

N° 1180

ASSEMBLEE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 5 novembre 1998.

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES⁽¹⁾ SUR LA PROPOSITION DE RÉOLUTION DE M. THIERRY MARIANI (n° 999) *visant à créer une **commission d'enquête** chargée d'étudier la **fiabilité des études statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie**, et de faire des propositions dans ce domaine,*

PAR M. JEAN-PAUL BACQUET,

Député.

(1) La composition de cette commission figure au verso de la présente page.

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales est composée de : M. Jean Le Garrec, *président* ; MM. René Couanau, Jean-Michel Dubernard, Jean-Paul Durieux, Maxime Gremetz, *vice-présidents* ; Mme Odette Grzegorzulka, MM. Denis Jacquat, Noël Mamère, Patrice Martin-Lalande, *secrétaires* ; MM. Yvon Abiven, Bernard Accoyer, Mme Sylvie Andrieux, MM. André Aschieri, Gautier Audinot, Mme Roselyne Bachelot-Narquin, MM. Jean-Paul Bacquet, Jean-Pierre Baeumler, Pierre-Christophe Baguet, Jean Bardet, Jean-Claude Bateux, Jean-Claude Beauchaud, Mmes Huguette Bello, Yvette Benayoun-Nakache, MM. Patrick Bloche, Alain Bocquet, Mme Marie-Thérèse Boisseau, MM. Jean-Claude Boulard, Bruno Bourg-Broc, Mme Christine Boutin, MM. Jean-Paul Bret, Victor Brial, Yves Bur, Alain Calmat, Pierre Carassus, Pierre Cardo, Roland Carraz, Mmes Véronique Carrion-Bastok, Odette Casanova, MM. Jean-Charles Cavaillé, Bernard Charles, Jean-Marc Chavanne, Jean-François Chossy, Mme Marie-Françoise Clergeau, MM. Georges Colombier, François Cornut-Gentille, Mme Martine David, MM. Bernard Davoine, Lucien Degauchy, Marcel Dehoux, Jean Delobel, Jean-Jacques Denis, Franck Dhersin, Dominique Dord, Mme Brigitte Douay, MM. Guy Drut, Nicolas Dupont-Aignan, Yves Durand, René Dutin, Christian Estrosi, Claude Evin, Jean Falala, Jean-Pierre Foucher, Jean-Louis Fousseret, Michel Françaix, Mme Jacqueline Fraysse, MM. Yves Fromion, Germain Gengenwin, Mmes Catherine Génisson, Dominique Gillot, MM. Jean-Pierre Giran, Michel Giraud, Gaëtan Gorce, François Goulard, Jean-Claude Guibal, Mme Paulette Guinchard-Kunstler, M. Francis Hammel, Mme Cécile Helle, MM. Pierre Hellier, Michel Herbillon, Guy Hermier, Mmes Françoise Imbert, Muguette Jacquaint, MM. Maurice Janetti, Serge Janquin, Armand Jung, Bertrand Kern, Christian Kert, Jacques Kossowski, Mme Conchita Lacuey, MM. Jacques Lafleur, Robert Lamy, Edouard Landrain, Pierre Lasbordes, Mme Jacqueline Lazard, MM. Michel Lefait, Maurice Leroy, Patrick Leroy, Mme Raymonde Le Texier, MM. Maurice Ligot, Gérard Lindeperg, Patrick Malavieille, Mme Gilberte Marin-Moskovitz, MM. Didier Mathus, Jean-François Mattei, Mme Hélène Mignon, MM. Jean-Claude Mignon, Renaud Muselier, Philippe Nauche, Henri Nayrou, Alain Néri, Yves Nicolin, Bernard Outin, Dominique Paillé, Michel Pajon, Michel Péricard, Mme Geneviève Perrin-Gaillard, MM. Bernard Perrut, Pierre Petit, Mme Catherine Picard, MM. Jean Pontier, Jean-Luc Préel, Alfred Recours, Gilles de Robien, François Rochebloine, Marcel Rogemont, Yves Rome, Jean Rouger, Rudy Salles, André Schneider, Patrick Sève, Michel Tamaya, Pascal Terrasse, Gérard Terrier, Mmes Marisol Touraine, Odette Trupin, MM. Anicet Turinay, Jean Ueberschlag, Jean Valleix, Philippe Vuilque, Jean-Jacques Weber, Mme Marie-Jo Zimmermann.

Le 19 juin 1998, M. Thierry Mariani a déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale une proposition de résolution (n° 999) visant à créer une commission d'enquête chargée d'étudier la fiabilité des études statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) et de faire des propositions dans ce domaine.

Selon l'auteur de la proposition de résolution, la création d'une commission d'enquête est justifiée par "*l'imprécision des données*" qui servent de base au Parlement pour la fixation de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) dans la loi de financement de la sécurité sociale et par "*le caractère aléatoire des statistiques*" à partir desquelles sont déterminés les éventuels versements des médecins dans le cadre de la régulation des dépenses de santé.

I. - La **recevabilité** de cette proposition de résolution doit s'apprécier au regard des dispositions conjointes de l'article 6 de l'ordonnance n° 58-1100 du 17 novembre 1958 relative au fonctionnement des assemblées parlementaires et des articles 140 et 141 du Règlement de l'Assemblée nationale.

La première condition de recevabilité est relative à la définition précise, soit des faits qui donnent lieu à enquête, soit des services publics ou des entreprises nationales dont la commission doit examiner la gestion. La proposition de résolution visant à étudier les moyens mis en oeuvre par un service public pour produire certaines informations statistiques, on peut considérer que cette condition est remplie.

La seconde condition, plus substantielle, concerne la mise en oeuvre du principe de séparation des pouvoirs législatif et judiciaire et interdit à l'Assemblée nationale d'enquêter sur des faits ayant donné lieu à des poursuites judiciaires et aussi longtemps que ces poursuites sont en cours. Par lettre en date du 29 juillet 1998, le Garde des Sceaux a fait connaître qu'à ce jour aucune procédure judiciaire n'était en cours sur les faits ayant motivé le dépôt de la proposition de résolution, ces faits étant par ailleurs peu susceptibles de caractériser une infraction pénale. Il est donc possible de considérer cette proposition de résolution comme parfaitement recevable.

II. - L'opportunité de créer une commission d'enquête sur les statistiques de la CNAM n'est, en revanche, pas avérée.

Il est certes indéniable que les données statistiques produites par la CNAM souffrent d'un manque certain de crédibilité aux yeux des professionnels de santé. Ceux-ci s'interrogent, notamment par l'intermédiaire de leurs organisations syndicales, sur le partage des informations de santé et la fiabilité de leur traitement par les organismes d'assurance maladie et mettent en doute la validité des données, au premier chef celles relatives à leur activité. En effet, les mécanismes conventionnels de régulation financière reposent sur des objectifs de dépenses dont le respect ne peut être apprécié que dans un cadre statistique fiable. Du fait même que les objectifs sont opposables aux médecins, ceux-ci réclament d'être associés au traitement des informations les concernant. Sur le plan plus général de l'évaluation des pratiques professionnelles et de l'organisation du système de santé, il faut également disposer d'informations bien établies pour choisir les stratégies les plus appropriées.

L'information de base, essentiellement fondée sur la nature des actes et leur mode de remboursement, a été étendue pour prendre en compte le statut du prescripteur afin d'assurer le suivi des objectifs quantifiés. L'accroissement des informations collectées lors de la liquidation s'est accompagné d'un certain nombre d'incertitudes dans la qualité de cette collecte, nécessitant divers redressements statistiques qui distendent les liens entre les informations de base et les agrégats. L'amélioration en cours de l'information comptable recueillie au moment de la liquidation, notamment grâce au développement de l'informatisation du système de santé avec une véritable boucle de retour d'informations vers les praticiens, devrait permettre à terme d'atténuer l'importance des traitements statistiques.

Ces traitements sont actuellement assurés dans le cadre de systèmes nationaux interrégimes (SNIR) de comptabilisation des dépenses d'assurance maladie. Ceux-ci reposent encore aujourd'hui sur de simples accords conventionnels entre régimes. Aucune règle n'oblige l'ensemble des régimes à transmettre les données nécessaires à la CNAM qui gère ces systèmes. Leurs lacunes ont notamment été relevées par la Cour des comptes dans ses rapports annuels au Parlement sur la sécurité sociale en 1997 et en 1998.

Le SNIR des professionnels de santé est l'outil statistique utilisé par la CNAM pour mesurer l'activité et les prescriptions des praticiens exerçant à titre libéral. Il utilise la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour rassembler l'ensemble des informations collectées par les différents régimes d'assurance maladie adhérents et ainsi connaître le volume et le montant des prestations. Parmi les nombreuses utilisations des informations collectées, il faut notamment citer les relevés individuels d'activité et de prescription (RIAP).

Le SNIR des professionnels de santé n'inclut cependant pas tous les régimes ni les mutuelles servant les prestations de base. La CNAM n'a pas la possibilité de contrôler la qualité des données fournies par les différents régimes. L'identification des praticiens n'est pas toujours assurée car la qualité des fichiers de référence demeure inégale. Les prescriptions de cures thermales ne sont toujours pas suivies dans ce cadre. En outre, la fiabilité des informations recueillies est obérée par le fait que les nomenclatures utilisées par les professionnels de santé et par les caisses ne sont pas identiques, ce qui constitue une source potentielle d'erreurs dans les transpositions nécessaires à la centralisation des données. Enfin, les contrôles nécessaires à la ventilation des dépenses ne sont pas effectués au moment de la liquidation mais seulement lors de l'archivage des données et selon des règles différentes suivant les caisses.

Le SNIR des établissements de santé couvre quant à lui le champ des établissements publics et privés, sanitaires et médico-sociaux. Il a pour vocation de regrouper par établissement l'ensemble des flux financiers liés aux dépenses hospitalières prises en charge par l'assurance maladie. Il n'est cependant pas alimenté par l'ensemble des régimes d'assurance maladie et ne concerne pas tous les hôpitaux non soumis à dotation globale.

Afin d'améliorer le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale et de rétablir la confiance entre les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie, il est indispensable de pouvoir garantir la fiabilité des chiffres produits par l'assurance maladie dans le domaine des soins de ville. La perspective du développement du codage des pathologies et l'informatisation du système de santé, au travers du réseau santé-social (RSS), de la carte Sésam-Vitale et de la carte des professionnels de santé (CPS), renforcent encore l'importance de la qualité du traitement des informations recueillies. Le Gouvernement s'est résolument engagé dans cette voie.

Tout d'abord, le règlement conventionnel minimal, pris par arrêté interministériel du 10 juillet 1998 en l'absence de convention médicale, a prévu que les caisses d'assurance maladie doivent procéder à l'information des médecins sur les dépenses médicales, tant au niveau national qu'au niveau local, au bénéfice des organisations syndicales représentatives, des unions régionales de médecins exerçant à titre libéral (URML), ainsi qu'à tout professionnel de santé qui en fait la demande. Par ailleurs, les caisses sont tenues d'envoyer à chaque médecin un relevé individuel d'activité et de prescription (RIAP), non plus chaque semestre mais chaque trimestre.

Comme l'a souligné le rapport de la mission de concertation sur la médecine de ville remis le 15 juin 1998 au Gouvernement par M. François Stasse, la politique de maîtrise médicalisée des dépenses de santé implique une relation de confiance entre les médecins, l'Etat et l'assurance maladie.

Cette relation de confiance ne peut se développer que s'il y a accord sur le partage et la fiabilité de l'information médicalisée. Il faut lever le doute qui pèse encore sur la chaîne informationnelle, du fait que les caisses d'assurance maladie exercent à la fois des fonctions de recueil et de traitement des données et d'évaluation des pratiques. A cette fin, le retour d'information vers les professionnels de santé doit être amélioré. Il leur permettra notamment de développer des pratiques d'auto-évaluation.

Pour rétablir la confiance au sein du système d'information en santé, le rapport Stasse envisage trois solutions possibles pour en retenir une. L'éclatement à la source des données informatiques médicales, d'une part vers les caisses d'assurance maladie et d'autre part vers les unions régionales des médecins libéraux (URML), ne règle pas le problème initial de la fiabilité de l'information. La création d'une Agence nationale de l'information de santé, tant pour les informations relatives à la médecine de ville que celles relatives au secteur hospitalier, semble encore prématurée au vu de son ampleur. L'institution d'une tierce partie de confiance entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, chargée d'expertiser le travail de production statistique des caisses et de veiller à un retour effectif d'information vers les professionnels de santé, semble être la solution la plus efficace susceptible d'être mise en place rapidement et sans surcoût.

Le rapport Stasse préconise donc la création d'une commission nationale des statistiques de santé, jouant à la fois le rôle de comité scientifique et déontologique, qui gèrerait les demandes d'accès aux informations et serait habilitée à organiser des audits sur la qualité des informations transmises, le pertinence des règles de gestion statistique, le degré de précision des agrégats et le respect des règles éthiques relatives au secret médical. Le caractère neutre de cette institution doit être garanti par sa composition, paritaire entre les professionnels de santé et l'assurance maladie et comprenant des personnalités indépendantes choisies pour leurs compétences dans le domaine de la conception et de l'utilisation des outils statistiques.

Conformément au souhait exprimé par tous les syndicats de médecins libéraux, le Gouvernement a décidé de suivre cette proposition. La solution la plus immédiatement opérationnelle consiste en effet à confier aux seules caisses d'assurance maladie la gestion du système de traitement et d'enrichissement des données médicales et de mettre en place une instance externe de contrôle des données ainsi produites. C'est pourquoi l'article 16 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, adopté par l'Assemblée nationale, crée un système national d'information interrégimes de l'assurance maladie et un Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie.

Le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) sera chargé à la fois de contribuer à la connaissance des

dépenses de l'ensemble des régimes d'assurance maladie et d'assurer la transmission en retour aux prestataires de soins d'informations pertinentes relatives à leur activité, leurs recettes et leurs prescriptions. Il concernera tant les professionnels de santé que les établissements de santé. Il s'agit en fait de rendre obligatoire de par la loi les SNIR des professionnels et des établissements, tout en les fusionnant.

Le SNIIRAM sera mis en place par tous les organismes gérant un régime de base d'assurance maladie. Les modalités de gestion et de recueil des informations du SNIIRAM seront définies conjointement par un protocole passé entre les trois principaux régimes d'assurance maladie au moins (CNAM, MSA et CANAM) et approuvé par un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie sera quant à lui placé auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et aura pour objectif de garantir la qualité du recueil et du traitement des données relatives aux dépenses d'assurance maladie. Il sera composé de deux parlementaires (le président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale ou son représentant et le président de la commission des affaires sociales du Sénat ou son représentant), du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, de représentants des caisses nationales d'assurance maladie, de représentants des professionnels de santé et de personnalités qualifiées dans les domaines de l'information de santé ou des statistiques, afin de garantir sa capacité d'expertise scientifique.

Il faut préciser que la compétence du nouveau conseil devrait être limitée aux seuls soins de ville et ne pas comprendre le secteur hospitalier, à la différence du SNIIRAM, car les données hospitalières sont déjà connues grâce au système de la dotation globale et car le problème de manque de confiance sur l'information se pose essentiellement pour la médecine ambulatoire.

Le nouveau conseil sera chargé de veiller à la qualité du recueil et du traitement des informations statistiques produites par l'assurance maladie relatives aux soins de ville. A cet effet, il adressera des avis aux organismes d'assurance maladie pour améliorer la qualité des informations statistiques qu'elles ont produites dans le domaine des soins de ville et définir la nature et les destinataires des productions statistiques utiles à la connaissance des pratiques de soins ambulatoires. Il remettra également chaque année un rapport aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui sera joint en annexe *b* du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Les organismes d'assurance maladie seront tenus de communiquer au Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie la

description précise des traitements des informations statistiques relatives aux soins de ville qu'ils mettent en oeuvre, ainsi que les informations statistiques qu'ils produisent dans le domaine des soins de ville. Cette obligation de transmission des méthodes statistiques utilisées permettra ainsi au nouveau conseil de réaliser de véritables audits scientifiques, garantissant la fiabilité des méthodes utilisées par la CNAM.

Le Gouvernement a donc proposé des moyens permanents pour rétablir la confiance dans la fiabilité des informations de l'assurance maladie. Ceux-ci se mettront en place dans le courant de l'année 1999 et on peut raisonnablement envisager de pouvoir mieux apprécier la situation à l'occasion du débat sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

Enfin, il faut considérer qu'une commission d'enquête ne serait pas l'instance la plus appropriée pour étudier la fiabilité des statistiques de la CNAM. Elle ne disposerait au plus que de six mois pour effectuer ses travaux, alors que le Parlement est amené à se prononcer chaque année, dans le cadre de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale, sur le système de santé et l'assurance maladie. Il y a donc un suivi à réaliser, que ne permet pas le recours à une commission d'enquête. Il revient aux commissions chargées des affaires sociales de chaque assemblée d'effectuer ce suivi, qui relève pleinement de leurs attributions. Il faut rappeler notamment que les rapporteurs de la loi de financement de la sécurité sociale suivent et contrôlent, sur pièces et sur place, son application et peuvent se faire communiquer tout document ou renseignement d'ordre administratif et financier de nature à faciliter leur mission.

Au bénéfice de l'ensemble de ces observations, le rapporteur conclut au rejet de la proposition de résolution n° 999.

*

La commission a examiné la proposition de résolution n° 999 au cours de sa séance du jeudi 5 novembre 1998.

Conformément aux conclusions du rapporteur, la commission a **rejeté** la proposition de résolution.

N° 1180.— Rapport de M. Jean-Paul Bacquet (*au nom de la commission des affaires culturelles*), sur la proposition de résolution de M. Thierry Mariani (n° 999) visant à créer une commission d'enquête chargée d'étudier la fiabilité des études statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie, et de faire des propositions dans ce domaine.