

**LE MOT
DU PRÉSIDENT**

Le colloque organisé par le CES le 3 mars dernier à Dauphine sur le thème du Contrat d'Amélioration de la Pratique Individuelle (CAPI) était exceptionnel à plus d'un titre. D'abord parce que c'était une des toutes premières manifestations consacrées à un dispositif innovant qui sera très bientôt proposé aux médecins traitants et qui introduit des thématiques nouvelles dans le système de santé : contractualisation individuelle, définition d'objectifs quantifiés de pratique médicale, engagement sur des thèmes de santé publique, paiement à la performance, etc. Ensuite, parce qu'il a connu un joli succès avec beaucoup d'inscrits, beaucoup de présents, des débats animés et des intervenants prestigieux : Jean-Marie LE GUEN, Député de Paris et Président du CA de l'APHP, Laurent DEGOS, Président du collège de la HAS, Michel CHASSANG, Président de la CSMF, Pierre-Louis BRAS, IGAS, ancien Directeur de la Sécurité Sociale, Christian LAJOUX, Président du Leem, Robert DAHAN, Président d'Astra-Zeneca, etc. Dominique POLTON et Jean-Marc AUBERT, de la CNAMTS, ont courageusement défendu le dispositif face à des interlocuteurs dont la majorité se partageait entre scepticisme et hostilité. Je pense pour ma part que le CAPI est potentiellement porteur d'un tournant historique dans les relations médecins-caisses en bousculant – c'est vrai – le cadre conventionnel traditionnel et en introduisant des éléments de différenciation entre médecins fondés sur la « qualité » de la pratique. On conçoit aisément que les débats aient été vifs ! Mais cette manifestation était aussi une première pour le CES, qui ne s'était guère aventuré jusque là sur ce terrain des colloques de politique économique de la santé ouverts aux professionnels. Tout en gardant notre ancrage et notre légitimité scientifique, il nous semble en effet que le CES a également vocation à être un lieu de débat public sur ces questions. Nos statuts ont dès l'origine conçu le CES non seulement comme une instance de réflexion scientifique mais aussi comme un trait d'union entre la communauté des économistes de la santé et le milieu des décideurs économiques, politiques, syndicaux. C'est dans cette perspective que le CES a toujours été ouvert à des membres institutionnels, entreprises ou administrations et, depuis la modification des statuts votée par la dernière AG, à des membres professionnels. Ajouter ce type de manifestation à la gamme de nos activités scientifiques classiques correspond donc clairement à nos missions. Compte tenu du succès de la journée du 4 mars, je proposerai au CA le principe de la reconduction de cette expérience sous la forme d'une rencontre annuelle consacrée à des thèmes d'actualité de la politique de santé et prioritairement tournée vers les milieux professionnels. C'est également une manière de contribuer au rayonnement de l'association et à l'influence des économistes de la santé.

Claude LE PEN
LEGOS, Université Paris Dauphine

**ÉDITORIAL : LES BASES DE DONNEES
DE L'ASSURANCE MALADIE, UN POTENTIEL
POUR LA RECHERCHE EN ECONOMIE DE LA SANTE**

Le système d'information de l'Assurance Maladie s'est considérablement enrichi dans les années récentes :

- *Connaissance du contenu médical des soins* : les médicaments et les actes de biologie sont codés depuis 1997, les actes techniques réalisés par des praticiens libéraux depuis 2005 ;

- *Connaissance de la pathologie* : les pathologies des malades en affections de longue durée (ALD) figurent dans les données de remboursement. Au-delà, il est possible de repérer certaines pathologies à partir des consommations de médicaments (par exemple les diabétiques traités).

- *Suivi du parcours du patient et de ses épisodes de soins* : la centralisation des données de remboursement dans un entrepôt national a permis la constitution d'un panel de bénéficiaires de taille importante (600 000 personnes tous régimes), ainsi que la possibilité, si la situation le nécessite, d'utiliser l'exhaustivité de la base de données, ou de créer des échantillons *ad hoc*.

- *Chaînage avec l'information médicalisée sur les séjours hospitaliers* : l'appariement des données de remboursement de l'assurance maladie avec les données issues du PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) permet maintenant, pour chaque patient, de décrire sa trajectoire de soins, non seulement dans sa composante de soins ambulatoires en médecine libérale, mais aussi avec ses séjours hospitaliers.

Cet enrichissement de l'information disponible permet de renouveler considérablement l'approche de la gestion du risque (ana-

lyse des processus de soins, détection des gains potentiels en qualité et en efficience, restitution d'information aux professionnels, segmentation des patients et des professionnels,...). Mais au-delà de l'utilisation dans la régulation, ces systèmes d'information constituent aussi une source de données importante pour la recherche.

Le SNIIRAM (système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie) a d'ailleurs été conçu d'emblée avec la perspective d'une utilisation externe. Les institutions pouvant avoir accès aux données ont été identifiées par arrêté ministériel après avis de la CNIL, et comprennent les organismes de recherche (CNRS, INSERM, IRDES). La création plus récente de l'institut des données de santé a également pour objectif de favoriser l'accès aux données (voir encadré).

A ce jour, plus d'une vingtaine de projets impliquant des extractions spécifiques des données du SNIIRAM ont été menés à bien ou sont en cours, en collaboration avec des partenaires extérieurs, agences sanitaires, structures d'études ou équipes de recherche. Des enquêtes de grande ampleur auprès des patients, telles que l'enquête santé, l'enquête ENTRED sur les diabétiques ou l'enquête sur les personnes atteintes d'un cancer ont pu être appariées aux données du SNIIRAM. Des appariements de données ont pu être réalisés avec les fichiers d'autres administrations sociales.

Il serait fallacieux cependant de faire croire que ces opérations ont été faciles. Certaines ont demandé plusieurs années de travail, et les équipes impliquées ont eu sans doute la perception d'un véritable parcours du combattant avant de

pouvoir aboutir. Francis Fagnani en donne d'ailleurs une illustration dans l'article ci-après.

Il y a à cela plusieurs raisons. D'une part, la complexité intrinsèque des données : l'entrepôt de données du SNIIRAM est une des plus grosses bases de données d'Europe ; les données sont extrêmement sécurisées, pour des raisons évidentes de confidentialité, ce qui implique une autorisation de la CNIL pour toute demande d'extraction spécifique et la mise en place de procédures complexes de sécurisation des échanges de données.

D'autre part, si l'assurance maladie a conçu le SNIIRAM dans une perspective d'ouverture de ses données, cette prestation de service pour des tiers n'est évidemment pas son cœur de métier, et les forces qu'elle peut y consacrer sont limitées - or aujourd'hui, à la fois pour des raisons de complexité technique et de confidentialité, elle est la seule à pouvoir accéder aux données exhaustives. Pour les mêmes raisons, les données du SNIIRAM, qui sont des données de gestion, sont aujourd'hui, faute de temps, insuffisamment documentées pour des utilisateurs extérieurs, avec le risque d'une uti-

lisation erronée de variables qui obéissent à des règles de gestion très évolutives. Un effort particulier a été fait pour rendre accessible l'échantillon permanent de bénéficiaires, l'EPIB, panel de 500 000 bénéficiaires (pour le régime général) suivis depuis 2004. Deux ans de travail ont permis de mettre au point une solution technique permettant une interrogation à distance dans les conditions de sécurité des données requises. Il peut donc désormais être interrogé de l'extérieur, par les utilisateurs auxquels la CNIL a donné un droit d'accès, dont les organismes de recherche. Il reste, pour en faciliter l'accès, à le documenter de manière plus précise, ce qui est en cours.

Ce panel offre déjà de nombreuses possibilités d'analyse. Au-delà, des opérations spécifiques d'extractions ou d'appariement de cohortes ou d'enquêtes sont possibles, comme l'attestent un certain nombre de projets déjà réalisés, mais elles sont consommatrices de ressources et leur nombre est nécessairement limité

Dominique **POLTON**
CNAMTS

LA SAGA DE L'ACCES AUX BASES DE DONNEES DE L'ASSURANCE-MALADIE POUR LES ETUDES EPIDEMIOLOGIQUES ET ECONOMIQUES : ENCORE AU MILIEU DU CHEMIN ?

Pendant longtemps, les bases de données de l'Assurance Maladie ont été confinées à un rôle limité d'outils de remboursement des prestations. Elles constituent pourtant des sources majeures d'informations pour l'économie de la santé, l'épidémiologie, et la veille sanitaire. On dispose encore à ce jour de peu d'expérience de leur utilisation et d'une faible visibilité sur leurs conditions d'accès. En effet, au-delà des difficultés techniques facilement imaginables liées à la gestion de bases de cette taille, l'accès à ces bases est devenu un enjeu politique et institutionnel. On a tenté de fournir ici quelques éléments d'information sur l'état d'avancement de ce dossier complexe et encore hautement polémique.

Le SNIIRAM

Le SNIIRAM (Service National d'Information Inter-régime de l'Assurance Maladie) a été créé en décembre 1998 par la loi de financement de la sécurité sociale mais n'a reçu l'avis favorable de la CNIL que le 18 octobre 2001. Sa création a été officialisée le 11 avril 2002 par arrêté ministériel mais il n'a été mis en œuvre par la CNAMTS qu'à partir de 2003 compte tenu notamment des délais d'obtention des accords CNIL sur les données des affections de longue durée (ALD). Les premières formations aux utilisateurs ont commencé au second semestre 2003.

Le SNIIRAM comprend pour l'ensemble des régimes obligatoires la totalité des données individuelles anonymisées de remboursements pour les soins de ville et hospitaliers avec, pour ces derniers et depuis 2006, un chaînage avec le PMSI (RSA). En termes d'informations médicales, le système dispose des données suivantes : le code pathologie (CIM10) pour les patients en ALD, en maladie professionnelle, en invalidité ou en arrêt de travail de longue durée ; les diagnostics associés aux

séjours hospitaliers ; les codages disponibles dans les flux de transmission des feuilles de soins électroniques (FSE) : le code CIP des médicaments délivrés, les codes détaillés des actes de biologie, des dispositifs médicaux et des actes médicaux techniques (CCAM).

On peut affirmer qu'un tel système d'information est probablement unique au monde du fait de la variété de données renseignées et de la taille de la population concernée. Toutefois, il faut en signaler aussi les limites actuelles liées à l'absence :

- de codage des pathologies associées aux prescriptions en médecine en ville comme on le trouve notamment dans les bases de données privées ;
- de résultats des examens biologiques ;
- d'information sur le champ du médico-social ;
- de données sur les remboursements des assurances complémentaires (pour l'instant).

Enfin, on peut remarquer que c'est l'ampleur même de cette base de données qui en constitue le facteur limitant essentiel. Sa complexité en réserve l'usage à des professionnels spécialisés dans la conception des requêtes, capables de maîtriser au fil du temps les modifications des nomenclatures associés au système de remboursement et disposant de moyens de calcul puissants.

Le SNIIRAM est constitué d'une seule grande base de données (« entrepôt »), mais pour optimiser les temps de réponses aux requêtes, les données du SNIIRAM ont été partitionnées en bases de restitution, « magasins » ou « datamarts ». Chaque datamart est obtenu par duplication partielle de l'entrepôt général et comprend des données correspondant à différents thèmes d'analyse. Il est prévu à terme une dizaine de « datamarts »,

chacun répondant à des objectifs précis (offre de soins, consommations de soins, dépenses de santé, etc.). A ce jour, huit principaux datamarts sont disponibles dont sept sont ouverts aux utilisateurs externes à la CNAMTS.

L'échantillon permanent de bénéficiaires (EPIBAM)

Les données du SNIIRAM ne peuvent être conservées pour des raisons réglementaires (CNIL) que sur une durée limitée (l'année en cours et les 2 précédentes). C'est pour cette raison qu'a été constitué, à partir du SNIIRAM, un échantillon permanent de bénéficiaires (à terme environ 600 000 assurés ou ayants droits), dont les consommations de soins sont suivies au cours du temps. Sa création a fait suite à l'arrêté du 20 juin 2005, qui a prévu une durée de conservation de vingt ans au-delà de l'année en cours.

Les conditions d'accès aux données

La création du GIP-IDS prévue par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie n'est devenue effective qu'en 2007 (arrêté du 30 avril 2007). Les missions du GIP-IDS sont notamment les suivantes :

- « Veiller à la mise à disposition de ses membres, de la HAS, des URML ainsi que d'organismes désignés par décret en Conseil d'État, à des fins de gestion du risque maladie ou pour des préoccupations de santé publique, des données issues des systèmes d'information de ses membres, dans des conditions garantissant l'anonymat ;
- Favoriser l'analyse et la diffusion d'informations statistiques publiques dans le champ de la santé ».

Ce qui n'est pas prévu, concerne toutefois les dispositifs pratiques en vue d'assurer la transférabilité du savoir faire nécessaire à l'exploitation de la base : formation, assistance technique pour la réalisation des extractions. C'est donc actuellement la CNAMTS qui assure l'essentiel de ces tâches avec des moyens limités.

La Loi d'août 2004 a précisé que l'IDS était constitué sous forme de GIP. La liste des membres du GIP qui figurait dans la convention constitutive était la suivante : les Ministères de la santé et du budget, la CNAMTS, la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA), le RSI, l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), l'Union nationale des professionnels de santé (UNPS). Le GIP-IDS rassemble également l'Union nationale des régimes spéciaux (UNRS), la CNSA, les Fédérations Hospitalières (FHF, FEHAP, FHP), le Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS) et la FNCLCC.

L'arrêté de juin 2005 définissait les droits d'accès au SNIIRAM pour les membres de l'IDS mais n'avait pas prévu que les organisations, affiliées des « membres statutaires » de l'IDS soient autorisées à ces accès. Une révision du protocole était nécessaire, or le comité de pilotage dont la réunion - convoquée par la CNAMTS - était nécessaire pour réviser ledit protocole, n'a pu être convoqué qu'en avril 2008 dans l'attente de la publication de l'arrêté de création de l'IDS. C'est finalement fin 2008 qu'a été publié l'arrêté ministériel autorisant les membres des membres du GIP-IDS à accéder à ces données. Le cercle des organismes « autorisés » s'est donc ouvert récemment aux syndicats de praticiens libéraux fédérés par l'UNPS, aux associations de patients et d'usagers membres du CISS, et aux composantes de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM), c'est-à-dire la Mutualité française (FNMF), la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) et le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP).

Ce dernier épisode illustre la nature du rapport de force qui oppose l'assurance maladie et les assurances complémentaires. Ces dernières longtemps confinées au rôle de payeurs « aveugles » ont à présent été invitées à participer directement à la « gestion du risque » et notamment aux négociations conventionnelles. Le gouvernement s'est par ailleurs engagé en contrepartie de la taxe de 1Md € à laquelle elles sont soumises en 2009 de leur fournir les moyens de la gestion du risque, dont l'accès aux données de remboursement des prestations des régimes obligatoires. Mais les pouvoirs publics et la CNAMTS voudraient disposer en contrepartie des données des organismes complémentaires à travers l'outil EPIBAM.

On constatera que cette liste exclut actuellement les entreprises comme les industriels et leurs prestataires mais ce point devait être cependant précisé dans le cadre des travaux de réécriture de l'arrêté menés par la DSS.

Depuis le 1er février 2008, tous les membres du GIP-IDS ont donc théoriquement accès au SNIIRAM sur demande, mais compte tenu des difficultés de mise en œuvre des analyses, l'exercice de ce droit suppose un important investissement technique. Au total en 2008, on a cependant déjà dénombré 66 « requêteurs » externes à la CNAMTS ayant réalisé 5941 requêtes.

L'accès aux données est réglementé par arrêté ministériel pris après avis de la CNIL et définit les droits d'accès en fonction des différentes catégories d'utilisateurs. Il en est ainsi actuellement distingué 14 profils spécifiques. Pour toutes les demandes supposant un accès à des données nominatives non prévues dans les procédures générales, une procédure lourde d'autorisation est requise dont les modalités ne semblent pas encore parfaitement figées et qui apparaissent d'une complexité redoutable.

Conclusion

Des progrès considérables ont été accomplis au cours des dernières années en matière de qualité, d'exhaustivité et de « médicalisation » des données de l'assurance maladie. Il semble indispensable qu'un tel outil s'ouvre aux multiples utilisateurs potentiels aussi bien publics que privés que constituent les acteurs de notre système de santé.

Il est de ce point de vue étonnant de constater les disparités de situation qui caractérisent l'accès aux données du PMSI (a priori ni plus ni moins sensibles que celles des données anonymisées de consommations de ville) et aux données SNIIRAM.

S'il semble indispensable de définir des règles d'accès en fonction des objectifs d'utilisation, il ne faudrait pas que ces règles aboutissent à créer des « chasses gardées » préjudiciables à la dynamique de l'ensemble du système.

La place occupée par la France en matière de recherche épidémiologique est médiocre. De nombreuses études comme celles demandées aux industriels sur les suivis post-inscription des médicaments pourraient bénéficier directement d'une possibilité d'accès aux bases de l'assurance maladie. Pour développer la visibilité internationale et l'attractivité de la France en épidémiologie et en économie de la santé, il est important d'engager une nécessaire révision de politiques publiques en matière d'accès à l'information.

Francis FAGNANI
CEMKA-EVAL

PRESENTATION d'ECO-SANTE

www.ecosante.fr est un logiciel d'interrogation en ligne, sur Internet, permettant d'exploiter quatre bases de données. Ces statistiques décrivent non seulement le système de santé en France, et dans les régions, mais aussi le contexte démographique, social et économique français, essentiellement pour la période 1950-2008 : population par âge et sexe, indicateurs démographiques, indicateurs de santé, consommation médicale, dépense nationale courante de santé, effectifs et activité des médecins et des autres professions de santé, facteurs de production et activité des établissements hospitaliers, formation des professions de santé, activité des laboratoires d'analyses biologiques, industrie et distribution pharmaceutique, marché du médicament, protection sociale, comptes nationaux, population active, revenu et consommation des ménages, etc.

L'interface ergonomique et performante du logiciel permet à l'utilisateur de produire très rapidement et simplement des tableaux de données, des graphiques et d'exporter les résultats vers d'autres logiciels. La richesse de ces bases est également complétée par un grand nombre de pages de Sources & Méthodes permettant une parfaite compréhension des séries mises à disposition. Les données sont soit brutes (ex : consommation à prix courants), soit calculées (ex : à prix relatifs, constants, par personne, en pourcentage d'un agrégat...). Les séries présentées couvrent une longue période (près de 60 ans pour la base France), ce que font très rarement les annuaires statistiques. Ces séries sont produites par les « grands organismes » : DREES, CNAMTS, INSEE, INED, INSERM, MSA, InVS, IRDES, RSI...

Jacques HARROUIN
IRDES

L'ENQUETE SANTE PROTECTION SOCIALE, UN PANEL POUR L'ANALYSE DES POLITIQUES DE SANTE ET LA RECHERCHE EN ECONOMIE DE LA SANTE

La production de données individuelles portant sur les consommations de soins et l'état de santé et la question de leur mise à disposition aux différents acteurs du système de santé suscitent projets et débats. Depuis 1988, l'enquête Santé Protection Sociale (ESPS) de l'IRDES produit et diffuse des données individuelles issues d'enquête par sondage associées à des données de remboursement de l'Assurance Maladie. En 2010, elle ambitionne d'apparier à ces données certains remboursements d'assurance complémentaire, ce qui permettra d'améliorer substantiellement la connaissance sur les restes à charge réels supportés par les assurés.

Par sa fréquence, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale, elle participe à l'évaluation des politiques de santé, au suivi des problèmes de santé publique en population générale et sert de support à la recherche en économie de la santé. Pour ce qui concerne la recherche en économie de la santé, ESPS permet de traiter toutes les problématiques qui font intervenir, au niveau individuel, les relations entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, la couverture maladie publique ou privée et le statut économique et social. La possibilité de suivre dans le temps une partie de l'échantillon permet de dépasser l'analyse des corrélations transversales pour travailler sur le sens des causalités.

Etudier l'état de santé, la consommation de soins et l'assurance santé

L'Enquête ESPS recueille des informations sur l'état de santé, le recours aux soins et la couverture maladie et les caractéristiques économiques et sociales de plus de 20 000 personnes, tous les deux ans. Les individus enquêtés sont suivis dans le temps et leurs consommations de soins sont recueillies dans les fichiers de remboursement de l'Assurance Maladie.

L'échantillon est représentatif de la population générale de France métropolitaine, vivant en ménage ordinaire, c'est-à-dire à l'exclusion des personnes en foyers, institutions, services de long séjour hospitalier et des personnes sans domicile fixe. L'échantillon maître dans lequel est tiré l'échantillon est construit à partir des fichiers de l'Assurance Maladie. Ceci présente l'avantage de pouvoir suivre les personnes interrogées au fil des enquêtes, car le mode de tirage de l'échantillon est resté constant ; et aussi d'associer à une moitié de l'échantillon ses consommations de soins de l'année telles qu'identifiées dans les fichiers de remboursement de l'Assurance Maladie.

L'assuré tiré dans l'échantillon participe à l'enquête ainsi que toutes les personnes de son ménage. En 2006, ESPS a interrogé 8 100 ménages et 22 000 individus. De

plus, un sur-échantillon de ménages couverts par la Couverture maladie universelle complémentaire complète depuis 2006 l'échantillon habituel, afin de mieux décrire les caractéristiques d'état de santé et d'accès aux soins de cette population.

L'enquête combine une base de questionnements fixes permettant de suivre les évolutions du système de santé au travers de l'expérience des assurés et des questionnements ponctuels ou innovants pour des analyses spécifiques, en fonction des demandes issues de la recherche. Au fil du temps ESPS a intégré des questionnements spécifiques visant à suivre et analyser les nouveaux éléments de régulation introduits dans le système, parmi lesquels on peut citer la loi Evin sur les complémentaires, le médecin traitant et le parcours de soins coordonné, les franchises de soins ou l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Une approche très fine des consommations de soins

La plupart des enquêtes en santé relèvent le recours et la dépense de soins individuelle de façon déclarative. Les travaux économétriques sur la consommation de soins n'en mentionnent pas les limites potentielles, alors que non seulement ce type de mesure n'a fait l'objet que de rares études méthodologiques, mais qu'en outre celles-ci montrent l'existence de biais de déclaration pouvant être liés à l'âge, l'état de santé ou le statut social. L'association des données ESPS avec les fichiers d'Assurance Maladie qui permet de connaître les consommations de soins, en volume et en dépense, avec un grand degré de finesse, permet de contourner ces problèmes. Notons qu'elles oublient les consommations de soins non portées au remboursement et les recours à des médecines alternatives. Le déroulement des séances (contenu, contexte, délai d'attente, adressage, prescriptions, satisfaction, ...) est approché à travers deux questionnaires sur la dernière séance de généraliste et de spécialiste. Ce questionnement permet de recueillir certains éléments du parcours de soins mais aussi des éléments du vécu et du ressenti du patient (compréhension du discours médical, satisfaction vis-à-vis de la qualité du suivi médical). Le questionnement sur la dernière séance ne permet pas de reconstituer un échantillon représentatif de séances, en particulier il sous représente les « premiers contacts » des trajectoires de soins, ce qui doit être pris en compte dans l'analyse et encourager des approches modélisées. Notons que malgré cette limite, le principe du questionnement sur la dernière séance est retenu dans de nombreuses enquêtes, en France et dans d'autres pays.

Une source de données unique sur l'assurance complémentaire

Par son questionnement spécifique sur les contrats complémentaires, ESPS produit une image représentative des contrats effectivement détenus dans les ménages français et donc de la répartition des niveaux de cou-

verture et leur évolution dans la population. Elle forme ainsi, avec l'enquête sur la complémentaire d'entreprise de l'IRDES (PSCE, 2003, 2009) et l'enquête auprès des organismes de couverture complémentaire de la DREES, un triptyque assez complet sur ce domaine.

Vers une meilleure connaissance des restes à charge après complémentaire

La dépense remboursée par la complémentaire santé représentait en 2004 13% de la dépense courante de santé. La connaissance de cette dépense et, en creux, du coût réellement supporté par les ménages, c'est à dire du reste à charge après complémentaire, reste très incomplète. Les dépenses d'assurance complémentaire sont absentes des systèmes d'information publics existants en France. Or la complémentaire santé ne profite pas à tous : environ 8 % des français n'ont de complémentaire d'aucune sorte – qu'il s'agisse d'une complémentaire privée ou de la CMUC- et toutes les études montrent qu'elle est un puissant levier de l'accès aux soins, sans doute le second après l'état de santé lui-même. Ainsi toutes les réflexions sur les dispositifs de remboursement ou d'accès aux soins se heurtent à une limite : on ne sait pas qui, au final, paie réellement quoi. C'est la raison pour laquelle s'est constitué en association avec l'Institut de Données de Santé un projet d'appariement de données de remboursement et de reste à charge d'organismes complémentaires avec d'une part les données ESPS et d'autre part les données de l'Assurance maladie.

En 2010 sera donc testée la possibilité d'associer aux données de remboursement de l'assurance maladie des données de remboursement des complémentaires. Il s'agit à ce stade de tester avant tout la faisabilité du dispositif en s'appuyant sur quelques organismes complémentaires. Seule une petite partie de l'échantillon sera concernée à ce stade et la précision de l'observation sera sans doute altérée par des limites liées à la présence de couvertures multiples ou aux difficultés de remontée des informations dans le cas de tiers payant complémentaire.

Dissémination des données

Les données de l'enquête sont à vocation d'études et recherches et utilisées en France comme à l'étranger. L'enquête se déroule sur une période d'un an. Après apurement des données, celles-ci sont mises à disposition des partenaires de l'enquête à la fin de l'année suivant le recueil, avec une période d'exclusivité d'une année. Elles sont ensuite accessibles moyennant l'établissement d'une convention de mise à disposition aux chercheurs qui en font la demande. Les données de remboursement d'Assurance Maladie remontent au cours des deux années qui suivent l'enquête, elles sont agrégées au niveau individuel et sont soumises à la même période d'exclusivité d'une année. Leur mise à disposition est soumise à l'autorisation des trois régimes

pourvoyeurs de données (CNAMTS, RSI, MSA). Enfin le centre Maurice Halbwachs est également associé à la dissémination des données de l'enquête.

Conclusion

A partir de 2010, ESPS profitera de l'évolution des systèmes d'information en santé. La base de sondage de l'échantillon ESPS devient un sous échantillon de l'EPIB (échantillon inter-régimes de bénéficiaires), échantillon pérenne au 1/97^{ème} des bénéficiaires des trois grands régimes de l'assurance maladie : CNAMTS, RSI et MSA. L'EPIB est représentatif selon l'âge et le sexe de la population française protégée par l'Assurance Maladie obligatoire. Les procédés de suivi

des enquêtes d'une enquête à l'autre seront améliorés par le recours à des bases d'information auxiliaires. Cette double démarche, qui associe un changement d'échantillonnage et un nouvel appariement avec les données de couverture complémentaire, et à laquelle la CNIL et le CNIS sont naturellement associés, permettra d'améliorer l'échantillonnage et donc la représentativité de l'enquête, de renforcer le panel et de traiter de nouvelles problématiques.

Paul **DOURGNON**
IRDES

Je remercie Caroline Allonier et Thierry Rochereau (IRDES)

APPEL A COMMUNICATION

XXXI^{èmes} Journées des Economistes de la Santé Français

3-4 décembre 2009, ENSAI, Rennes

Les propositions de communications doivent parvenir au CES avant le **1er juin 2009** et doivent être exclusivement envoyées par courrier électronique à l'adresse suivante : ces2@wanadoo.fr. Chaque proposition comportera 5 pages au maximum. Les éléments suivants sont attendus :

- Nature de la communication : théorique, revue de la littérature, empirique
- Exposé bref de la problématique et de son enjeu
- Originalité de la communication en la situant dans la littérature existante
- Démarche méthodologique adoptée : source et outils
- Premiers résultats et/ou état d'avancement du travail
- Bibliographie sélective (5 à 10 références).

Une sélection des contributions présentées aux Journées 2009 fera l'objet d'un numéro spécial d'une revue généraliste en économie.

VIENT DE PARAÎTRE

« Le marché de la santé : efficience, équité et gouvernance », *Revue Economique*, numéro spécial, sous la Direction de Thomas Barnay et Sophie Béjean, N° 2, Vol. 60, 2009.

« Ce numéro spécial de la *Revue Economique*, coordonné par le Collège des Economistes de la Santé, regroupe une sélection de communications présentées lors du vingtième anniversaire des Journées des Economistes de la Santé Français à Lille en 2007. Il aborde trois questions centrales pour le marché de la santé : la mesure de son efficience, les inégalités et la recherche d'équité, et la gouvernance du système de soins. Plus que d'autres, le marché de la santé se caractérise par une forte incertitude et un financement largement socialisé. Mettre en place des incitations et une tarification à l'activité est dans ce contexte un moyen d'atteindre des objectifs de politique et de santé publiques. Encore faut-il évaluer la production du système de santé et ses bénéfices, et comprendre les comportements des patients, médecins et établissements de soins... Cette recherche d'efficience et d'outils de gouvernance adéquats s'accompagne du souci d'appréhender les inégalités de santé et leurs conséquences ». (4^{ème} de couverture)

LES ACTIVITÉS DU COLLÈGE

Poursuivre Euronheed ?

Mis en place en 2003, le projet EURONHEED (European Network of Health Economic Evaluation Databases) constitue le prolongement de CODECS, première base francophone en ligne sur les travaux de recherche publiés dans le domaine de l'évaluation des programmes et des actions de santé. La fin des financements européens a cependant contraint le CES à limiter l'actualisation de cette base de données en dépit de la prépondérance de l'évaluation médico-économique en France et des besoins croissants d'accès aux études scientifiques. Aujourd'hui plus qu'hier, les évaluations médico-économiques des programmes de santé contribuent aux décisions d'allocation des ressources en santé.

Le projet EURONHEED a permis la mise en place d'un réseau de bases nationales de connaissances en économie de la santé. Chaque pays impliqué (17 au total) était responsable d'une zone géographique donnée. Le projet initial avait pour objectifs de couvrir le champ de l'évaluation économique des actions de santé, de recenser de façon exhaustive les travaux réalisés dans ce domaine en Europe et de permettre une standardisation des concepts de l'évaluation économique et de sa stratégie.

Étaient spécifiquement visés les objectifs suivants : un meilleur accès aux évaluations médico-économiques réalisées en Europe ; une meilleure compréhension de la méthodologie utilisée pour réaliser des évaluations médico-économiques et de leurs résultats et une meilleure utilisation des évaluations économiques dans le processus de prise de décision.

Deux modes de restitution de l'information étaient proposés. Les articles sélectionnés faisaient soit l'objet d'une fiche complète soumise à des experts du CES (36 experts étaient régulièrement sollicités) puis validée en derniers recours par les auteurs eux-mêmes, soit l'objet d'une fiche synthétique (elle présente un résumé structuré rédigé à partir d'une analyse de l'article).

Les articles référencés les plus anciens dans la base France datent de 1981 mais c'est à partir de 1985 que le recueil est plus systématique, la période 1989-2005 étant la plus documentée. La base EURONHEED compte 1397 articles (202 fiches complètes et 1195 fiches synthétiques). Elle référence notamment 37 % d'études de coûts, 28 % d'études coût-efficacité, 18 % sur des aspects méthodologiques et 13 % d'article de revues de la littérature.

Les pathologies les plus traitées sont les tumeurs (17%), suivies des maladies de l'appareil cardiovasculaire, des maladies de l'appareil digestif et des viroses (respectivement 9 %, 8 % et 7 %). L'accès à la base est gratuit et libre. Il est possible d'accéder au site de deux façons : à partir de l'adresse <http://infodoc.inserm.fr/euronheed> ou en passant par le site du Collège des Economistes de la Santé. Un système d'indexation à entrées multiples facilite les recherches. Celles-ci peuvent être réalisées par auteur, titre, périodique, pathologie, type d'étude, type d'intervention, par date et par pays.

Depuis 2007, compte tenu de l'arrêt des financements européens, la procédure a dû être simplifiée et seules des fiches synthétiques sont réalisées. Elles fournissent des informations élémentaires sur l'étude : la pathologie concernée, la technologie de santé étudiée, le type d'étude économique, le type d'intervention, la population cible, etc. Aujourd'hui, seules la France et l'Italie continuent à publier des fiches sur le site. Les dernières fiches publiées en France datent de 2009. Les versions EURONHEED Pays-Bas et Pays du Nord sont les premières à avoir cessé la diffusion de fiches en 2004. L'Allemagne et le Royaume-Uni ont diffusé leurs dernières fiches en 2005 et l'Espagne a suivi en cessant son activité en 2006. Cette baisse d'activité observée dans la plupart des pays est liée à l'arrêt des financements de l'Union Européenne. L'abandon de la procédure de referees (fiches compètes) en France appauvrit à l'évidence la qualité de la Base.

Et pourtant... pourtant l'accès à une base de données scientifique exhaustive d'études d'évaluations économiques semble indispensable pour que les différents acteurs du système de santé et notamment les caisses et la HAS puissent s'y référer. C'est sans aucun doute l'une des missions premières du CES de fournir cette synthèse scientifique accessible à tous afin d'éclairer les décisions publiques sur la performance des soins de santé. Une utilisation pertinente de ces études pourrait contribuer à une amélioration de la qualité des soins de santé mais aussi conduire à des consensus méthodologiques permettant d'actualiser les guides de recommandation. Qu'on se le dise...

Thomas BARNAY et Olivia CLEMENT
Collège des Economistes de la Santé



COLLÈGE DES ÉCONOMISTES DE LA SANTÉ

Les Coordonnées du Collège

Si vous souhaitez joindre le Collège des Économistes de la Santé,
adressez votre courrier au :

CES - 7, rue de Cîteaux, 75012 Paris.

Tél: +33 (0)1 43 45 75 65 - Fax : +33 (0)1 43 45 75 67

E-mail : ces2@wanadoo.fr

Site internet : <http://www.ces-asso.org>

La Lettre du Collège :

Directeur de rédaction : Claude Le Pen.

Secrétariat de rédaction : Thomas Barnay, Olivia Clement,
Astou Kaba.

Tirage : 550 exemplaires.

Réalisation : Louyot.

ISSN : 1953-6755