



**Ministère du travail, de l'emploi et de la santé  
Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État  
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale**

**Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques**

**Sous-direction 'observation de la santé et de l'assurance maladie'**

Bureau 'état de santé de la population'

Dossier suivi par : Olivier CHARDON  
Tel : +33 (0) 1 40 56 80 63  
Fax : +33 (0) 1 40 56 81 20  
Mél : <mailto:olivier.chardon@sante.gouv.fr>

**Sous-direction 'observation de la solidarité'**

Bureau "handicap, dépendance"

dossier suivi par : Etienne DEBAUCHE  
Tel : +33 (0) 1 40 56 88 22  
Fax : +33 (0) 1 40 56 81 20  
Mél : <mailto:etienne.debauche.@sante.gouv.fr>

DREES-BESP N° 001/12

Paris, le 11 janvier 2012

**Note à l'attention du  
Groupe de travail sur la rénovation des questionnaires du recensement**

**Audition du 13 janvier 2012**

**Objet : Proposition de questions sur la santé, la dépendance et le handicap pour le bulletin individuel du recensement de la population**

Dans le cadre de la refonte du bulletin individuel du recensement de la population la Drees s'est interrogée sur l'opportunité d'introduire des questions relatives à la santé, au handicap et à la dépendance. Afin de respecter un principe de parcimonie nous proposons l'introduction de deux questions, une sur la santé et une sur le handicap et la dépendance.

**Les sources existantes sur la santé, le handicap et la dépendance et leurs limites**

Les annexes 1 et 2 de cette note listent les principales sources (administratives ou enquêtes) sur les thématiques santé, handicap et dépendance.

Sur le thème spécifique de la santé on pourra par ailleurs se référer à l'annexe du rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), coordonnée par la DREES et le HCSP (294 pages), sur « les systèmes d'information pour la santé publique »<sup>1</sup>.

Depuis 2006, les rapports « L'état de santé de la population en France », grâce à un important travail de coordination, organisé par la DREES mobilisent ces sources pour suivre les objectifs associés à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004<sup>2</sup>.

Sur la santé, les données administratives fournissent une information localisée au niveau départemental ou communal sur l'offre et la consommation de soin, sur les causes de décès, les distances d'accès au soin, et sur la morbidité (uniquement hospitalière) (cf. annexe 1). Des enquêtes en population générale appréhendent l'état de santé déclarée des individus et permettent des analyses au niveau national (notamment sur les inégalités de santé, le renoncement au soin, les déterminants de santé) mais rarement à

<sup>1</sup> [http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091111\\_sisp\\_src.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091111_sisp_src.pdf)

<sup>2</sup> <http://www.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011.html>

un niveau géographique plus fin. C'est donc du côté de la « demande » de santé que l'information statistique est la plus frustrante au niveau local.

Sur le **handicap et la dépendance**, le système statistique public est principalement structuré autour de remontées administratives ou d'enquêtes assimilées. Il permet de suivre l'évolution des prestations à destination des personnes handicapées ou dépendantes (telles la PCH, l'ACTP, l'AAH, etc.) et de l'offre de places dans les établissements pour personnes handicapées et pour personnes âgées. Le système d'information permet ainsi de décrire les bénéficiaires des différentes prestations (caractéristiques sociodémographiques, niveau de dépendance pour les personnes âgées, éléments de la prestation perçus,...). Pour plusieurs de ces sources, les informations sont localisées au niveau du département. Les données disponibles sur les bénéficiaires de prestations visant à compenser le handicap ou la dépendance montrent une grande hétérogénéité des taux standardisés de bénéficiaires entre départements.

Depuis 2003, les départements sont chefs de file de l'action sociale décentralisée, dans le cadre de leurs schémas. Dans un contexte budgétaire contraint, ils éprouvent le besoin de se comparer, sur d'autres critères que ceux immédiatement disponibles, tels la taille ou la structure par âge de leur population. Les départements ont besoin d'informations infra-départementales pour piloter leurs politiques en faveur des personnes handicapées et dépendantes. Ce besoin a été exprimé avec force par le **groupe de travail CNIS 'Indicateurs sociaux départementaux'** de 2009 et le groupe d'expérimentation ADF-Drees « Indicateurs sociaux départementaux » qui lui a succédé<sup>3</sup>.

L'enjeu est donc la connaissance de la population susceptible de besoin d'intervention correspondant à des personnes vulnérables, indépendamment du fait qu'elles aient fait ou non une demande de prestation. Cette notion est importante pour la mise en place de politiques d'information et de prévention.

Or, les seules sources sur le handicap et la dépendance qui couvrent l'ensemble de la population, bénéficiaire ou non de prestations, sont les enquêtes HID (1998-2000) et HS (2008-2009), mais les échantillons ne permettent pas d'approcher la dimension locale.

L'opportunité d'introduire une ou des questions dans le recensement permettrait de combler en partie cette lacune.

### **Proposition d'ajout de question sur la santé**

Nous proposons d'ajouter dans le bulletin individuel du recensement la première question du mini module européen de santé :

**Comment jugez-vous votre état de santé en général ? (très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais).**

La question porte sur la santé perçue. Elle est donc très générale et subjective ce qui constitue en soi une limite. Mais elle recouvre le concept large de la santé telle qu'il apparaît dans la définition donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en 1946 : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Un certain nombre de travaux méthodologiques montrent que la santé perçue est un indicateur pertinent de l'état de santé des personnes, et qu'il est très lié aux indicateurs « objectifs » d'état de santé. De plus, cette question est très bien acceptée par les ménages et elle est très souvent utilisée dans les enquêtes dont la thématique principale n'est pas la santé (cf. annexe 1, point 4). Elle sera utilisée avec une collecte en dépôt retrait dans l'enquête européenne de santé de 2014.

Il est par ailleurs retenu dans le rapport de définition des indicateurs de suivi des objectifs de la loi relative à la santé publique. L'indicateur est, au niveau national, détaillé par CS et par diplôme, ce que permet également le recensement. Cet indicateur (et d'autres comme l'espérance de vie, les causes de décès, l'obésité...) est notamment utilisé pour étudier les inégalités sociales de santé. La France se caractérise, en effet, par de fortes inégalités sociales de santé. Sur les données de mortalité et de morbidité ces inégalités apparaissent aussi comme des inégalités territoriales. L'introduction de cette question permettrait ainsi d'affiner l'analyse des inégalités territoriales de santé et de mettre en regard des indicateurs localisés d'offre et de consommation de soin déjà disponibles avec des indicateurs d'état de santé, mesurée par la santé perçue.

<sup>3</sup> Rapport du groupe d'expérimentation ADF-Drees « Indicateurs sociaux départementaux », document de travail - série sources et méthodes, n° 25 - septembre 2011- DREES

## Proposition d'ajout de question sur le handicap et la dépendance

En 2008, la division statistique des Nations Unies (United Nations Statistical Division -UNSD) a présenté des principes et recommandations pour les recensements de population, parmi lesquelles certaines sont spécifiques au handicap<sup>4</sup>. Le Washington group préconise un ensemble de 6 questions pour répondre aux recommandations des Nations Unies, fondées sur les notions de limitations fonctionnelles. Cependant l'ajout de 6 questions dans le BI est clairement hors de portée.

Aussi, nous proposons l'ajout d'une unique question inspirée des expériences passées (enquête filtre VQS, SHARE et mini module européen) :

**Êtes vous limité(e) depuis au moins 6 mois dans les activités que les gens font habituellement, à cause d'un problème de santé ou d'un handicap ?**

Oui, fortement limité(e)

Oui, limité(e), mais pas fortement

Non, pas limité(e) du tout

L'ajout de cette question dans le BI permettrait de caractériser les personnes qui ont des gênes dans leurs activités quotidiennes et leurs besoins ainsi que d'étudier les disparités spatiales en corrigeant de la structure sociodémographique des territoires.

### Insertion des questions dans le Bulletin Individuel.

Ces deux questions ont vocation à être posées à toute la population. Elles le sont dans les autres enquêtes qui les utilisent. Le point délicat est l'absence d'information concernant le recours à un tiers pour répondre à la question. Pour les plus jeunes enfants on peut considérer que la question sur la santé « perçue » serait alors plutôt une santé « déclarée par les parents », donc une notion moins subjective et donc à priori plus restrictive.

### Quelques éléments de réflexion sur l'opportunité d'une enquête adossée au RP sur la santé, la dépendance et le handicap.

L'intérêt d'une enquête adossée au RP est de disposer d'un échantillon de très grande taille qui permettrait des exploitations à niveau géographique fin et des études sur des populations « ciblées ».

Concernant l'étude de population ciblée, une première difficulté est le mode de collecte. Le dépôt-retrait n'est en effet pas le mode de collecte le plus approprié pour collecter de l'information auprès des personnes fragiles, dépendantes ou en mauvaise santé. La mise au point du contour du questionnaire serait donc assez délicate.

Au niveau national, de grandes enquêtes sont prévues dans les années à venir sur la santé, la dépendance et le handicap : une enquête Santé en 2014, une enquête Dépendance en 2015, une enquête Handicap en 2018 (qui nécessitera certainement une enquête filtre). L'apport d'une enquête adossée au recensement serait donc essentiellement la production d'information à un niveau géographique fin. L'exploitation de l'enquête famille et logements 2011 apportera des éléments de réponse qui permettront d'éclairer les possibilités d'une enquête associée sur ce point. A noter que l'enquête famille et logements 2011 a beaucoup de synergie avec les questions du RP et offre certainement plus de possibilité d'inférence statistique (calage, estimation sur petit domaine) qu'une enquête sur une thématique plus éloignée.

La sous-directrice de l'observation de la santé  
et de l'assurance maladie



Nathalie Fourcade

La sous-directrice de l'observation  
de la solidarité



Magda Tomasini

<sup>4</sup> [http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/docs/P&R\\_Rev2.pdf](http://unstats.un.org/unsd/demographic/sources/census/docs/P&R_Rev2.pdf)

## Annexe 1

# Les principales sources d'information statistique sur l'état de santé de la population.

Les sources d'information sur la santé sont très nombreuses, elles sont détaillées dans l'annexe du rapport du Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) sur « les systèmes d'information pour la santé publique », coordonné par la DREES et le HCSP (294 pages).

[http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091111\\_sisp\\_src.pdf](http://www.hcsp.fr/docspdf/avisrapports/hcspr20091111_sisp_src.pdf)

Depuis 2006, les rapports « état de santé de la population », grâce à un important travail de coordination organisé par la DREES, mobilisent ces sources pour suivre les objectifs associés à la loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004.

<http://www.sante.gouv.fr/l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011.html>

Cette note pointe rapidement les principales sources d'informations sur la santé (au moins en terme de nombre d'observation).

## 1. Les sources administratives exhaustives.

Elles permettent des études sur la mortalité, la morbidité, la consommation et le recours au soin, la distance au soin.

### 1.1 Les causes médicales de décès

- données issues de la partie médicale des certificats de décès remplis par les médecins (certificat général et certificat néonatal pour les décès avant 28 jours d'enfants nés vivants)
- produites par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc-Inserm) en N+2

### 1.2 Les PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information)

- finalités : tarification et planification
- champ d'application : hôpital (public et privé), médecine chirurgie obstétrique (PMSI-MCO), soins de suite et de réadaptation (PMSI-SSR), hospitalisation à domicile (PMSI-HAD), psychiatrie (PMSI-PSY)
- système d'information qui tient compte des pathologies (diagnostic) et des modes de prise en charge (Art. L6113-7 CSP)
- localisation à la commune (lieu de soin/lieu de résidence)
- utilisé pour étudier la morbidité/mortalité selon le sexe et l'âge, certaines sous-populations (sexe\*âge), l'activité hospitalière

### 1.3 Le SNIIR-AM (Système national d'informations inter-régimes de l'assurance maladie)

- finalité : gestion des remboursements
- champ d'application: ensemble des dépenses remboursables (ville+hôpital)
- pas d'information sur les pathologies/diagnostics (hors affection de longue durée)
- information localisée à la commune de résidence du patient ou du professionnel consulté.
- appariement possible entre PMSI et SNIIR-AM

### 1.4 La SAE (Statistique Annuelle des Etablissements)

- enquête réalisée par la DREES, avec le concours des ARS pour les gros établissements notamment.

- fournit des données sur l'équipement et l'activité des établissements de santé (lits entrées, journées, personnels médicaux et non médicaux qui y travaillent) en juillet N+1 (site de diffusion en septembre N+1)

### **1.5 Certificats de santé du jeune enfant**

- Au 8<sup>ème</sup> jour, 9<sup>ème</sup> mois, 24<sup>ème</sup> mois
- Remontée de données individuelles par les départements depuis 2004
- Rationalisation du processus de production des données dont la DREES est en charge (plus régulier et fiable)
- Permet le suivi des vaccinations
- Qualité de la source en cours d'expertise par la DREES.

## **2. Les grandes enquêtes en population générale.**

**Ces enquêtes portent sur la santé perçue (état de santé générale, santé mentale), les déficiences, les limitations fonctionnelles, la morbidité, les restrictions d'activité, le recours ou le renoncement au soin, la prévention, les déterminants de santé. Certaines enquêtes permettent quelques exploitations au niveau régional (estimations par petit domaine). Ces enquêtes sont principalement des enquêtes par interview (face à face ou téléphonique) avec une partie recueillie par autoquestionnaire – exceptions faites des enquêtes de santé scolaire.**

### **2.1 Handicap-Santé 2008-2009 (INSEE-DREES)**

- une enquête filtre vqs en 2007, (260 000 personnes interrogées, questionnaire papier de deux pages, multi mode de collecte)
- un volet « ménages », hsm (2008), avec des extensions régionales ou départementales, au total 30 000 personnes interrogées.
- un volet « institution », hsi (2009) au total 10 000 personnes interrogées.
- HSM et HSI sont appariés au SNIIR-AM.

### **2.2 Enquête Santé et protection sociale ( ESPS) de l'IRDES:**

- tous les deux ans (panel tous les 4 ans), 8000 ménages enquêtés pour 20000 personnes interrogées en auto-questionnaire.
- DOM non inclus actuellement
- futur support de l'enquête européenne déclarative sur la santé de 2014. « European Health Interview Survey » (EHIS), coordonné par l'office statistique communautaire, Eurostat.
- Échantillon tiré dans l'EGB ( panel du SNIIR-AM).
- Spécificité sur l'assurance maladie, le renoncement au soin.

### **2.4 Les enquêtes baromètre de l'INPES.**

- tous les 5 ans.
- DOM non inclus.
- La dernière édition : 2010, avec des extensions régionales au total 30 000 personnes interrogées.
- spécificité sur les pratiques de prévention et les modes de vie en ce qu'ils ont un lien avec la santé (activité physique, addictions, sante mentale, comportements sexuels...).
- Il existe aussi le baromètre santé nutrition et le baromètre santé environnement sur des échantillons plus petits

### **2.5 Enquêtes de santé en milieu scolaire**

- Partenariat Ministère de la santé et de l'Education nationale ; depuis 1999
- **enquête par examen** collectée par la médecine scolaire
- enquête tous les 2 ans, sur trois niveaux : en 2012-2013 en grande section de maternelle ; en 2014-2015 en CM2 et en 2016-2017 en 3<sup>ème</sup> ;
- L'échantillon de l'enquête en grande section maternelle (30 000) permet des exploitations dans certaines régions.
- Spécificité : poids/ taille, vaccination, santé bucco-dentaire, asthme, accident de la vie courante, habitude de vie.

### **3. Des enquêtes sur des problématiques plus ciblées.**

**Des enquêtes détaillent le lien entre santé et une autre thématique.**

- Santé sexuelle et reproductive : enquête nationale périnatale (2010), ivg (2007), fecond (2010).
- Santé-travail : COI, Summer, SIP
- Santé- vieillissement-retraite : Share.

### **4. Des questions sur la santé incluses dans d'autres enquêtes.**

**La plupart des enquêtes dans le champ social qui portent une dimension santé utilise au moins le mini module européen (3 questions). La formulation des 3 questions du mini-module a été harmonisée entre les enquêtes depuis 2008.**

- SRCV- silc (mini module européen+ 3 questions sur le renoncement au soin)
- L'EEC à partir de 2014 (mini module européen).
- TEO (2008) (inclus le mini module européen, accès et recours au soin, renoncements au soin, discrimination dans la santé).
- EVA (2007) (4 page, mini module européen, habitudes de vies et recours au soin).

## Annexe 2

# Les principales sources d'information statistique sur le handicap et la dépendance

## 1. Les sources administratives ou assimilées

### Enquêtes trimestrielles sur la PCH et l'APA (DREES)

Après des conseils généraux. Permettent de suivre la montée en charge des prestations au niveau national grâce à quelques indicateurs : nombre de bénéficiaires, nombre et caractéristiques des personnes payées, types d'aides et montant de ces aides.

### Enquêtes annuelles sur les bénéficiaires et les dépenses de l'aide sociale départementale (DREES)

Après des conseils généraux. Sont collectés chaque année dans tous les départements le nombre et les caractéristiques des bénéficiaires de l'APA, la PCH, l'ACTP, l'aide ménagère ainsi que le niveau des dépenses brutes et nettes. Données publiées au niveau départemental.

### Remontées individuelles APA (DREES)

Après d'un échantillon de conseils généraux. Permet d'affiner les données de cadrage dont la DREES dispose au plan national grâce aux sources citées ci-dessus. Les données collectées permettent de connaître le profil des bénéficiaires et leur parcours (évolution du niveau de dépendance ou changement de lieu de vie) à partir du moment où ils perçoivent l'APA ainsi que la part de l'aide reçue prise en charge par l'allocation.

Une première collecte a été réalisée en 2008-2009. Elle a permis d'estimer la durée de perception de l'APA, de dénombrer les nouveaux entrants dans l'APA et connaître leurs caractéristiques, de connaître les niveaux des plans d'aide financés par l'APA au regard des niveaux de dépendance des bénéficiaires.

### Enquête sur les 'Établissements d'hébergement pour personnes âgées' (DREES)

Enquête quadriennale exhaustive, réalisée depuis 1985 auprès des établissements accueillant des personnes âgées : maisons de retraite, logements-foyers, unités de soins longue durée, etc. Renseignée par les gestionnaires des structures, elle comprend des informations sur l'activité et le bâti de l'établissement, des données sur les principales caractéristiques du personnel, une description de la clientèle hébergée.

### Enquête sur les 'Établissements sociaux et médico-sociaux' (DREES)

Enquête quadriennale exhaustive, réalisée depuis 1997 auprès des établissements et des services pour personnes handicapées (adultes et enfants). Renseignée par les gestionnaires des structures, elle comprend des informations sur l'activité de la structure, des données sur les principales caractéristiques du personnel, une description des personnes accueillies.

### Système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SIPaPH) (CNSA)

Ce système d'information est actuellement en projet. Il est alimenté par des extractions des bases de gestion des Maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH) et permettra à terme de connaître l'activité et le public des MDPH : demandes de reconnaissance administratif du handicap, évaluations, contenu des décisions (prestations, orientations,...), caractéristiques des personnes concernées.

### Suivi des prestations payées par les CAF (CNAF)

La CNAF diffuse chaque trimestre des informations sur les personnes percevant l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) et les familles percevant l'Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

### Exploitation des déclarations annuelles obligatoires des travailleurs handicapés (DOETH) (Ministère du travail)

## 2. Les enquêtes en population générale

### Handicap-Santé 2008-2009 (INSEE-DREES)

#### Enquête ESPS (IRDES)

Cf. plus haut pour les descriptifs

### **3. Des enquêtes sur des problématiques plus ciblées**

**Enquêtes sur les élèves porteurs de maladies invalidantes ou de handicaps scolarisés dans les premier et second degrés** (ministère Éducation Nationale)

**Enquêtes sur la scolarisation dans les établissements de santé et les établissements médico-sociaux** (ministère Éducation Nationale)

**Enquête SHARE** (IRDES)

Depuis 2004, SHARE interroge à travers toute l'Europe un échantillon de ménages dont au moins un membre est âgé de 50 ans et plus. Ces ménages sont réinterrogés tous les deux ans en panel.

La vague 1 (2004-2005) et la vague 2 (2006-2007) ont permis de collecter des données sur l'état de santé, les consommations médicales, le statut socio-économique, les conditions de vie des 50 ans et plus. L'enquête 2008-2009 (vague 3) « SHARELife », s'est étendue aux histoires de vie en collectant des informations sur le passé des répondants.

**Enquête sur l'insertion professionnelle des personnes handicapées, module ad-hoc complémentaire à l'enquête emploi** (INSEE-DARES)

Enquête européenne, à reconduction irrégulière. Le module complémentaire de 2002 portait sur l'insertion professionnelle des personnes handicapées ; celui de 2007 traitait de la santé au travail, plus particulièrement des maladies professionnelles et des accidents du travail. L'enquête française avait notamment introduit des questions sur le handicap. Celui de 2011 a pour objectif de décrire la situation des personnes handicapées sur le marché du travail et de la comparer à celle du reste de la population en âge de travailler.