



Avis sur les données de santé informatisées

Adopté par l'assemblée plénière le 19 octobre 2010.

Sommaire

1. La méthode de l'avis 3
2. La situation de la collecte, du traitement, de l'échange et de l'hébergement des données de santé en France apparaît globalement satisfaisante 3
3. Malgré ces efforts, il subsiste des difficultés qui doivent être résolues pour optimiser la collecte des données et éviter que la confiance dans la protection des données ne s'érode 5
4. La nécessité de valoriser la collecte et le traitement des données pour enrichir le débat public sur les questions de santé 10

Aux termes des dispositions de la [loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique](#), la Conférence nationale de santé « formule des avis et des propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre » et « contribue à l'organisation du débat public sur ces mêmes questions ». C'est dans le cadre de ces attributions que la Conférence nationale de santé a souhaité organiser des débats publics et rendre un avis sur les données de santé informatisées.

1. La méthode de l'avis

La Conférence nationale de santé a mis en place un groupe de travail qui a procédé à de larges auditions des parties prenantes dans le domaine. Elle a organisé deux [réunions publiques](#) : la première à Paris, le 3 février 2010 et la seconde, en partenariat avec la Conférence régionale de santé d'Auvergne, à Clermont-Ferrand, le 10 février 2010.

Dans le cadre de ce débat public, la Conférence nationale de santé a lancé un appel à contributions. [Onze réponses](#)¹ sont parvenues et ont été mises en ligne sur le site de la C.N.S.

Ces deux réunions publiques se sont conclues par des recommandations que la Conférence nationale de santé a souhaité réexaminer à la lumière des travaux conduits par le groupe de travail ainsi que des débats de sa formation plénière (recommandations de [Paris](#) et de [Clermont-Ferrand](#)).

C'est dans ces conditions que la Conférence nationale de santé a adopté l'avis dont la teneur suit.

2. La situation de la collecte, du traitement, de l'échange et de l'hébergement des données de santé en France apparaît globalement satisfaisante :

2.1. La collecte des données et ses finalités

Les données de santé sont des informations sur l'état de santé et les maladies d'un individu ou d'une population donnée mais aussi sur des éléments qui peuvent déterminer l'état de santé et les maladies (facteurs de risques médicaux, biologiques ou génétiques ; comportements de santé ; consommation des soins ; positions sociales ; conditions de travail ; conditions de vie ; environnement physique de l'habitat...).

Dans l'idéal, pour mieux soigner, mieux prévenir, mieux anticiper et éclairer le débat public et les politiques de santé, il faut avoir des données individuelles détaillées sur l'ensemble de ces éléments ou un certain nombre d'entre eux, afin de pouvoir les mettre en relation et comprendre la santé des personnes en fonction d'un certain nombre de ses déterminants.

En collectant des données de santé, il s'agit donc de faire progresser la connaissance mais aussi d'éclairer les décisions prises en matière de santé pour améliorer la santé des populations.

Ces données sont collectées :

¹ La liste des 11 contributions figure en annexe 1 du présent avis.

- dans le cadre d'enquêtes nationales ou locales, auprès de la population générale ou sur des échantillons de populations, le cas échéant, sélectionnés en fonction de certains critères,
- en continu, dans certains réseaux de surveillance, à partir de données recensées par des professionnels de santé ou dans certains fichiers administratifs ou de gestion comme les grandes bases de données de l'assurance maladie, les données issues des séjours hospitaliers, produits actuellement par [l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation \(A.T.I.H.\)](#), des données d'état-civil (certificats de décès, déclarations de grossesse et certificats de santé des enfants), voire d'autres fichiers administratifs comme ceux des caisses de retraite,
- dans les cabinets, centres, réseaux de soins ou établissements de soins à l'occasion de contacts avec les professionnels de santé et/ou de la délivrance de prestations de santé ou de soins ;
- dans les organismes de protection complémentaire.

Le plus souvent, ces données sont collectées sur des supports dématérialisés. Leur collecte, leur traitement et, le cas échéant, leur rapprochement permettent d'éclairer les décisions politiques et les actions de santé publique, favorisent et améliorent les prises en charge, notamment leur coordination, et constituent un atout dans la recherche bio-médicale.

2.2. Les garanties apportées au citoyen dans la collecte, le traitement, l'échange et l'hébergement de ces données :

Le cadre légal de la protection française comprend des institutions, organismes ou autorités administratives indépendantes qui, en France, sont en charge, en fonction de missions variées et complémentaires, de surveiller, réguler, agréer, autoriser la collecte des données de santé, en fonction de ce pourquoi elles sont collectées et des utilisations (traitement, échange, hébergement) qui en seront faites.

Au moins 7 organismes et institutions sont en charge de ces missions parmi lesquelles :

- la [Commission nationale de l'informatique et des libertés \(C.N.I.L.\)](#),
- le [Comité consultatif sur le traitement de l'information en matière de recherche dans le domaine de la santé \(C.C.T.I.R.S.\)](#),
- [l'Agence des systèmes d'information partagés de santé \(A.S.I.P.\)](#)
- [l'Institut des données de santé \(I.D.S.\)](#),
- les comités de protection des personnes (C.P.P.),
- le [Conseil national de l'information statistique \(C.N.I.S.\)](#),
- et la [Commission d'accès aux documents administratifs \(C.A.D.A.\)](#).

Dans la protection des données de santé, la France fait figure de pionnière, car dès 1978, elle a fait naître un régime qui a servi de modèle en Europe. Ce régime légal de protection des données est distinct selon qu'il s'agit de données à caractère personnel, directement ou indirectement nominatives, ou de données collectives « anonymisées ».

La détermination du caractère personnel d'une donnée relève de la C.N.I.L. Le caractère « personnel » tient au fait que cette donnée permet une identification, de façon directe ou indirecte. Ainsi, pour protéger les individus, il peut être nécessaire de recourir à une anonymisation, sous le contrôle de la

C.N.I.L. Dans d'autres situations, les données sont « anonymisées » à la source, lors de la collecte elle-même. Dans ce cas, la protection est évidemment intégrale.

Plusieurs textes législatifs s'appliquent aux données de santé de sorte que la compréhension des règles s'appliquant aux opérateurs de la collecte, du traitement, de l'échange et de l'hébergement n'est pas toujours aisée et probablement encore moins par le citoyen.

En tout état de cause, la plus grande part du système de protection des données de santé ressort de la [loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés](#) : droit d'accès, droit d'opposition, droit de modification, droit de suppression, droit à l'information.

D'autres éléments de protection figurent dans des textes fondateurs des droits des citoyens ou des professionnels de santé parmi lesquels il faut citer : le droit au secret médical et au secret professionnel, le droit à l'information pour les patients figurant dans la [loi « Kouchner »](#) de mars 2002, le droit à la protection de la vie privée figurant au Code civil.

Enfin, des sanctions pénales sont prévues en cas de violation du droit de la protection des données de santé. Ainsi, le fait de collecter des données alors que l'on n'y a pas été autorisé, de collecter sans consentement alors que ce consentement est requis, d'héberger des données sans y avoir été préalablement agréé, sont autant de violations passibles de sanctions pénales.

Le fait qu'il y ait très peu de contentieux en matière de données de santé en France peut être un signe de grande effectivité de la réglementation y afférant. Pour autant, des pratiques irrégulières existent, sans conséquences délétères pour les personnes concernées, ne justifiant pas ainsi de contentieux mais constituant néanmoins une méconnaissance des règles de protection.

Les risques potentiels de la divulgation des données sont principalement la violation des secrets de la vie privée et la discrimination, notamment en matière d'emploi, d'accès aux assurances ou aux soins.

3. Malgré ces efforts, il subsiste des difficultés qui doivent être résolues pour optimiser la collecte de données et éviter que la confiance dans la protection des données ne s'érode :

3.1. L'optimisation de la collecte à des fins de recherche :

Des progrès ont été réalisés ces dernières années pour l'utilisation dans le cadre d'un projet de recherche des données individuelles issues de certaines bases de données médico-administratives, comme le montre la mise en place de cohortes comme [GAZEL](#), [E3N](#), [CONSTANCES](#), [RECORD](#), [3 Cités](#), [DESIR](#) ou encore le dispositif des enquêtes sur la santé et la protection sociale ([E.S.P.S.](#)) de [l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé \(I.R.D.E.S.\)](#).

Cependant, les chercheurs font observer des obstacles techniques et institutionnels, notamment dans le chaînage des données des bases précitées avec celles de l'Assurance maladie ou à d'autres bases de données nationales. Ceci, d'une part, parce que l'accès aux données individuelles de ces bases nécessite de passer à un stade « identifiant » des données par l'utilisation du Numéro d'identification au répertoire (N.I.R.), ce qui en l'état actuel de la législation nécessite l'adoption d'un décret en Conseil d'État. D'autre part, l'extraction de données des bases nationales requiert un important travail technique qui est actuellement mal pris en charge faute de moyens adéquats.

Ces difficultés conduisent à une sous-exploitation des données préjudiciables à l'évolution de la politique française de santé publique, et notamment à l'analyse des inégalités sociales de santé et de recours aux soins, qui nécessitent spécifiquement l'usage conjoint de données médicales et de données sociales.

- Dans ces conditions, il conviendrait de faire évoluer les textes afin de permettre, sous certaines conditions, l'utilisation du N.I.R. sans passage systématique au Conseil d'Etat pour les études et recherches présentant un intérêt de santé publique. Ceci implique l'élaboration de solutions juridiques, par exemple, un décret générique en Conseil d'État qui précise, pour cet objectif limité de la recherche en santé publique, les conditions d'extraction, d'anonymisation et de transmission de ces données. Cela suppose aussi la mise en place de dispositifs techniques offrant toute garantie de respect de la confidentialité, sous la forme de « centres d'appariement sécurisé » strictement encadrés et contrôlés.
- Il conviendrait également de développer des structures techniques d'interface entre chercheurs et bases de données nationales, sous la forme de plateformes scientifiques et techniques d'appariement, comme le propose par exemple le [projet PLASTICO](#).
- Il conviendrait enfin de veiller à ce que la mise en place de l'identifiant national de santé (I.N.S.) ne rende pas impossible, dans un cadre strict de recherche en santé publique et sous un contrôle spécifique de la sécurité des données, les appariements de données avec sources utilisant le N.I.R. comme identifiant, notamment de données sociales. Cela nécessiterait concrètement la conservation très sécurisée d'une table de passage entre le N.I.R. et l'I.N.S. et la définition précise des règles d'utilisation de cette table, puis de l'anonymisation et du contrôle des données appariées produites.

3.2. Le renforcement de la confiance dans le niveau de protection des données :

3.2.1. La transparence dans les expérimentations à propos de l'échange des données de santé :

Dans ce cadre, les expérimentations tendant à l'échange des données entre l'Assurance maladie et les assureurs complémentaires ont fait l'objet d'un suivi régulier organisé par M. Christian BABUSIAUX (co-auteur du rapport : [L'accès des assureurs complémentaires aux données de santé des feuilles de soins électroniques](#) et actuel président de l'I.D.S.) et la direction de la sécurité sociale, sur les conditions de ces échanges et leurs résultats. Ces expérimentations ont été autorisées par la puissance publique après que ce rapport, remis en juin 2003 au ministre de la santé, constate la « *faisabilité juridique et technique d'un accès des assureurs complémentaires aux données de santé figurant sur les feuilles de soins électroniques [...]* ». Ce rapport recommandait le lancement d'expérimentations sur la base d'un dispositif rendant les données anonymes ou faisant appel au consentement de l'assuré.

Ces expérimentations ont été autorisées par la C.N.I.L. qui a également autorisé leur prolongement pour certaines d'entre elles ainsi que le développement de nouvelles études. Parmi ces expérimentations certaines sont terminées depuis plusieurs mois.

- La Conférence nationale de santé estime que de telles expérimentations, comportant des échanges de données entre l'assurance maladie et les régimes complémentaires, doivent être placées sous l'égide de l'I.D.S., dans un cadre adapté qui en assure la transparence et que leurs résultats doivent faire l'objet d'une présentation publique.

3.2.2. La clarification des modes de consentement pour la collecte, le traitement, l'échange et l'hébergement des données :

Présenté de façon sommaire, le droit du consentement en matière de collectes de données de santé s'analyse comme un droit d'opposition, sauf quand il y a échange ou hébergement des données où la loi exige un consentement exprès.

Cependant, on assiste à une véritable intrication de régimes distincts, créés en fonction des circonstances particulières, qui défie toute présentation claire de ces régimes aux yeux de l'opinion qui va être de plus en plus souvent amenée à exprimer formellement son adhésion à la collecte, au traitement, à l'échange et à l'hébergement de ses données de santé.

Deux cas sont particulièrement illustratifs des risques de confusion sur la nature et la portée de l'accord que les patients peuvent être amenés à donner : l'historique des remboursements de l'assurance maladie et la notion d'équipe de soins.

L'historique des remboursements de l'assurance maladie comporte des données de santé nominatives auxquelles les médecins traitants ou spécialistes peuvent avoir accès dans des conditions prévues aux articles [L. 162-4-3](#) et R 162-1-10 à R 162-1-15 du code de la sécurité sociale. Ainsi, l'article L 162-4-3 prévoit que « *le bénéficiaire des soins donne son accord à cet accès en permettant au médecin d'utiliser, à cet effet, la carte mentionnée à l'article L 161-31* » du même code. En pratique, le plus souvent, le patient a déjà donné sa carte Vitale² au début de la consultation, notamment en prévision de la transmission électronique de la feuille de soins, de sorte que l'accord matérialisé par la remise de la carte Vitale pour cette transmission se confond avec l'accord nécessaire de la remise de la même carte pour autoriser le médecin à accéder à l'historique des remboursements.

Dans ce premier cas, il y a bien des données de santé nominatives hébergées mais le consentement n'est pas suffisamment distinct du consentement à la transmission de la feuille de soin matérialisé par la remise de la carte Vitale de sorte qu'il ne saurait s'agir du consentement exprès prévu par la loi dans le cadre de données de santé hébergées.

La définition de l'équipe de soins n'est pas la même en ville ou en établissement de santé du point de vue de l'accès aux données de santé. Ainsi, Le troisième alinéa de l'article L 1110-4 du code de la santé publique dispose que « *Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe* ». Pourtant le patient se confie de la même façon à un cabinet médical, à un pôle de santé ambulatoire ou à une maison de santé pluridisciplinaire qu'à un établissement de soins.

Dans ce second cas, à l'ouverture d'un dossier informatisé, le patient se voit opposer un régime de droit distinct en ambulatoire par rapport à une prise en charge en établissement de santé alors que, dans les deux situations, il s'agira d'échanger des données au sein d'une équipe de soins pour optimiser un traitement ou une prise en charge.

² C'est celle décrite à l'article L 161-31 du code de la sécurité sociale.

Il serait raisonnable d'unifier le mode de recueil du consentement dans toutes les hypothèses où il a à être formulé. En effet, en raison de l'évolution des progrès de la médecine et de l'électronique, les partages, les échanges et les hébergements de données vont se multiplier faisant prévaloir, sur la base du droit actuel, l'exigence de consentement. Il ne serait pas souhaitable que se développe des formes répétitives de recueil de consentement dans un contexte où ils vont se multiplier en raison des prises en charge de plus en plus souvent pluridisciplinaires ou pluri-professionnelles dont la qualité repose sur l'accroissement des échanges entre ces professionnels et leurs structures de référence. A cet égard, la solution adoptée dans le recueil du consentement à l'ouverture du dossier pharmaceutique créé à l'article [L 161-36-4-2](#) du code de la sécurité sociale peut constituer une base de travail dans la perspective d'un mode unifié de consentement.

- La Conférence nationale de santé propose d'unifier le régime de consentement à la collecte, au traitement, à l'échange et à l'hébergement des données de façon à ce qu'il soit aisément compréhensible par les usagers et commode à exprimer, y compris quand ce mode de consentement est dématérialisé.

3.2.3. Le respect du principe de représentation des usagers dans les décisions relatives à l'informatisation des données de santé :

Même si le régime juridique de la protection des droits en matière de données de santé est solide en France, en raison de règles et d'institutions nombreuses dans le domaine, l'acceptabilité de l'informatisation des données de santé pâtit d'une insuffisante transparence dans les institutions en charge de délivrer les autorisations ou agréments. Si le Comité d'agrément des hébergeurs de données, le Conseil national d'information statistique et l'Institut des données de santé comportent *es qualités* des représentants des usagers et des professionnels de santé, il n'en va pas de même dans les autres institutions dédiées aux données de santé informatisées.

- La Conférence nationale de santé estime que le principe de participation des usagers du système de santé prévu par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé ainsi que la représentation *es qualités* des professionnels de santé dans toutes les instances dédiées à la régulation des données de santé informatisées doivent être strictement respectés.

3.2.4. La prévention du risque de défiance de l'opinion à l'égard de l'informatisation des données de santé :

3.2.4.1. Les années 70 avaient vu apparaître une vive contestation autour du thème de « l'informatisation de la société ». La contestation de plusieurs fichiers à des fins de police ou de santé publique s'était fortement exprimée. Ce sont notamment ces mobilisations qui ont amené à la fondation d'un droit français particulièrement protecteur.

Pour autant, la création de certains fichiers à visée de surveillance sanitaire ou de connaissance épidémiologique suscite régulièrement des oppositions (déclaration obligatoire des cas de séropositivité en 1998, masquage des données de santé dans le dossier médical personnel en 2006, cohorte de la Mutuelle générale de l'éducation nationale sur la santé des jeunes enfants en 2007).

- La Conférence nationale de santé estime judicieux que soit menée une campagne publique articulant l'intérêt de la collecte des données de santé et le régime de protection en vigueur. La

question du consentement pourrait être utilement mise en exergue pour faire progresser l'acceptabilité de l'informatisation des données de santé. Au-delà de la seule question du consentement, une telle campagne pourrait présenter les droits des usagers du système de santé : droit d'accès aux traces des échanges, droit de rectification, droit au masquage, voies de recours.

3.2.4.2. A l'occasion des travaux préparatoires du présent avis, l'attention de la Conférence nationale de santé a été appelée sur l'effectivité du droit au consentement dans l'informatisation des données de santé. Il a ainsi été relevé que, depuis de nombreuses années, des organisations de soins ou des professionnels de santé collectent ou échangent des données de santé sans que jamais le consentement des patients n'ait été recueilli.

- Dans ces conditions, il conviendrait, comme cela est projeté par l'A.S.I.P. Santé à l'occasion de la création du dossier médical personnel, que le guide des bonnes pratiques dans le recueil du consentement à l'ouverture d'un dossier de santé informatisé fasse l'objet d'une large diffusion auprès des professionnels de santé, en leur indiquant que le respect de ces préconisations s'impose strictement à l'avenir.

3.2.4.3. Par ailleurs, il a également été fait observer que la destruction des supports informatiques contenant des données de santé ne fait l'objet d'aucun cadre prudentiel de nature à préserver la confidentialité des données contenues sur ces supports. En effet, ces matériels informatiques obsolètes ne bénéficient d'aucune filière de recyclage adaptée à la protection des données qu'ils sont susceptibles de contenir de sorte que l'on peut craindre au fur et à mesure du renouvellement des équipements que des données individuelles de santé ne se diffusent au-delà des personnes initialement autorisées à y accéder.

- La Conférence nationale de santé recommande que des règles de bon usage à l'occasion de la désaffectation des matériels informatiques ayant servi à la collecte, au traitement, à l'échange et à l'hébergement des données de santé soient publiées et diffusées auprès des organismes ou des professionnels de santé collectant, traitant, échangeant et hébergeant de telles données.

3.2.5. Le soutien des professionnels de santé :

Comme cela a pu apparaître clairement, le recueil du consentement, quel que soit ses modalités, va reposer sur les professionnels de santé. Ces hypothèses vont se multiplier avec le développement de l'informatique médicale. Elles vont aussi se diversifier en raison de l'évolution des prises en charge qui vont exiger de distinguer la non-opposition à la collecte du consentement aux échanges.

- Dans un contexte de temps médical disponible de plus en plus restreint, la Conférence nationale de santé souhaite que des mesures soient adoptées pour soutenir les professionnels de santé dans les tâches administratives de recueil des consentements qu'il s'agisse de compenser cette charge ou d'accompagner l'évolution des pratiques professionnelles.

3.2.6. La situation de la télésanté :

Avec l'[article L 6316-1](#) du code de la santé publique, introduit par la [loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires](#), la télémédecine devient un acte médical entouré des garanties éthiques, déontologiques et juridiques s'appliquant à de tels actes.

Le domaine de la télésanté n'a pas fait l'objet des mêmes attentions malgré un [rapport remis en novembre 2009 au Premier Ministre par Monsieur Pierre LASBORDES](#), député de l'Essonne.

A juste raison, des espoirs considérables reposent sur le développement de la télésanté, y compris au plan économique, car la France dispose d'une situation favorable dans le domaine. Il ne s'agit ni de discuter ni de remettre en cause cette avance. Pour autant, la télésanté qui repose le plus souvent sur la collecte de données de santé informatisées ne saurait se dispenser des obligations qui s'appliquent à tous les opérateurs, quelle que soit leur nature, quand ils collectent des données de santé. Le droit de non-opposition, mais plus certainement le droit du consentement exprès, puisqu'il s'agit le plus souvent d'échanger et d'héberger des données, doit être strictement respecté par ces opérateurs.

- La Conférence nationale de santé souhaite que les conditions dans lesquels ses opérateurs directs ou indirects, par le truchement de partenariat avec des sociétés de téléphonie, notamment, fassent l'objet d'un rapport des inspections générales concernées et que ce rapport soit rendu public. Ce rapport devrait comporter une étude approfondie des garanties offerte aux citoyens dans la protection de leurs données de santé informatisées collectées, traitées, échangées et hébergées par ces opérateurs ou les sociétés qu'ils commanditent.

4. La nécessité de valoriser la collecte et le traitement des données pour enrichir le débat public sur les questions de santé :

Au-delà d'un cercle relativement restreint de représentants issus de la société civile garant de la transparence des processus de décision, il subsiste une préoccupation plus large de restitution vers l'opinion publique. Comme cela a été évoqué plus haut, il est souhaitable de faire une présentation encore plus large des expérimentations se déroulant depuis plus de 5 ans en matière d'échanges de données entre le régime obligatoire et les régimes complémentaires. Bien d'autres exemples pourraient être fournis. Ainsi, il pourrait s'avérer judicieux que l'utilisation des données de la plus grande base au monde, le [Système national d'information inter régime de l'Assurance maladie \(S.N.I.I.R.-A.M.\)](#), fasse l'objet d'une présentation, au-delà des « points presse », des résultats que son exploitation révèle de sorte que l'opinion comprenne mieux les enjeux individuels et collectifs en matière de santé publique, par exemple.

Pourtant la création du portail public www.e-sante.gouv.fr pourrait être l'occasion d'une telle restitution publique.

- La Conférence nationale de santé recommande que, dans toute expérimentation en matière de collecte, de traitement, d'échange et d'hébergement des données de santé, une obligation de présentation des évolutions à mi-étape et des résultats en fin d'expérimentation soit désormais la règle. Elle souhaite aussi que d'une façon plus générale, les pouvoirs publics obligent et s'obligent à la présentation des enseignements pour la collectivité tirés de l'informatisation des données individuelles de santé. Sans attendre, une première étape pourrait être la présentation des données relatives à l'état de santé de la population de chaque région à l'occasion des travaux engagés devant les conférences régionales de santé et de l'autonomie pour conduire à l'adoption du projet régional de santé.

*

Telles se présentent les observations de la Conférence nationale de santé adoptées en assemblée plénière le 7 octobre 2010.

Annexe 1 :

Contributions parvenues à la C.N.S. en appui au débat public (par ordre alphabétique de nom d'organisme/association ou auteur)

- [Association pour le droit de mourir dans la dignité \(A.D.M.D.\) – M. CARRE](#)
- [Association des malades et opérés du cœur \(A.M.O.C. 33\) – Mme MAESTRE](#)
- Comité national des registres (I.n.V.S. – I.N.S.E.R.M.) :
[Courrier du 27.01.10](#) et [propositions](#)
- [Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé \(F.N.O.R.S.\)](#)
- [G.I.S. E.L.F.E. \(étude longitudinale française depuis l'enfance\) – M. LERIDON](#)
- [M. HENRARD – Conférence nationale de santé/Conférence régionale de santé d'Ile-de-France](#)
- [Institut de veille sanitaire](#)
- [M. Hubert ISNARD \(C.I.R.E. Ile-de-France\), Mmes Isabelle GREMY et Corinne PRAZNOCZY \(O.R.S. Ile-de-France\)](#)
- [Institut thématique Santé publique de l'I.N.S.E.R.M.](#)
- [Observatoire régional de santé de Bretagne \(O.R.S.B.\) – M. TREHONY](#)
- [Société parisienne d'aide à la santé mentale \(S.P.A.S.M.\) – Dr P. CACOT et Mme VALOIS](#)