part, l'enquête événements de vie et santé, dont les premiers résultats devraient être disponibles à l'automne.

L'avis n°8 abordait la question de la cohorte d'enfants ELFE, déjà évoquée.

L'avis n°9 portait sur l'approche globale des conditions de vie des personnes âgées. Des opérations de la Drees sont prévues.

L'avis n°10 encourageait les travaux menés sur les professions sociales. Ils ont déjà fait l'objet de publications et nous avons des projets.

L'avis n°11 était relatif aux consommations alimentaires. Ces sujets sont suivis par l'InVS et l'Afssa.

L'avis n°12 encourageait l'amélioration du suivi et de la connaissance de la formation des prix dans le domaine de la santé, en particulier dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie et du parcours de soins. Nous avons activement travaillé sur ce thème avec la CNAM, l'Insee et la DSS, afin de réaliser au mieux le partage prix/volume dans le cadre du suivi des dépenses de santé.

L'avis n°13 rappelait la nécessité de disposer d'une information territorialisée et cohérente au niveau national dans le domaine de la santé.

Enfin, l'avis n°14 exprimait l'intérêt du Conseil pour la mise en place d'un système raisonné d'indicateurs de performance des établissements hospitaliers. Un prototype sera mis en ligne au cours du mois de septembre. Une trentaine d'indicateurs, d'activité ou de processus plutôt que de vrais indicateurs de performance, sera disponible pour tous les établissements. C'est une première étape, nous avons un projet pour aller plus loin.

Jean de KERVASDOUÉ

Merci, cette présentation rituelle présente un grand intérêt car elle montre que la plupart des avis que nous émettons sont suivis d'effets.

III. Examen de l'avant-projet de programme statistique pour 2007

1. Exposé synthétique

Philippe CUNEO

Les programmes statistiques pour 2007 peuvent être regroupés autour de quatre axes. En premier lieu, j'évoquerai l'analyse de la satisfaction des usagers et l'évaluation de la mise en œuvre des politiques publiques. En particulier, la Drees est désireuse d'associer à chaque système d'information auprès des structures, un système d'enquête auprès des usagers. Cette politique a été mise en œuvre dans le cadre de l'évaluation du dispositif CMU et sera reproduite pour plusieurs dispositifs. Cette préoccupation est également présente dans le programme de travail de la CNAF et constitue à mon sens un axe structurant de la statistique publique.

En second lieu, je citerai l'étude des nouvelles populations et des nouveaux phénomènes. Entrent dans ce cadre les efforts prévus à destination de l'observation des migrants ou qui ont été faits sur les exclus, mais également l'observation des professions sociales ou encore la rationalisation du dispositif statistique concernant les professionnels de santé à l'hôpital. Des progrès restent à accomplir dans ce domaine et les conclusions prochaines de la mission de l'Inspection générale de l'Insee consacrée à ce thème nous aideront à mieux travailler.

En troisième lieu, les nouvelles dimensions des données regroupent les travaux relatifs aux données longitudinales, de cohorte, territorialisées ou appariées. Le principal axe de travail de l'assurance maladie vise ainsi à médicaliser ses systèmes d'information. Il me paraît donner une nouvelle dimension aux systèmes d'information des uns et des autres.

En quatrième lieu, l'axe des indicateurs me semble essentiel au programme de travail de tous les acteurs.

Par ailleurs, je passerai rapidement en revue le programme de travail des différents acteurs. Tout d'abord, le programme de la CNAF est structuré autour de trois axes :

- la satisfaction des allocataires et l'évaluation des politiques, notamment le suivi de la mise en œuvre de la prestation d'accueil jeune enfant (PAJE) et de la décentralisation du RMI ;

- la territorialisation des politiques, avec, outre la mise en place de systèmes, la réflexion sur le niveau territorial d'observation le plus pertinent ;
- le contexte politique et social, en particulier l'observation des enfants handicapés et de leur scolarisation, le suivi des familles monoparentales.

Le programme de la Cnam sera centré sur la médicalisation des outils de gestion. Ainsi l'enrichissement du SNIIR-AM à partir du suivi des affections de longue durée (ALD) et du PMSI rendra possible la constitution d'échantillons permettant de suivre des informations médicalisées et de systèmes de remboursement très intéressantes. La fiabilisation des données AT-MP (accidents du travail, maladies professionnelles) est également au programme de la Cnam.

La Cnav, dans le cadre du suivi de mise en place de la réforme des retraites, prévoit un approfondissement des études à partir des systèmes d'information mis en œuvre les années précédentes, ou l'exploitation d'enquêtes comme celle sur le vieillissement.

De son côté, l'Irdes s'attellera à des travaux d'apurement de l'échantillon permanent des assurés sociaux, associé à l'enquête SPS et à la préparation de la prochaine enquête, ainsi qu'à une étude relative aux arrêts de travail, en collaboration avec la Drees.

L'Insee travaillera à l'enquête trajectoires et origines - TeO en coopération avec l'Ined et à l'enquête HID santé en coopération avec la Drees et d'autres opérateurs. Dans le cadre défini à l'échelle européenne, il s'agit de répéter tous les cinq ans un dispositif minimum d'enquêtes santé, avec une fois sur deux un approfondissement de type santé ou de type HID. Enfin, l'Insee mènera des travaux d'extension de l'échantillon démographique permanent, des travaux relatifs à la cohorte d'enfants ELFE prévue pour 2009 et des travaux portant sur la base permanente des équipements.

Enfin, le programme de travail de la Drees comprend notamment une enquête relative aux trajectoires des bénéficiaires des minima sociaux (RMI, ASS, API), une enquête sur les demandeurs d'AH et une autre sur les bénéficiaires de l'AME. Ce programme prévoit également le suivi et l'évaluation de plusieurs réformes majeures, nouvelle tarification hospitalière, réforme de l'assurance maladie, ainsi que des dispositifs de santé publique concernant la périnatalité, la santé mentale, la précarité, les conditions de vie des personnes atteintes d'affection de longue durée, la clientèle des établissements pour personnes âgées. S'agissant de la connaissance des populations cibles seront abordés les phénomènes de violences, les trajectoires et l'insertion des nouveaux migrants, les consommations individuelles de soins, les métiers du travail social, la gestion des fins de carrière. Quant à la territorialisation, le suivi des politiques et des prestations décentralisées sera mis en œuvre. La Drees participera également au projet ELFE et recherchera les améliorations possibles au dispositif de suivi des effectifs hospitaliers.

Pour terminer, je soulignerai les opérations les plus emblématiques de ces programmes :

- l'étude des trajectoires des bénéficiaires de minima sociaux
- le maintien de la pérennité des dispositifs d'information dans ce domaine (RMI, AAH,...) ;
- l'enrichissement des dispositifs d'information de l'assurance maladie, à travers leur médicalisation ou par un enrichissement avec des sources externes, telles que les données relatives aux remboursements de l'assurance complémentaire ou du suivi des arrêts maladie ;
- l'amélioration du dispositif sur le personnel des établissements de santé ;
- le suivi de la population immigrée ;
- le travail relatif à la base permanente des équipements ;
- les données des assurances complémentaires, sachant que malgré l'avis donné l'an dernier par la Formation sur l'accès de la Drees aux données détenues par l'Autorité de contrôle des mutuelles et des assurances, nous avons rencontré des difficultés pour les obtenir.

2. Débat

François TUFFREAU, FNORS

A la lecture des documents remis par le Cnis, je souligne l'intérêt de cet inventaire. Toutefois, l'avant-projet de programme gagnerait à être présenté par thème, plutôt que par service producteur. J'ai noté que certaines bases de données ou certains travaux en semblent absents, comme les causes

médicales de décès, le baromètre santé,... Relèvent-ils de cet inventaire ? Par ailleurs, les systèmes d'information se sont certes améliorés depuis quinze ans, mais la restitution de l'information à la population apparaît extrêmement faible. Il est aujourd'hui difficile d'obtenir des données d'actualité et accessibles, par exemple concernant l'assurance maladie. S'agissant du PMSI, existe-t-il une analyse partagée au plan national ou régional ?

Enfin, la question de la démographie médicale aura des conséquences majeures sur l'organisation sanitaire dans les années à venir. Le répertoire partagé, en cours de constitution, n'est pas évoqué dans les documents. Peut-on en savoir plus ? Face aux comportements de professionnels de santé qui quittent leur exercice et à la désaffection des jeunes étudiants en médecine pour l'exercice libéral, quels sont les systèmes d'observation mis en place et comment ce phénomène est-il pris en compte dans les projections de démographie médicale ?

Jean de KERVASDOUÉ

S'agissant de l'organisation et du classement des sources statistiques, nous nous efforçons de réaliser des recensements thématiques, même si les deux clés d'entrée, thématique et institutionnelle sont utiles.

Quant à l'exploitation des données, j'ai demandé la publication des cartes des différents Groupes homogènes de séjour (GHS), certaines sont sur le site de la Drees. Les GHS ne sont pas tous exploités ni régionalisés. Mais cela dépasse le champ de notre formation.

Enfin, vous évoquez l'accès aux statistiques, leur interprétation et leur communication. A cet égard, la question de la démographie médicale me semble être la mieux connue. Les projections montrent que, même dans le scénario le moins favorable, nous compterons en 2045 davantage de médecins qu'il n'y en a aujourd'hui au Canada ou aux Etats-Unis. C'est pourquoi il me semble important de suivre plutôt d'autres phénomènes, comme les prescriptions réelles des médecins et leurs conséquences économiques et sanitaires. Sur les sources, je passe la parole à Philippe Cuneo.

Philippe CUNEO

L'exploitation des systèmes d'information de grande taille est fort coûteuse, en termes de mise à disposition d'une part et d'exploitation proprement dite d'autre part. En effet, ces systèmes sont avant tout des dispositifs de gestion, renseignés en fonction de leur utilité en termes de gestion. Ils comportent donc certaines données dont la qualité n'est pas satisfaisante, ce qui fait courir un véritable risque de mauvaise interprétation. Il ne suffit donc pas de donner largement l'accès à ces systèmes, car on ne peut pas les utiliser facilement. Ainsi, l'exploitation du PMSI par la Drees peut sembler insuffisante par rapport à la richesse de l'information de base. Cependant elle nous occupe déjà beaucoup et il n'est pas possible de faire davantage.

A titre d'exemple, dans le cadre de l'Institut des données de santé, la mise en place d'un échantillon de personnes ayant bénéficié des remboursements de l'assurance maladie et d'une assurance complémentaire se révèle extrêmement ardue, du fait de la diversité des systèmes des nombreux opérateurs complémentaires. Et il faudra ensuite que des équipes dédiées apprennent à bien connaître le système pour faire des exploitations de qualité.

Enfin, je me suis efforcé de me montrer exhaustif, non pas sur l'ensemble des bases de données existantes, mais sur les thèmes abordés par les avis d'opportunité et les projets contenus dans les programmes actuels.

Par ailleurs, la démographie médicale a fait l'objet d'études. Les projections à vingt ans ont été revues pour tenir compte du partage entre hospitaliers et libéraux des premières générations après l'examen national classant, qui ne correspond pas avec les hypothèses retenues au moment des projections initiales.

Dominique POLTON, CNAM-TS

S'agissant de l'assurance maladie, la restitution ou l'accès aux informations a été évoquée, ainsi que l'existence de lieux de partage des diagnostics à partir de ces données.

Tout d'abord, un calendrier de déploiement d'extractions formatées d'informations issues du SNIIRAM est aujourd'hui mis en œuvre. L'échantillon de bénéficiaires devrait être disponible avant la fin de l'année. Ces opérations d'envergure correspondent à un profond changement de philosophie et à une réelle mise à disposition. A cet égard, les caisses primaires pourraient utiliser le SNIIRAM plus largement qu'elles ne le font actuellement. Cependant, l'emploi des données de gestion pour des analyses se révèle délicate et nous rencontrons quotidiennement des problèmes d'utilisation,

d'interprétation, de compréhension de données. En conclusion, la mise à disposition des informations du SNIIRAM, conçu pour une large utilisation, progresse même s'il nous reste encore collectivement à apprendre à les utiliser. Mais on peut difficilement accélérer le processus.

Quant aux informations tirées des données statistiques, nous nourrissons le projet de mettre à disposition sur le site, ou dans d'autres bases, des données brutes pas très commentées, utilisables par tous, dont la qualité sera contrôlée de façon à ce que chacun puisse s'en saisir. Nous sommes d'accord pour dire que compte tenu de la masse d'informations engrangées, nous pourrions mettre plus d'informations sur le site.

IV. Examen des projets d'enquête pour avis d'opportunité

1. Enquête auprès des intervenants au domicile des personnes âgées

Nicole ROTH, Drees

L'enquête auprès d'un échantillon d'intervenants au domicile des personnes âgées est prévue par la Drees pour le troisième trimestre 2007. Elle vise à mieux connaître la population des intervenants, leur profil sociodémographique, les trajectoires qui les ont conduits vers cette activité à dominante féminine, les conditions d'exercice de ces métiers, la nature précise des interventions, avec un éclairage sur le cadre dans lequel s'effectuent ces activités, selon que les intervenants soient salariés d'une structure ou employés par des particuliers employeurs.

Cette demande trouve son origine dans les nombreuses évolutions de l'offre. En effet, la loi du 2 janvier 2002 a intégré les services d'aide à domicile dans le champ de l'action sociale et médicosociale au même titre que les établissements. De même, l'accord de branche du 29 mars 2002 a contribué à définir plus précisément les conditions d'emploi, de rémunération et les classifications du secteur. Enfin, le plan Borloo a encouragé le développement des services à la personne et l'Agence nationale des services à la personne a été créée. S'agissant de la demande, la création de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001 a contribué à solvabiliser la demande. En outre, le vieillissement de la population accroît les besoins actuels et probablement futurs, comme le rapport du Commissariat général du Plan et les événements survenus lors de la canicule l'ont mis en lumière.

Les thèmes abordés regroupent notamment les caractéristiques des intervenants, la nature des interventions, l'ancienneté dans le métier, les trajectoires, le nombre d'heures travaillées et les perspectives professionnelles, dans le contexte de professionnalisation de cette activité, à travers la délivrance de diplômes et la reconnaissance des acquis de l'expérience.

Aujourd'hui, des données de cadrage quantitatif sont produites de façon régulière par la Dares et l'Agence centrale des Organismes de Sécurité sociale (Acos). La Dares réalise en effet chaque année un état des lieux des emplois familiaux, avec l'inconvénient de doubles comptes possibles. L'Acos n'étudie que les particuliers employeurs. Par ailleurs, l'enquête SAPAD de la Drees en 1999 portait uniquement sur les services et non sur les particuliers employeurs. L'Institut de retraite complémentaire des employés de maison (IRCEM) a également mené une enquête en 2002. Néanmoins, eu égard à l'actualité du thème, ces données apparaissent datées.

L'enquête sera menée auprès de 5 000 intervenants, salariés identifiés dans un échantillon d'organismes agréés de services à la personne, ou employés directement par des particuliers et tirés au sort dans les bases de données des organismes chargés de recouvrir les cotisations sociales des employeurs.

Le comité de pilotage devrait se réunir à partir de septembre et rassemblera la Drees, la Dares, la DGAS, la Caisse nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), l'Agence nationale des services à la personne, l'IRCEM, la CNAV et les représentants des fédérations de services d'aide à domicile. Les premiers résultats devraient être disponibles au cours du premier semestre 2008.

Romain GUERRY, UNIOPSS

Est-il prévu de spécifier la nature de l'employeur, en distinguant entreprise à but lucratif et association ? Et l'appartenance à un réseau associatif ?

Nicole ROTH

Il est effectivement prévu d'identifier les deux types d'employeur parmi les organismes agréés, mais la robustesse des résultats dépend de la taille de l'échantillon. Par ailleurs, la faisabilité de prendre en compte l'appartenance à un réseau associatif sera étudiée.

Jean-Marie GROSBRAS

Je souhaite rappeler que le comité du label ne peut se prononcer que sur des points figurant explicitement dans l'avis d'opportunité donné par la Formation. La rédaction de l'avis mérite donc d'être la plus précise possible sur les thèmes qui seront abordés. Le comité étudiera en effet si les moyens mis en oeuvre correspondent bien à la question posée. En particulier, les réseaux associatifs me semblent essentiels dans ce domaine.

La formation Santé, protection sociale émet un avis d'opportunité favorable à l'enquête.

2. Enquête Handicap santé**Guy DESPLANQUES, Insee**

Cette enquête entre dans le dispositif quinquennal d'enquêtes sur la santé qui auront alternativement un volet santé et un volet handicap. Celle-ci sera davantage orientée vers le handicap, mais nous souhaitons également répondre à des demandes d'indicateurs sur la santé.

Sur le handicap, les objectifs sont de renouveler le travail effectué lors de l'enquête HID de 1998-1999, s'agissant de la mesure de la prévalence des handicaps divers ou du décompte du nombre de personnes handicapées selon la nouvelle classification du handicap de l'OMS, ainsi que d'évaluer les besoins d'aide. On s'intéresse en effet à la population générale, même si on essaie de sur représenter les personnes ayant un handicap.

Il s'agit également de fournir des indicateurs pour la loi quinquennale de santé et d'intégrer les modules européens de questionnement élaborés par Eurostat, afin de renforcer la comparabilité des enquêtes à l'échelle européenne.

Cette enquête pose un problème en matière de base de sondage. En 1999, nous avons bénéficié de l'enquête filtre Vie quotidienne et santé (VQS) réalisée avec le recensement. On ne pourra pas utiliser ce moyen pour la nouvelle enquête car l'Insee a souhaité ne pas réaliser d'enquêtes associées pendant les cinq premières années du nouveau recensement. Par conséquent, nous devons construire une enquête de filtrage *ad hoc*, ce qui justifie la demande d'avis dès cette année. L'enquête de filtrage est en effet programmée en 2007, et l'enquête Handicap-santé en 2008. L'opération de filtrage nécessitera d'interroger environ 90 000 ménages afin de retenir environ 25 000 personnes. Nous en attendons 18 000 répondants, et peut-être 10 000 à 11 000 personnes handicapées mais cela dépend de la définition que l'on retient. En communauté, nous envisageons une enquête auprès de 10 000 personnes pour 9 000 répondants attendus.

Le travail de préparation a commencé avec l'affectation d'un chargé d'étude. Un groupe de travail prépare le questionnement, et nous commençons la recherche des financeurs. Après l'enquête de filtrage en 2007, l'enquête sur le terrain en ménages ordinaires aurait lieu fin 2008 et l'enquête auprès des communautés se déroulerait début 2009. Je précise que cette enquête sera préparée avec la Drees.

François TUFFREAU

Quel est le bilan des extensions régionales de l'enquête HID de 1998-1999 ? Des extensions similaires sont-elles prévues dans la nouvelle enquête ?

Guy DESPLANQUES

La question des extensions s'est posée. Une seule extension départementale de l'enquête HID a été effectuée en 1999, après des extensions de l'enquête VQS. Pour cette nouvelle enquête, le processus d'enquête filtre rend difficile toute extension régionale ou départementale car ce serait très coûteux. Nous voulons essayer d'utiliser les collectes annuelles du nouveau recensement, faites par sondage,

ce qui réduit les possibilités d'interrogation des personnes habitant dans ce que nous appelons l'échantillon maître. A mon sens, si des demandes d'extensions régionales apparaissent, il faudrait prévoir de les réaliser plus tard, en espérant pouvoir alors utiliser des enquêtes de type VQS du recensement.

Jean de KERVASDOUÉ

Je voudrais dire qu'un travail remarquable a été réalisé à la suite de l'enquête de 1998-1999. Nous nous étions battus pour qu'elle ait lieu. S'agissant du financement de l'enquête, les départements jouent aujourd'hui un rôle central dans les dépenses publiques mais ils investissent peu dans ce domaine.

Par ailleurs, nous devons prendre garde au vocabulaire s'agissant du handicap. Il peut sembler surprenant que 11 000 personnes avec un handicap soient identifiées parmi 18 000 interrogées, d'autant que notre système ouvre généralement un droit à indemnité, contrairement au droit anglo-saxon qui ouvre une le droit à une procédure aux personnes souffrant d'un handicap. J'insiste donc sur la nécessité d'une explication de ce que l'on entend par handicap et handicapé lors de la publication des résultats, notamment dans les échanges avec la presse.

Bruno VENTELOU, ORS-PACA, INSERM, CNRS

Est-il prévu un appariement de cette enquête avec les données de l'assurance maladie et de le mentionner dans l'avis d'opportunité ?

Guy DESPLANQUES

Cet appariement n'est pas prévu car nous privilégions le handicap. Par contre, nous nous interrogeons sur l'éventualité de réaliser une seconde enquête sur une partie de l'échantillon et nous demanderons à la CNIL de pouvoir conserver les adresses dans cette perspective.

Catherine SERMET, Irdes

S'agissant de l'appariement, le groupe de conception de l'enquête s'interroge sur la nécessité de recueillir des informations sur la consommation de soins médicaux de cette population handicapée, informations qui manquaient manifestement dans la précédente enquête.

Philippe CUNEO

Il me semble utile de prévoir cette possibilité d'appariement avec les données du SNIIRAM dans l'avis d'opportunité.

Nicole ROTH

De plus, il est prévu d'apparier les résultats avec l'état civil pour étudier la mortalité des personnes.

Guy DESPLANQUES

Ce point est précisé dans la fiche.

Benoît RIANDEY, Ined

De même, il serait intéressant de prévoir un appariement avec les données économiques, revenus et allocations.

Jean de KERVASDOUÉ

Je note que les questions d'appariement sont prises en compte.

La formation Santé, protection sociale émet un avis d'opportunité favorable à l'enquête.

V. Examen de demandes d'accès à des fichiers au titre de l'article 7bis de la loi de 1951

1. Demande auprès de la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF)

Sabine BESSIERE, Drees

La Drees présente deux demandes d'accès dans le cadre de l'article 7bis de la loi de 1951 modifiée. La première s'adresse à la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF). Les données demandées concernent l'identifiant anonymisé des médecins, qui permettrait un suivi en panel d'une année sur l'autre, les caractéristiques personnelles des médecins, les composantes de leurs revenus et de leurs honoraires, les caractéristiques de leur exercice, et des éléments d'historique sur leur carrière.

L'objectif est d'analyser les écarts entre les estimations de revenus publiées par différentes institutions, notamment la Carmf et la Drees ; d'étudier plus finement les revenus individuels des médecins, leurs déterminants, leur évolution au long de la carrière ; et d'étudier leurs revenus complets puisque la Carmf envisage, à la demande de la Drees et de la direction de la sécurité sociale, de saisir les revenus salariaux des médecins. Enfin, ces données permettraient d'étudier les comportements des médecins pour préciser et valider les hypothèses qui rentrent dans les modèles de projection démographique.

Nous disposons aujourd'hui des données provenant des déclarations fiscales des bénéficiaires non commerciaux, mais il s'agit là de données d'entreprise, qui ne fournissent aucune information sur les caractéristiques du médecin. Nous disposons également des informations du système national inter régimes de la CNAM, qui ne portent toutefois que sur les honoraires et non sur les revenus du médecin. Enfin, les sources généralistes, comme l'enquête revenus fiscaux, ne permettent pas de distinguer finement les médecins.

Par ailleurs, les travaux statistiques prendraient la forme de comparaisons de statistiques agrégées. La CARMF transmettrait un fichier annuel ainsi que, la première année, les données antérieures disponibles.

François TUFFREAU

La densité médicale différant largement d'une région à l'autre, la perception des problèmes varie probablement également selon la région. Cette base de données offrirait des informations intéressantes sur l'évolution du comportement des médecins, pour lequel nous disposons de données empiriques. Il semble que certains médecins de 40 à 50 ans quittent leur activité.

Sabine BESSIERE

Notre objectif est bien de recueillir davantage d'informations sur les cessations d'activité et les trajectoires professionnelles des médecins.

Jean de KERVASDOUÉ

Cette opération me semble déterminante pour la profession et cette source objective d'informations sur les revenus permettrait des avancées.

La formation Santé, protection sociale émet un avis favorable à la transmission des données.

2. Demande auprès du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes

Jean de KERVASDOUÉ

Une demande similaire est présentée à l'ordre des chirurgiens dentistes.

La formation Santé, protection sociale émet un avis favorable à la transmission des données.

VI. Enquête sur la prime pour l'emploi et les obstacles à la reprise d'emploi

Jean de KERVASDOUÉ

Ce point a été ajouté à l'ordre du jour, pour information.

Sylvie LE MINEZ, Drees

La Dares, la DGTPPE et la Drees ont en effet élaboré un projet d'enquête auprès des bénéficiaires effectifs ou potentiels de la prime pour l'emploi. Instauré en 2001, ce dispositif poursuivait deux objectifs : inciter au retour à l'emploi les personnes ayant de faibles perspectives de salaire sur le marché du travail, et améliorer le niveau de vie des personnes à bas revenu d'activité. Ce second volet, redistributif, apparaît aujourd'hui renseigné de manière satisfaisante, au travers des enquêtes statistiques ou des sources administratives. En revanche, il n'en est pas de même du volet emploi, comme la Cour des Comptes l'a souligné.

C'est pourquoi nous proposons une enquête sur ce dispositif, en mettant l'accent sur l'emploi ce qui explique que l'avis d'opportunité sera demandé à la formation Emploi, revenus. Cette enquête a deux objectifs principaux. Tout d'abord, le manque de visibilité du dispositif est souvent accusé de nuire à son efficacité ; il convient donc d'évaluer la connaissance du dispositif par les bénéficiaires potentiels. Il importe également d'améliorer la connaissance des freins au retour à l'emploi des personnes, qu'ils soient monétaires ou non, et de qualifier le rôle de la prime vis à vis de ces obstacles.

Les opérations de terrain sont prévues pour le début 2007, avec des résultats fin 2007.

Jean-Marie GROSBRAS

Cette enquête me semble poser des difficultés techniques. Eu égard aux thèmes abordés, n'était-il pas possible d'ajouter quelques questions spécifiques dans des dispositifs d'enquête existants déjà, notamment sur l'emploi, plutôt que de monter une nouvelle enquête coûteuse et dont les caractéristiques techniques ne sont pas bien assurées ?

Sylvie LE MINEZ

Nous menons une réflexion sur les caractéristiques techniques de l'enquête. Quant à la connaissance du dispositif, les enquêtes actuelles ne nous fournissent pas de renseignements suffisants et l'introduction de nouvelles questions n'entre pas dans les calendriers des opérations prévues, en particulier celui de l'enquête emploi.

VII. La CNIL et les statistiques

Jeanne BOSSI, CNIL

Je rappellerai les principes de la loi informatique et libertés et les modifications induites par la loi d'août 2004, en particulier dans les domaines de la santé, de la recherche médicale et des statistiques.

Tout d'abord, la modification d'août 2004 n'a pas apporté de révolution dans les principes, mais a précisé certaines notions. Une donnée à caractère personnel reste ainsi définie comme une information relative à une personne physique, qui permet de l'identifier directement ou indirectement, ce dernier terme étant essentiel, eu égard aux méthodes d'anonymisation existantes. En outre, le traitement de données à caractère personnel comprend les modalités de collecte, de transmission des données ainsi que les opérations de conservation, voire de destruction des informations. Ces deux notions sont importantes car tout traitement de données à caractère personnel rentre dans le champ d'application de la loi informatique et libertés et doit donc en respecter les principes et les procédures.

La notion de responsable du traitement a été affinée à l'occasion de la modification législative d'août 2004. Ce responsable est aujourd'hui la personne, l'autorité publique, le service ou l'organisme qui

détermine les finalités du traitement et les moyens à mettre en œuvre pour l'atteindre. La détermination du responsable du traitement est décisive, car les obligations de sécurité pèsent sur lui. Il doit être établi sur le territoire français- une installation stable suffit même si elle n'est pas reconnue juridiquement- et il doit recourir à des moyens de traitement situés sur le territoire français. Les traitements par Internet qui ne font que transiter par le territoire français sont ainsi exclus.

Une fois le responsable du traitement de données à caractère personnel identifié, la CNIL s'assure que les principes de la loi informatique et libertés sont respectés. Pour ce faire, elle examine les conditions de licéité des traitements, les moyens mis en œuvre pour respecter les droits des personnes et l'expertise des moyens de sécurité prévus pour garantir la confidentialité.

Premièrement, les conditions de licéité des traitements s'articulent autour de la notion centrale de finalité. Les données collectées doivent ainsi être pertinentes et non excessives au regard de cette finalité. Elles doivent être mises à jour et exactes. La collecte doit être conduite selon des motifs légitimes. A cet égard, la modification législative d'août 2004 a permis la reconnaissance des finalités statistiques, de recherche scientifique ou historique des fichiers, ce qui permet, sous certaines conditions, de réutiliser des données collectées initialement pour une finalité déterminée différente de celle qui sera poursuivie par des travaux statistiques ultérieurs, mais toujours dans le cadre de la loi informatique et libertés.

Deuxièmement, la CNIL veille au respect des droits des personnes. C'est l'un des points sur lequel la Cnil porte particulièrement son attention Au titre de la loi, l'individu doit être informé préalablement de son appartenance à un fichier, de l'identité du responsable du traitement, de la finalité du traitement, du caractère obligatoire ou facultatif de sa participation, de l'identité des destinataire des données, ainsi que des modalités d'exercice de son droit d'accès, de communication, de rectification, d'opposition, de suppression dans certains cas. L'individu doit également être informé des transferts éventuels hors de l'Union européenne, sécurisés au travers de clauses contractuelles ou de dispositifs divers. Il n'a pas à être informé des transferts au sein de l'Union européenne, car la loi de 2004 est intervenue pour transposer une directive européenne d'octobre 1995 sur la protection des données personnelles de santé et l'on considère que l'Union européenne constitue une sphère de sécurité en matière de protection des données personnelles.

Troisièmement, la CNIL exerce son contrôle sur les moyens permettant d'assurer la confidentialité des données, aspect primordial dans le domaine de la santé et de la recherche médicale, alors même que se développent des projet comme le dossier médical personnel (DMP) qui serait directement accessible sur Internet. Cette obligation de confidentialité pèse sur le responsable du traitement et elle est sanctionnée pénalement en cas de non respect. La CNIL l'apprécie à travers l'examen des mesures de sécurité physiques et logiques proposées dans le dossier, adaptées à la nature des données et aux risques présentés par la nature des traitements. L'exigence n'est pas la même selon que l'application comporte des données très indirectement nominatives et non échangées sur un réseau ou si les données sont directement nominatives et échangeables sur internet, comme le projet de DMP par exemple. La CNIL a accru ses exigences en la matière, mais elles sont réalistes, au regard du développement considérable des dispositifs de sécurité existants sur le marché, tant dans le domaine de l'anonymisation des données que du cryptage des informations.

La loi prévoit que des décrets pris après avis de la CNIL pourront fixer les prescriptions techniques des traitements mis en œuvre, notamment par les professionnels de santé. De surcroît, du fait de l'application de la loi d'août 2004 portant réforme de l'assurance maladie et depuis la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades, il est également prévu qu'un décret vienne déterminer les cas dans lesquels, en particulier, il serait nécessaire de recourir à la carte de professionnel de santé qui permet à la fois d'authentifier ce dernier et de sécuriser les échanges. La CNIL s'est prononcée sur ce décret en octobre 2005, il devrait sortir prochainement.

Par ailleurs, la modification législative d'août 2004 a consacré le caractère sensible des données de santé, alors qu'elles n'étaient pas citées en tant que telles dans la loi informatique et libertés de 1978. Il est en principe interdit de collecter et de traiter les données sensibles, sauf exceptions énumérées par le législateur de façon limitative. Ces exceptions comprennent le consentement exprès, c'est-à-dire écrit, de la personne, sauf dans le cas où la loi prévoit qu'il ne suffit pas et qu'un cadre juridique déterminé est nécessaire. De même, sont admis les traitements mis en œuvre par les médecins et les biologistes dans le cadre de l'exercice de la médecine, la recherche dans le domaine de la santé, les traitements statistiques réalisés par l'Insee ou par l'un des services statistiques ministériels dans le

respect de la loi de 1951 après avis du Cnis, les traitements qui poursuivent un intérêt public, notion introduite en 2004, et les traitements de données qui font l'objet à bref délai d'un procédé d'anonymisation. Dans tous ces cas la loi permet de traiter des données de santé qui sont considérées comme sensibles.

En outre, l'informatique ayant considérablement évolué entre 1978 et 2004 et la distinction entre secteurs privé et public n'ayant plus vraiment lieu d'être, il est apparu que le rôle de la CNIL n'était pas de contrôler tous les fichiers, mais de porter son attention sur ceux d'entre eux qui présentent des risques particuliers, de par la nature des données collectées ou les finalités poursuivies. C'est dans cet esprit qu'il faut entendre la simplification des formalités préalables prévues par la loi informatique et libertés, accompagnée d'un renforcement des pouvoirs de contrôle et de sanction de la CNIL. La Commission est désormais dotée d'une formation restreinte, qui se réunit tous les quinze jours pour se prononcer sur des sanctions possibles.

Aujourd'hui, le régime de droit commun est la simple déclaration du fichier, par la voie d'un formulaire assorti d'un certain nombre d'informations sur le traitement envisagé. Si la CNIL désire en savoir davantage, elle s'adressera à l'auteur de la déclaration. Cette déclaration pourra bientôt être effectuée sur Internet, ce qui est déjà le cas pour un certain nombre de déclarations simplifiées. Tous les fichiers de gestion administrative et médicale mis en œuvre à l'hôpital pour la gestion des soins entrent dans le cadre de la simple déclaration, de même que les fichiers de gestion du dossier médical, dès lors qu'ils ne sortent pas de l'hôpital. Une norme simplifiée a même été adoptée en novembre 2005 pour la médecine de ville. Elle permet de télédéclarer la gestion du dossier médical ; un certain nombre de conditions ont cependant été fixées pour la sécurité du dispositif, par exemple le recours obligatoire à la carte de professionnel de santé.

Néanmoins, certains projets restent soumis à un régime d'autorisation préalable. Il en va ainsi pour les traitements qui poursuivent un intérêt public, ce qui inclut tous les réseaux de soins et évidemment ce qui concerne le dossier médical personnel (DMP). La CNIL reprend sur ce point les termes de la loi portant réforme de l'assurance maladie, qui a clairement inscrit le DMP dans un objectif de coordination des soins et de réduction du déficit assurance maladie, intérêt public impérieux. Un encadrement juridique a été annoncé dans la loi du 13 août 2004, mais demeure incomplet à ce jour. La CNIL a toutefois accepté, en concertation avec le GIP DMP et le Ministère, de se prononcer sur des expérimentations, qui sont imminentes dans 13 régions et 17 sites pilotes. Le cadre juridique et technique comprend actuellement le décret sur l'hébergement des données de santé paru en janvier 2006 ; celui sur la confidentialité des données de santé devrait sortir prochainement. De ces expérimentations devraient émerger des enseignements, qui permettront la rédaction d'un décret sur le contenu du DMP et l'identifiant du patient prévu par la loi du 13 août 2004.

Pour les expérimentations, un identifiant particulier, le NIS, a été créé, mais il ne préjuge en rien de la solution qui sera retenue lors du déploiement généralisé du DMP en 2007. En outre, la CNIL a rendu ses avis sur les six candidats à l'hébergement du DMP pour les expérimentations. Nous attendons à présent les avis du Comité d'agrément des hébergeurs et les décisions d'agrément du Ministre. La CNIL devra alors autoriser le GIP DMP, considéré comme responsable des traitements pour les expérimentations, à lancer celles-ci. Ce devrait être fait dans quatre à six semaines.

Enfin, dernier exemple, les traitements des services médicaux des caisses, dont la CNIL a considéré qu'ils poursuivaient un intérêt public, sont soumis au régime d'autorisation.

De même, les traitements statistiques de l'Insee et des services statistiques ministériels sont soumis au régime de l'autorisation, avec avis du Cnis nécessaire, mais également avec la possibilité de bénéficier d'une décision unique de la CNIL. En effet, pour les traitements présentant des modalités de conduites similaires et des destinataires souvent identiques, la procédure d'autorisation prévoit que la Cnil peut rendre une décision unique, à laquelle pourraient par la suite se référer tous les responsables de traitement qui souhaitent mettre en œuvre des opérations respectant le même schéma. Cette démarche simplifie le travail des déclarants comme celui de la CNIL. En effet, le législateur n'ayant pas prévu de délégation au sein de la Cnil pour les autorisations, elles doivent toutes être examinées en séance plénière ce qui est très lourd. Enfin, les traitements relatifs au recensement de la population sont soumis à un avis motivé et publié de la CNIL.

Par ailleurs, la recherche dans le domaine de la santé est soumise à un régime d'autorisation depuis la loi de bioéthique de 1994, qui permet une levée du secret professionnel, sous certaines conditions, au bénéfice de la recherche. L'avis de la CNIL doit être précédé de l'avis d'un Comité consultatif placé

après du Ministère de la Recherche, chargé de se prononcer sur la méthodologie de la recherche et la nécessité de recourir à des données identifiantes. Dans ce cadre, l'information de la personne doit impérativement être individuelle. La loi prévoit évidemment des dérogations à cette obligation dans le cas d'enquêtes de mortalité ou lorsque les personnes sont perdues de vue, mais ces dérogations sont délivrées au cas par cas. Là encore, une simplification des procédures a été recherchée, notamment en matière de recherches biomédicales, pour lesquelles une nouvelle méthodologie a été adoptée en janvier 2006. Ainsi, un simple engagement de conformité à la méthodologie de référence peut être adressé à la CNIL.

Je terminerai par un dispositif d'autorisation introduit dans la loi informatique et libertés au moment de la polémique ayant entouré la diffusion des données du PMSI à la fin des années 90. Le législateur a considéré que ces données n'étaient pas complètement anonymes et a confié le contrôle de leur diffusion à la CNIL en incluant dans la loi un chapitre particulier sur l'évaluation des pratiques de soins. Elle concerne non seulement les données du PMSI mais aussi toutes les études qui visent à évaluer les pratiques de soins, dès lors que ni le nom, ni le prénom ni le numéro de sécurité sociale ne sont collectés. Ces études indirectement nominatives sont autorisées par la Cnil sans passage par un comité intermédiaire. Cette procédure est utilisée aujourd'hui pour la conduite d'études observationnelles qui ne nécessitent pas des données directement nominatives, et pour l'accès à certaines informations du SNIIRAM.

Enfin, le régime d'autorisation s'applique aux techniques d'anonymisation. Le recours à un procédé d'anonymisation à un bref délai permet la transmission des données. A titre d'exemple, la CNIL a autorisé à titre expérimental et pour une durée limitée trois sociétés d'assurance maladie complémentaire, la FNMF, AXA France et Swiss Life, à accéder aux données figurant sur les feuilles de soins transmises à l'assurance maladie, sous condition d'anonymisation. Le système a été évalué par la Cnil et la Direction centrale de la sécurité des systèmes d'information (DCSSI) est chargée de l'expertiser pour que nous puissions nous prononcer définitivement à l'issue de l'expérimentation.

VIII. Dossier médical personnel – DMP

1. Le point de la législation et le développement de la mise en oeuvre

Annie PREVOT, Ministère de la Santé, direction de la sécurité sociale

Le dossier médical personnel a été créé par la loi d'août 2004. Les parlementaires ont alors décidé de rendre ce dossier obligatoire pour l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie, tout en se référant à la loi du 4 mars 2002 traitant de l'hébergement des données de santé. La seule contrainte consiste en d'éventuelles sanctions financières si le patient ne présente pas son dossier au médecin. L'objectif de ce dossier est d'améliorer la coordination des soins entre la médecine de ville et l'hôpital et de mieux réguler les dépenses de santé, en évitant notamment les examens redondants ou les accidents liés à des interactions médicamenteuses.

Entre 650 et 700 amendements ont été présentés sur ce texte, la protection de la vie privée se trouvant au cœur du débat. En particulier, les conditions d'accès au DMP par les professionnels ont été débattues, notamment pour les urgentistes lorsque que le patient n'est pas en état de donner son consentement. La loi a réglé certains cas, par exemple en interdisant l'accès au DMP au médecin du travail dans le cadre de maladies professionnelles, ainsi qu'aux assureurs. En outre, les parlementaires ont souhaité que les données ne soient pas centralisées, mais réparties entre plusieurs hébergeurs au choix du patient, mais ce point est en débat aujourd'hui notamment avec le choix d'un hébergeur public de référence. De plus, ces données, même anonymes, ne pourront pas être cédées à titre onéreux. Les projets des hébergeurs ne pourront donc pas être équilibrés par ce biais.

Enfin, la question du recours à un identifiant unique, le NIR, ou à deux indicateurs distincts pour des données d'assurance maladie et de santé n'a pas été tranchée. Dans le cadre des expérimentations, un nouvel identifiant a été créé.

Le DMP constitue un enjeu de santé publique mais soulève également des enjeux économiques et financiers importants, aussi bien sur son coût que sur les améliorations possibles du système de santé, à moindre coût.

Le ministère et le GIP DMP ont commencé à rédiger un décret pour définir le contenu du DMP et les personnes qui y auront accès.

Jean de KERVASDOUÉ

Pourquoi ne nous présentez-vous pas la loi, plutôt que le projet de décret ? La loi dispose en effet clairement que le DMP contiendra toutes les données concernant les actes de soin et la prévention pour tous les français. Cette double exhaustivité me semble impossible à atteindre et la conformité du décret à la loi posera problème.

Annie PREVOT

La loi dispose précisément que « *le médecin reporte dans le dossier médical, à l'occasion de chaque acte de consultation, des éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination de la personne prise en charge. En outre, à l'occasion du séjour d'un patient, les professionnels de santé reportent sur le dossier médical les principaux éléments résumés relatifs au séjour hospitalier* ». Il y a également un article sur la prévention. Le décret a pour but de définir ces éléments.

Les groupes de travail du GIP se sont interrogés sur les éléments devant figurer dans le dossier, dans le cadre d'une coordination de soins. Ils ont ainsi déterminé que le DMP comportera :

- un volet de données générales comportant nom, prénom du patient ;
- un volet de soins, relatif aux pathologies en cours, traitements, comptes-rendus de séjour hospitalier, avec l'historique sauf si le patient demande que l'on efface ou que l'on masque certaines informations ;
- un volet de prévention ;
- un volet d'imagerie ;
- un volet d'urgence, contenant des informations accessibles aux urgentistes, l'accord du patient étant exprimé une fois pour toute et valable même si le patient est inconscient au moment de l'accès.

En revanche, l'inclusion de données médico-sociales, demandées par certains participants aux groupes de travail, n'a pas été retenue à l'heure actuelle.

Les professionnels de santé et les professions paramédicales auraient accès au DMP, les urgentistes uniquement au volet d'urgence.

Un deuxième décret d'application concernera l'identifiant de santé. Les expérimentations testeront le scénario mettant en œuvre un nouvel identifiant, le NIS, sans préjuger de la solution qui sera retenue lors du déploiement. La question se pose de l'acceptation par les patients d'un autre numéro que le NIR auquel ils sont habitués. Par ailleurs, le rôle d'un tiers de confiance, public ou privé, soulève des interrogations.

En termes de calendrier, les expérimentations se dérouleront pendant six mois et concernent 5 000 DMP par hébergeur, sur 17 sites pilotes dans 13 régions. Les agréments sont en cours. Le déploiement est prévu pour 2007.

Les expérimentations nous permettront d'identifier les conditions d'appropriation de l'outil par les acteurs, patients et professionnels de santé. Le dossier servira-t-il dans tous les cas, sera-t-il rempli de manière exhaustive, ... A titre d'exemple, les premières expérimentations sur le projet Webmédecin (accès par les médecins aux données de l'assurance maladie) montrent que les médecins n'y recourent que pour des patients nomades. En outre, nous pourrions juger de la qualité des services rendus par les hébergeurs. Enfin, les expérimentations permettront de valider les éléments techniques, notamment l'accès par Internet, et d'alimenter la rédaction du cahier des charges de généralisation.

Pour terminer, certaines questions demeurent en suspens. Tout d'abord, l'exploitation par des épidémiologistes n'est pas explicitement prévue dans la loi mais semble possible au regard de la loi CNIL. Cependant, l'acceptation par les patients du DMP n'étant pas acquise, il n'a pas semblé opportun de l'ouvrir dès le départ à des traitements épidémiologiques. En outre, une codification et une structuration de ce dossier seraient nécessaires à son exploitation par la recherche. Or dans les expérimentations le dossier n'est pas structuré, les médicaments sont codés, mais pas les

pathologies. Et rien ne permettra de relier un diagnostic à un traitement et des radios par exemple. Il semble plus prudent d'attendre une montée en charge significative du DMP avant d'envisager un traitement à des fins statistiques.

Jean de KERVASDOUÉ

Le DMP contiendra simplement l'image informatique d'un document papier, ce qui n'est pas un dossier vivant.

Annie PREVOT

De plus, la question de l'exhaustivité est posée. Celle de l'identifiant également, aussi bien pour recouper les informations du DMP avec d'autres données de santé que pour l'alimenter au départ avec les informations de l'assurance maladie, il faudra une passerelle entre l'identifiant de santé et le NIR. Quel sera le point de vue des patients et de la Cnil sur ces croisements de données ?

Enfin, le support juridique, l'organisation et le financement de l'exploitation de ces données soulèvent de nombreuses questions.

Jeanne BOSSI

La CNIL suit attentivement ce projet depuis le départ et s'était d'abord interrogée sur le caractère obligatoire du DMP. Elle avait jusqu'alors considéré qu'un dossier de partage de données de santé sur Internet n'était pas obligatoire et que le patient devait donner son accord. La Commission a finalement accepté par un vote majoritaire de lier le niveau de remboursement des soins à la tenue et à la création d'un DMP, à condition de respecter des mesures strictes de sécurité et d'interdire l'accès de ce dossier à certains acteurs, comme les compagnies d'assurance. La CNIL fait partie du comité d'orientation du GIP DMP. A ce stade, il me paraît essentiel de distinguer les expérimentations de la généralisation. Les premières se déroulent dans un cadre juridique spécifique et selon des conditions techniques particulières, et ne préjugent pas forcément des modalités juridiques et techniques selon lesquelles sera conduite la généralisation. Elles sont toutefois nécessaires pour pouvoir dire que l'on généralise le DMP.

2. L'accès aux données des statisticiens et des chercheurs

Jean de KERVASDOUÉ

Mme le professeur Quantin, pouvez-vous nous dire en deux mots, puisque vous nous avez remis un document sur table, ce qu'est le Nis et quelles sont les conditions d'accès que vous souhaiteriez dans l'éventualité de l'existence future du DMP ?

Catherine QUANTIN, Secrétaire générale de l'association des épidémiologistes de langue française

Il apparaît clairement que le contenu du DMP n'est pas finalisé. La notion de pathologie diagnostiquée par le médecin est essentielle, car elle n'est présente que dans très peu de sources de données et généralement limitées aux ALD (affections de longue durée) et, pour le PMSI, aux hospitalisations. Les informations du DMP ne sont pas encore structurées, mais j'ai cru entendre dans le groupe de travail que les antécédents seraient codés à partir des classifications internationales des maladies. Notre principal souci réside dans la difficulté de consulter des comptes-rendus, même si des techniques informatiques permettent d'exploiter en partie ces données. Il nous faudra donc attendre la structuration du dossier pour pouvoir utiliser les données à des fins statistiques et épidémiologiques, et nous souhaitons que ce soit possible.

En effet, l'apport du DMP à l'épidémiologie sera considérable, notamment en termes d'études descriptives longitudinales de l'état de santé de la population, actuellement impossibles avec les autres systèmes d'information. A titre d'exemple, le SNIIRAM ne contient que la prise en charge donnant lieu à un remboursement et pas les pathologies. Par l'utilisation d'un identifiant commun et d'un appariement sécurisé avec le PMSI, le SNIIRAM peut être complété avec les données pour les hospitalisations de court séjour, mais pas pour les consultations ni pour les longs séjours. Au

contraire, les données du DMP permettraient une description par pathologie, utile tant sur le plan épidémiologique que sur le plan médico-économique.

Les données du DMP sont soumises à la loi informatique et libertés, comme toutes les données de santé, lorsqu'il s'agit d'un traitement de données à caractère personnel à des fins de recherche en santé. La décision d'interdiction de tout traitement statistique des données du DMP a ému l'Académie des Sciences, l'Académie de médecine, les associations d'épidémiologistes, de statisticiens, les collèges d'enseignants de santé publique et de biostatistiques, qui se sont réunis dans un communiqué commun résumant leur article qui vient d'être publié dans la *Revue d'épidémiologie et de santé publique*.

Ainsi, l'idée d'une utilisation du DMP à des fins statistiques suscite aujourd'hui l'intérêt, notamment pour son apport à la prévention. Cependant, même si cette idée était adoptée, l'utilisation statistique demeurerait problématique. D'une part ces données ne seront pas toujours exhaustives, en raison du nécessaire consentement des patients, et d'autre part leur validation implique un rapprochement avec d'autres sources, on l'a vu pour le PMSI. C'est pourquoi les épidémiologistes prônent une possibilité d'appariement sécurisé des données du DMP avec d'autres sources. Or, la solution préconisée par le comité d'orientation du DMP et retenue pour les expérimentations ne permet pas cet appariement. En effet, le NIS sera construit par le tiers de confiance à partir du bordereau de demande envoyé par le patient à l'assurance maladie et non à partir du NIR. Le numéro de bordereau permettra à l'assurance maladie de s'assurer de l'unicité de la demande, mais il n'existera pas de table de correspondance entre le NIR et le numéro de bordereau. Le chaînage entre le NIS et le NIR est rendu impossible, de même que tout appariement sécurisé des données du DMP et d'autres sources. L'enjeu actuel consiste donc à faire évoluer cet identifiant et en recourant à des techniques d'anonymisation, de hachages successifs, de permettre un appariement des données du DMP et d'autres sources, dans les conditions prévues par la loi.

Aujourd'hui, le soutien du Cnis est sollicité sur les trois points suivants :

- la reconnaissance de l'intérêt public au traitement épidémiologie du DMP, sous réserve de l'accord du patient ;
- la recommandation d'une identification du patient permettant un appariement sécurisé avec les grandes sources de la santé publique ;
- l'inscription au contrat d'hébergement d'une proposition d'accord pour que le patient puisse donner son accord au traitement statistique des données le concernant à des fins de recherche médicale et de santé publique, dans le respect de la confidentialité et du secret médical et statistique.

Tel que le dispositif est prévu, le patient n'a pas la possibilité de donner son accord au traitement des données le concernant. C'est une atteinte à la liberté du patient, qui ne pourra pas s'opposer à la constitution du DMP, en raison de l'existence de sanctions financières, mais qui ne dispose pas de la possibilité d'exprimer sa volonté que le dossier soit utilisé à des fins de recherche médicale.

Jean de KERVASDOUÉ

Je vous remercie et je passe immédiatement la parole au docteur Galliot qui souhaite intervenir.

Gérald GALLIOT, CSMF

Tout d'abord, je voudrais indiquer que je fais partie du Comité d'agrément des hébergeurs. S'agissant du monopole, la politique du GIP est en train de changer. On parle maintenant d'un hébergeur central, d'autres hébergeurs pouvant se greffer. Cette évolution est due principalement au coût du dispositif DMP, estimé à plus d'un milliard d'euros, sur la base de 20 euros par dossier.

Jean de KERVASDOUÉ

A mon sens, ce montant est largement sous-estimé.

Gérald GALLIOT

L'agrément est en cours et le Comité des hébergeurs devra rendre son avis avant le 24 mai.

Sur le plan médical, le DMP doit être utile pour le patient et pour les professionnels de santé. Son objectif est d'améliorer la qualité des soins et de permettre une meilleure coordination des soins. Dans cette perspective, il devra être simple, pratique, ergonomique, éviter toute double saisie, permettre une interface avec le dossier métier. Il devra aussi être rémunéré ; ce n'est pas le cas dans les expérimentations mais ce sera négocié par la voie conventionnelle lors de la généralisation.

L'utilité du DMP peut être mise en doute puisqu'une possibilité de masquage est offerte au patient. Cela gêne la confédération des syndicats médicaux français que je représente. En effet, si certaines prescriptions sont masquées il peut y avoir des risques d'allergie ou d'interaction entre médicaments. En ce qui concerne la possibilité de faire passer le DMP par le Webmédecin, ce service ne fournissant que des informations relatives aux médicaments délivrés, c'est une piste qui laisse à désirer. Par ailleurs, il est prévu qu'en cas d'urgence, quelle qu'elle soit, l'accès au DMP sera fort heureusement possible, même si le patient ne donne pas son accord. S'agissant de l'épidémiologie, je n'ai pas vraiment d'avis à donner. Les associations de patients ont-elles été interrogées, qu'ont-elles répondu ? Elles sont partie prenante dans le DMP et parfois créent des obstacles. Les professionnels de santé, de leur côté, devront connaître la finalité des traitements statistiques, et savoir ce qu'ils doivent faire pour que le DMP soit utile dans ce domaine.

Catherine QUANTIN

Nous n'avons pas contacté d'associations de patients, mais nous sommes entrés en relation avec une association pour le droit des patients qui travaille essentiellement sur les aspects juridiques. Elle est cosignataire de l'article. De son point de vue, il est choquant que les patients ne puissent pas donner leur avis, favorable ou non, à l'utilisation du DMP à des fins statistiques.

Jean de KERVASDOUÉ

C'est à titre personnel que je m'exprime à présent. J'ai en effet passé un an et demi à étudier cette question après l'annonce de ce projet en 2004. Le moindre danger que nous fait courir le projet de DMP est un danger juridique. En effet, le Parlement a voté précisément que tous les assurés auront un dossier médical chez un hébergeur, contenant toutes les données liées à un contact avec un professionnel de santé les concernant. En outre, la personne est propriétaire du dossier et peut modifier les données. Enfin, la tenue du dossier relève de la responsabilité du médecin traitant.

De fait, ces conditions me paraissent impossibles à réaliser. Nulle part au monde n'existe un projet de cette ampleur. Ainsi, au Royaume-Uni, un projet ne s'intéresse qu'à la prescription, celle-ci étant partagée entre plusieurs professionnels de santé. En Californie, Kaiser Permanente, le principal HMO (Health Maintenance Organization) avec 8,3 millions d'adhérents, a récemment investi 3,5 milliards de dollars par an, soit 400 dollars par personne et par an pour mettre en place un système qui ressemble à l'idée que nous avons de notre DMP. Et ce, alors que ce dispositif repose sur le double volontariat des médecins et des patients, qui ne sont pas contraints pour les uns de travailler pour le HMO, pour les autres d'adhérer à Kaiser Permanente. La mise en œuvre d'un tel système est totalement illusoire en France. En particulier, la motivation du médecin traitant à rechercher des informations manquantes dans le DMP chez d'autres praticiens me semble limitée.

En outre, l'inclusion de tous les français dans le système rend nécessaire un niveau de protection très élevé. De surcroît, le médecin ne prendra pas le temps de rechercher les données du DMP chez l'hébergeur, lorsque le réseau sera encombré. La mise à disposition des données de l'assurance maladie sur le réseau Webmédecin est certes positive, mais ne présente pas de commune mesure avec le projet de DMP.

De plus, plusieurs questions conceptuelles n'ont pas été traitées. Ainsi, l'information circulant entre l'assurance maladie et les professionnels de santé est une information codée, au travers de 7 600 codes, ce qui pose des problèmes considérables à chaque modification du codage. En outre, l'informatique de l'assurance maladie, toutes caisses confondues, peut être estimée à environ un milliard d'euros.

Quant à la nature du dossier, le dispositif mis en place par Kaiser Permanente ne se contente pas de l'image d'un document papier comme le prévoit le DMP. En Californie, le laboratoire entre dans le dossier du patient et le renseigne à l'intention du médecin, avec un début de codification du savoir médical. En France, le laboratoire par exemple renverrait les résultats d'un test sanguin au médecin

sous la forme de l'image d'un document papier. Sachant que le temps d'une consultation est de quinze minutes, les médecins passent extrêmement peu de temps devant leur écran. Il n'est pas réaliste de penser qu'ils consulteront le DMP.

Enfin, si le DMP devait voir le jour, il me semble que les épidémiologistes devraient y avoir accès. Mais les propos tenus par le professeur Quantin sont contradictoires. En effet, si le DMP est facile d'utilisation pour les statisticiens, il sera difficile à écrire par les professionnels. De plus, le langage médical est propre à chaque spécialité, voire à chaque établissement.

En définitive, ce projet risque d'avoir un coût extrêmement élevé. Je crois certes à l'évolution du dossier médical informatique, notamment dans les hôpitaux et les réseaux de soins, où le double volontariat évoqué précédemment existe. Mais je crois assez peu au dossier médical universel.

Philippe CUNEO

Pour ma part, je ne me prononcerai pas sur la vraisemblance de la réalisation du DMP, mais sur une question technique d'accessibilité. Tout d'abord, il est normal que le Cnis soit interpellé, mais ce dossier ne le concerne pas directement, dans la mesure où les informations contenues dans le DMP ne ressortissent pas à un service public mais appartiennent à chaque individu.

Je ne partage pas le point de vue exprimé sur l'impossibilité de réaliser des appariements à cause du numéro utilisé dans l'expérimentation. On l'a dit, l'expérimentation ne préjuge pas de ce qui sera fait lors de la généralisation, en particulier quant à l'identifiant qui sera finalement retenu. En outre, les deux numéros figureront sur la carte vitale dans le cadre de l'expérimentation. S'il y avait une volonté législative forte, il serait toujours possible de prévoir une utilisation épidémiologique du DMP à terme.

Jean de KERVASDOUÉ

Nous arrêtons là le débat. Pour l'instant, la Formation ne se prononce pas sur la question de la double numérotation. Nous remercions le professeur Quantin.

IX. Rapport de l'Irdes sur la faisabilité d'un système d'information sur la médecine ambulatoire

Catherine SERMET, Directrice adjointe de l'Irdes

Avec le soutien de la Drees, l'Irdes a mené une étude sur la faisabilité d'un système d'information public sur les motifs de recours en médecine de ville et le contenu des actes de médecin. L'objectif principal du projet est d'améliorer l'information actuellement disponible dans le secteur public sur la médecine de ville. Aujourd'hui le PMSI couvre le secteur hospitalier, le secteur ambulatoire est partiellement couvert par le codage des médicaments, de la biologie, ou la classification commune des actes médicaux (CCAM). Il existe par ailleurs des systèmes d'information privés sur la médecine libérale, IMS-Health, Thales et la Société française de médecine générale (SFMG).

Cet outil permettrait :

- d'améliorer la connaissance des pratiques médicales : les pathologies, leur prise en charge, les actes réalisés pendant les séances ;
- d'observer le suivi des recommandations et d'évaluer leur impact ;
- d'évaluer les pratiques professionnelles ;
- d'optimiser l'utilisation des ressources, en améliorant la connaissance des tâches et des compétences de chacun, en s'appuyant sur une connaissance fine du contenu des séances médicales ;
- de mieux organiser la formation.

Nous avons procédé à un recensement et à une analyse de l'existant en France et à l'étranger. Nous avons ensuite proposé un système d'information pour la France. Notre proposition repose sur une analyse des besoins des différents acteurs et des limites des sources existantes. Nous avons réfléchi aux conditions de création d'un nouveau système ou aux conditions d'utilisation des sources existantes.

En France, nous disposons de quatre outils privés. Tout d'abord, IMS-Health réalise une enquête permanente sur la prescription médicale, auprès d'un panel tournant de 835 médecins installés en cabinet médical en France. Un questionnaire papier renseigne sur une semaine d'exercice, avec pour chaque séance des informations relatives aux diagnostics et motifs de recours, aux prescriptions pharmaceutiques associées, et des informations succinctes sur le patient, le médecin, le lieu de la séance. Par ailleurs, IMS-Health mène une étude intitulée Medical 21 auprès d'un échantillon national de 770 médecins généralistes libéraux informatisés, qui transmettent systématiquement des informations sur les patients, les séances, les prescriptions,... à partir de leur logiciel de gestion des dossiers patients.

L'Observatoire épidémiologique Thalès de la société Cegedim enquête auprès d'un panel de 1 000 médecins généralistes et 540 spécialistes informatisés. C'est pratiquement la même chose que Médical 21.

Enfin, l'Observatoire de la SFMG recueille les informations remontées des logiciels de gestion d'un panel de 100 médecins généralistes.

S'agissant des données administratives, le SNIIRAM assure le recueil des décomptes de l'assurance maladie. Il est en voie de médicalisation grâce à l'appariement avec le PMSI, les affections de longue durée (ALD) et peut-être aussi les maladies professionnelles. Toujours issues des données de l'assurance maladie, des bases de données spécifiques exploitent le codage du médicament. Enfin, le DMP, en cours de construction, pourrait constituer une source complémentaire.

Afin d'identifier les besoins en information, de nombreux acteurs ont été consultés : État, assurance maladie obligatoire et complémentaires, professionnels, chercheurs. L'industrie pharmaceutique ne l'a pas été, ni les associations de patients. Trois catégories de besoins ont ainsi été identifiées : connaissance des pratiques médicales, caractérisation de la demande de soins et des besoins spécifiques sur le médicament. Pour la connaissance des pratiques médicales, il s'agit principalement d'évaluer les mesures mises en œuvre afin de modifier les pratiques médicales. Sur la demande de soins, l'observation est indirecte, l'objectif principal vise à connaître les besoins de la population venant consulter, afin de définir des priorités de santé publique et d'adapter la démographie médicale. Enfin, dans le domaine du médicament, il apparaît nécessaire de disposer d'un outil permettant de faire de la pharmaco-épidémiologie et en particulier d'analyser les modalités de diffusion et d'utilisation des médicaments après leur mise sur le marché, d'en analyser la sécurité d'utilisation et le bénéfice risque, de disposer d'outils de pharmacovigilance et d'évaluer les politiques publiques, par exemple les tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR), les déremboursements, la prescription en DCI (dénomination commune internationale), les génériques.

Dans ce cadre, nous nous sommes interrogés sur l'intérêt et les limites des bases existantes. En ce qui concerne les données administratives, le SNIIRAM a l'avantage de couvrir l'exhaustivité des soins, de permettre le suivi de trajectoire des patients et éventuellement de suivre des médecins. En revanche il n'y a pas de médicalisation des séances de médecins, relativement peu d'information sur le patient et sur la séance. Sur la prescription on dispose du type de médicament prescrit, mais pas de la posologie ni des durées, ni des renouvellements. Sur le DMP nous n'avons pas suffisamment d'information sur son contenu et sur sa structuration pour nous prononcer. Ce serait l'outil idéal, car exhaustif, s'il était accessible à des fins statistiques et que son information était structurée sur le patient et ses recours aux soins. Il serait toutefois difficile de constituer, à partir des dossiers des patients, des échantillons de praticiens pour faire des études de pratique. Autre inconvénient, des données peuvent être absentes ou masquées à la demande du patient.

Pour en venir à nos propositions, nous avons envisagé d'une part la création d'une nouvelle base d'information, et, d'autre part, l'utilisation des sources existantes.

Dans le premier cas, il s'agirait de créer un panel public médicalisé, permettant d'assurer un suivi des épisodes de soins et des trajectoires des patients. Ce système serait accessible à la statistique publique. En termes de gestion, nous suggérons une maîtrise d'ouvrage et une maîtrise d'œuvre indépendantes des parties prenantes. L'investissement initial serait assuré par les acteurs concernés par les informations que le système produira, et le financement courant par des subventions de ces mêmes acteurs, ou la vente des données issues de la base ou la réalisation d'études, à la demande ou après appel d'offres. En tout état de cause, ce nouveau panel n'aura de sens que s'il est plus riche que les panels privés existants. Il faut donc pouvoir y associer les données de prestations d'assurance maladie de manière à pouvoir situer la séance observée dans le parcours de soins du patient.

Dans cet esprit, nous avons également réfléchi à l'utilisation des bases existantes. La médicalisation du SNIIRAM constitue une des conditions d'utilisation de ces bases, avec idéalement le codage des pathologies lors des séances, mais ce projet a été abandonné. En outre, nous proposons la constitution à partir du SNIIRAM d'un échantillon de médecins généralistes libéraux, dont on suivrait les patients. Cet échantillon serait complété par une enquête spécifique auprès de ces médecins pour compléter l'information sur leurs caractéristiques ; y seraient associées des informations sur les caractéristiques des zones d'implantation des médecins.

L'utilisation des panels privés existant est bien sûr possible. Elle nécessite des accords entre les sociétés privées et l'administration, il en existe un avec la société IMS-Health pour l'enquête permanente sur la prescription médicale. Cependant, un audit préalable de ces panels est indispensable afin de connaître parfaitement les méthodologies utilisées par ces organismes. Et il conviendrait probablement d'obtenir des améliorations, avec l'introduction de nouvelles variables ou un meilleur recueil de certaines variables.

Deuxième axe de recherche, la SFMG travaille avec l'Irdes pour améliorer son outil. Il faudrait également étendre le panel à plus de cent médecins.

En définitive, la solution optimale résiderait dans la création d'une nouvelle base de données, sous réserve que ces données puissent être appariées avec les prestations de l'assurance maladie. L'alternative consiste à utiliser simultanément les bases administratives et les panels existants. Enfin, en particulier pour la première solution, il importe de prendre en compte la création du DMP et de prévoir une coordination avec cet outil.

Philippe CUNEO

Ces éléments d'information répondent à une demande de la Formation. Dans le contexte d'expérimentation du DMP, il me semble préférable d'attendre avant d'imaginer un dispositif nouveau. En revanche, l'enrichissement et l'élargissement de la diffusion des dispositifs existants me paraît une piste intéressante, à l'exemple du panel mis en place par l'ORS PACA que nous essayons d'étendre avec la DGS à trois autres régions.

Jean de KERVASDOUÉ

De mon côté, je ne vois pas de raisons à se priver de la solution optimale, eu égard à l'enjeu politique et financier considérable représenté par la connaissance de la médecine de ville.

Dominique POLTON

Il a semblé logique à un moment de se doter d'un outil public ayant pour socle les données de l'assurance maladie, et enrichi, sur la base d'un échantillon volontaire, par la connaissance des pathologies qui est en effet la limite des bases de la Cnam, et pour longtemps. Ni les diagnostics de séance ni les pathologies hors ALD ne seront codées à court et moyen terme. De plus, la possibilité d'adresser des questionnements *ad hoc* à un panel de médecins était séduisante. Cependant, nous traversons une phase de transition et il semble préférable d'attendre pour identifier la solution optimale.

Par ailleurs, je voudrais signaler que pour dépasser la limite posée par le SNIIRAM sur la situation socioéconomique des assurés, nous songeons à la fois à un appariement avec les DADS, qui donnerait de l'information sur les salariés du régime général, et d'autre part à un travail sur de petites zones géographiques.

Jean de KERVASDOUÉ

Pour terminer, j'insiste sur l'urgence d'améliorer le système d'information en médecine de ville sans attendre l'aboutissement de la réflexion sur le DMP.

X. Projet d'avis de la formation

La formation propose le [projet d'avis](#) ci-après, qui sera soumis à la prochaine Assemblée plénière du Cnis. La rédaction des deux projets à soumettre aux inter formations statistiques sociales et

statistiques régionales et locales pourra être modifiée par ces inter formations avant soumission à l'Assemblée plénière.

Jean de KERVASDOUÉ

Par ailleurs, la FEHAP a justement attiré mon attention sur l'importance de distinguer les questions de statut juridique et de financement. Nous ne rédigerons pas d'avis à ce sujet, mais je partage la position de la FEHAP. Le Cnis transmettra une lettre à la Drees, pour l'inviter à effectuer une distinction entre les établissements selon leur statut juridique dans les statistiques hospitalières.

Philippe CUNEO

Nous n'y voyons pas d'inconvénient. Il est vrai que le secteur privé lucratif est trop souvent confondu avec le secteur privé non lucratif, mais c'est lié à la taille des échantillons qui sont souvent trop petits pour distinguer les deux situations. Comme je l'ai indiqué précédemment, des indicateurs de performance par établissement seront mis à disposition sur Internet, mais nous indiquerons également des indicateurs moyens par catégorie d'établissements pour faciliter les comparaisons. Cette année, la seule précision apportée distinguera les établissements privés des établissements publics. Une distinction supplémentaire au sein des établissements privés, lucratif ou non, sera ajoutée dans la prochaine version.

Mathieu LAINE

En réalité, nous sommes surtout préoccupés par la confusion entre secteur public et secteur privé non lucratif. Nos établissements, placés sous dotation globale, sont assimilés à des centres hospitaliers dans la publication que vous ferez sur internet. Ainsi un non initié, et ce sera le cas de la majorité des personnes qui consulteront le site, ne comprendra pas pourquoi un établissement à but non lucratif ne fait ni recherche ni enseignement alors que le centre hospitalier en fera.

Jean de KERVASDOUÉ

Votre remarque a été prise en compte et la règle du double croisement juridique et financier sera appliquée à l'avenir, sauf exception due à la taille de l'échantillon.

Je remercie tous ceux qui ont participé à cette réunion et contribué à son organisation.

La séance est levée à 17 heures 55.

Adoption du compte rendu

Le présent compte rendu sera modifié en fonction des observations que vous voudrez bien faire parvenir au Secrétariat général du Cnis avant le 26 juin 2006 (cnis@Insee.fr - 01 41 17 52 62). Ces modifications seront prises en compte sur le site <http://www.cnis.fr>.

PROJET D'AVIS

proposé par la formation santé, protection sociale le 26 avril 2006
sera soumis à l'approbation de l'Assemblée plénière du Cnis en fin d'année 2006

1. Le Conseil encourage les travaux visant à renforcer la connaissance des **trajectoires des bénéficiaires des minima sociaux**, et plus généralement tous ceux qui visent à développer l'évaluation de ces dispositifs et à apprécier la satisfaction des personnes concernées.
2. Dans le cadre de la décentralisation des compétences, le Conseil soutient les mesures prises pour assurer la **pérennité des dispositifs d'information**, en particulier dans le domaine du handicap.
3. Le Conseil soutient l'ensemble des travaux visant à l'enrichissement par des données médicales et des sources externes des **systèmes d'information de l'assurance maladie et des accidents du travail et des maladies professionnelles**.
4. Le Conseil approuve les démarches entreprises pour rationaliser les sources de **données sur le personnel des établissements de santé**.
5. Le Conseil est conscient de l'intérêt que pourrait constituer pour les épidémiologistes et les statisticiens le rapprochement des données issues du **Dossier Médical Personnel (DMP)** avec d'autres sources ; il lui paraît nécessaire de tenir compte du cadre juridique et technique dans lequel s'insère la mise en place du DMP ainsi que du légitime attachement des personnes à l'absolue confidentialité de leurs données de santé. Il suivra avec attention l'avancement de la mise en œuvre du DMP et souhaite que les épidémiologistes et les statisticiens puissent faire valoir leurs préoccupations au même titre que les autres parties prenantes.
6. Le Conseil soutient le recours aux systèmes d'information de gestion à chaque fois que cela est possible. Il attache une importance particulière à la transmission par les Autorités de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM) des **données agrégées relatives aux assurances complémentaires**.
7. Le Conseil encourage l'enrichissement et le partage des systèmes d'information existants pour l'amélioration de l'information disponible dans le secteur public sur la **médecine de ville**.

Projet d'avis à soumettre à l'interinformation statistiques sociales

8. Le Conseil se félicite du développement des dispositifs visant à mieux connaître la **population immigrée** et encourage les partenariats mis en place pour la réalisation de l'enquête Trajectoires et Origines menée auprès d'un échantillon de personnes immigrées ou descendantes de parents immigrés.

Projet d'avis à soumettre à l'interinformation statistiques régionales et locales

9. Le Conseil salue la mise à disposition de la **Base Permanente des Équipements** et encourage son élargissement à d'autres sources d'information. Il souhaite la mise à disposition la plus large possible à l'ensemble des acteurs.

DOCUMENTS PRÉPARATOIRES

- Avis sur les programmes statistiques 2006 et sur les programmes à moyen terme 2004-2008
- Fiches descriptives d'enquêtes
- Fiches de demande d'accès à des données

Les avant-projets de programmes statistiques 2007 de la formation sont disponibles sur le site : <http://www.cnis.fr>, à la rubrique Agenda, Formation « Santé, protection sociale », réunion du 26 avril 2006.

AVIS D'OPPORTUNITÉ

- Enquête auprès des intervenants au domicile des personnes âgées.....	30
- Enquête Handicap-santé	31

Paris, le 23 mai 2006 - N°110/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquête auprès des intervenants au domicile des personnes âgées

Programme : 2007

Émetteur : Ministère de la santé et des solidarités - Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES)

Au cours de sa réunion du 26 avril 2006, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête auprès des intervenants au domicile des personnes âgées.

Cette enquête a pour objectif de connaître le profil socio-démographique et d'étudier les trajectoires professionnelles des intervenants ; de connaître les conditions d'exercice de leur métier et la nature précise de leurs interventions, en fonction notamment de la situation de leurs employeurs (niveau de perte d'autonomie, isolement,...) ; d'étudier les effets éventuels du cadre dans lequel s'inscrivent les interventions (cadre du particulier employeur ou par l'intermédiaire d'un service mandataire ou prestataire) sur la nature des activités réalisées et/ou sur les trajectoires professionnelles. Elle a pour origine les nombreuses évolutions de l'offre (loi du 2 janvier 2002, accord de branche de mars 2002, plan de développement des services à la personne et création de l'Agence nationale des services à la personne), et le développement de la demande en raison du vieillissement de la population.

Parmi les thèmes abordés on peut citer les caractéristiques des intervenants (âge, qualification, parcours professionnel, raisons du choix du métier...), la nature de leurs interventions, leur ancienneté dans le métier, leur mode de rémunération, les conditions d'exercice de leur métier (multi-activité, nombre et type d'employeurs, nombre d'heures travaillées, distance domicile lieu(x) de travail...), ainsi que leurs perspectives professionnelles. Quelques questions spécifiques portant sur les personnes aidées par ces intervenants pourront être également posées afin de déterminer l'influence de la situation et du contexte familial et environnemental des personnes aidées sur la nature des interventions .

L'enquête aura lieu au troisième trimestre 2007 auprès de 5 000 intervenants, salariés d'organismes agréés de services à la personne ou employés directement par des particuliers. La collecte sera réalisée en face à face par enquêteur, avec une durée de questionnement d'une heure au maximum.

Le comité de concertation réunira les représentants des Ministères chargés de l'action sociale, de la santé et de l'emploi (Drees, Dares, DGAS), de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), de l'Agence nationale des services à la personne, de l'IRCEM (groupe professionnel qui gère notamment la retraite complémentaire des employés de particuliers), de la CNAV et de représentants des services d'aide à domicile et des intervenants à domicile.

Les premiers résultats seront publiés au premier semestre 2008.

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

Paris, le 23 mai 2006 - N°111/D130

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquête Handicap-santé

Programmes : 2007 et 2008

Émetteur : Insee - Direction des statistiques démographiques et sociales - Département de la démographie ; Ministère de la santé et des solidarités - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

Au cours de sa réunion du 26 avril 2006, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête Handicap-santé.

Cette enquête a pour objectif de renouveler le travail effectué lors de l'enquête HID de 1998-1999, s'agissant de la mesure de la prévalence des diverses situations de handicap en s'appuyant notamment sur les nouveaux concepts développés par l'OMS, d'évaluer les besoins d'aide et de mesurer les désavantages sociaux subis par ces personnes. La possibilité de mesurer des flux d'entrée et de sortie en incapacité de façon prospective par le biais d'une seconde vague est en cours d'examen. L'enquête visera également, pour la partie santé, à fournir des indicateurs pour la loi quinquennale de santé et intégrera les modules européens de questionnement élaborés par Eurostat, afin de renforcer la comparabilité des enquêtes à l'échelle européenne.

Parmi les thèmes abordés on peut citer :

- les déficiences et les incapacités (limitations fonctionnelles et restrictions d'activités),
- la santé, la santé mentale, la prévention, le recours aux soins, la consommation médicale, l'hospitalisation,
- les différentes formes d'aides reçues : aides techniques, humaines, prestations, aides à l'insertion professionnelle, aides à la scolarité....
- le besoin d'aide, sous toutes ses formes,
- la situation familiale, la scolarité, l'emploi, les revenus, les loisirs, les vacances, la participation à la vie associative, ...

Comme en 1999, on envisage de poser un certain nombre de questions à l'aidant principal de la personne enquêtée.

L'appariement des données de l'enquête avec celles de l'état civil est d'ores et déjà prévu pour étudier la mortalité. Un appariement est envisagé avec les données du système national d'information inter régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) afin de recueillir des informations sur la consommation de soins médicaux des personnes. La collecte des revenus pourrait être réalisée à l'aide des fichiers fiscaux. Une seconde enquête auprès d'une partie de l'échantillon pourrait être menée afin de mesurer des taux d'incidence, ainsi que les changements de situation. Une enquête de filtrage sera effectuée en 2007 auprès de 90 000 ménages. L'enquête Handicap-santé auprès des ménages ordinaires aura lieu fin 2008, et celle auprès des communautés en 2009. La collecte sera réalisée en face à face par enquêteur, auprès de 25 000 ménages et de 10 000 personnes vivant en communauté, avec une durée de questionnement d'une heure au maximum.

La possibilité de mettre en place des extensions de l'enquête de filtrage au niveau départemental est en cours d'examen.

L'enquête sera présentée aux acteurs du secteur associatif dans le cadre du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH).

Les résultats seront publiés au 1^{er} semestre 2009.

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

AVIS SUR DES DEMANDES D'ACCES A DES DONNEES AU TITRE DE L'ARTICLE 7BIS DE LA LOI DE 1951

- Données détenues par la caisse autonome de retraite des médecins de France - CAMRF 34
- Données détenues par le Conseil national de l'ordre des chirurgiens dentistes 36

Paris, le 23 mai 2006 - N°112/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 détenues
par la caisse autonome de retraite des médecins de France - CARMF

Emetteur : Ministère de la santé et des solidarités- Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Au cours de sa réunion du 26 avril 2006, la formation Santé, protection sociale a examiné la demande d'accès à des données détenues par la caisse autonome de retraite des médecins de France - CARMF.

L'objectif des traitements prévus sur les données est :

- d'analyser les écarts entre les estimations de revenus publiées par la CARMF et par la DREES,
- d'étudier plus précisément les revenus individuels des médecins, leurs composantes, leurs déterminants et leur évolution tout au long de la carrière (y compris lors du passage à la retraite),
- de calculer les revenus complets des médecins, à terme, dans l'hypothèse où la CARMF aurait la possibilité de saisir tous les revenus figurant sur les avis d'imposition qui lui sont adressés,
- d'étudier les comportements des médecins : carrières (âges d'installation, de cessation d'activité, ...), choix géographiques, modes d'exercices (libéral, mixte, groupe...),
- de valider ou préciser les hypothèses de projections de démographie médicale de la DREES.

Les données souhaitées, sous réserve de validation technique, pour chaque médecin cotisant au cours de l'année courante ou radié depuis moins de trois ans correspondraient aux rubriques suivantes :

- identifiants anonymisés des médecins permettant leur suivi en panel d'une année sur l'autre,
- caractéristiques personnelles du médecin (âge, sexe, nationalité, année de thèse,...),
- données détaillées sur les composantes du revenu et sur les honoraires,
- caractéristiques de l'exercice (secteur conventionnel, spécialité, exercice mixte, SEL, MICA,),
- éléments d'historique sur la carrière (date de début, nombre de trimestres cotisés, chronique des revenus, motifs et date de cessation,...).

Pour les médecins actuellement retraités, un extrait de ces éléments (enrichi d'information sur les retraites) sera également demandé dans un deuxième temps.

Les travaux de comparaison entre les sources statistiques se feront sur des données agrégées, et non sur des données individuelles.

La transmission des micro-données de la CARMF s'effectuera chaque année, sous la forme d'un extrait au 1^{er} juillet des fichiers de gestion. Les informations socio-démographiques seront arrêtées au 1^{er} juillet n+1 alors que celles relatives au dernier revenu concerneront l'année n-1.

Les analyses statistiques et les études réalisées à partir de ces données seront diffusées par la DREES (publication...) 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.

Paris, le 23 mai 2006 - N°113/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 détenues
par le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes**

Emetteur : Ministère de la santé et des solidarités - Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Au cours de sa réunion du 26 avril 2006, la formation Santé, protection sociale a examiné la demande d'accès à des données détenues par le conseil national de d'ordre des chirurgiens dentistes - CNOCD.

L'objectif des traitements prévus sur les données est :

- d'étudier plus finement la répartition des chirurgiens-dentistes, de comparer les données avec celles d'autres sources – comme ADEL – et d'en expliquer les éventuels écarts,
- d'être mieux à même de formuler des hypothèses d'évolution sur le nombre de chirurgiens-dentistes pour le futur, grâce à une meilleure compréhension des différents flux ayant alimenté les stocks de chirurgiens-dentistes dans le passé,
- d'étudier plus généralement les comportements des chirurgiens-dentistes : carrières (orientation vers l'omnipraticque ou vers la spécialité ODF, âges d'installation, de cessation d'activité...), choix géographiques, modes d'exercices (libéral, salarié, associations...), ...
- d'étudier la faisabilité d'un modèle de projection démographique des dentistes et le cas échéant, d'en préciser les hypothèses.

Les données souhaitées, sous réserve de faisabilité technique, pour chaque chirurgien-dentiste inscrit au tableau de l'Ordre correspondraient aux rubriques suivantes :

- identifiants anonymisés des chirurgiens-dentistes (l'identifiant, non signifiant, aura pour seul objet de permettre le suivi en panel des chirurgiens-dentistes entre les bases d'années successives),
- caractéristiques socio-démographiques du chirurgien-dentiste,
- données détaillées sur les diplômes, autorisations d'exercice et qualifications,
- situation professionnelle (générale) et activités de soins exercées,
- description fine des différentes activités exercées ou ayant été exercées.

Les travaux statistiques porteront sur des analyses des flux et stocks de professionnels, des analyses statistiques sur les comportements des professionnels, des analyses géographiques....

La transmission des données s'effectuerait une fois par an, sous la forme d'un extrait au 1er janvier du tableau servant au CNOCD 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 par la DREES (publication...) 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.