



Commission SERVICES PUBLICS et SERVICES AUX PUBLICS

Réunion du 23 novembre 2011

PROJET D'AVIS	2
COMPTE RENDU DE LA RÉUNION.....	3
LISTE DES DOCUMENTS PRÉPARATOIRES.....	36
AVIS D'OPPORTUNITÉ	43

PROJET D'AVIS

Avis 1

Le Conseil souligne que les situations de handicap ou de dépendance et leur prise en charge doivent être appréhendés en fonction de **nombreux enjeux** : médicaux, financiers, familiaux, professionnels, scolaires, sociaux, environnement matériel...

Le Conseil encourage pour cela la **mise en relation des enquêtes en population générale avec les données administratives**.

Il recommande en particulier :

- de mieux mesurer la prise en charge **hors prestations publiques**, d'ordre familial ou d'assurance privée,
- d'améliorer la connaissance de l'**articulation des différents dispositifs** de prestations publiques, dédiées ou non.

Il insiste sur l'importance des **suivis de cohortes** pour mieux connaître les trajectoires de ces populations.

Avis 2

Le Conseil recommande d'étudier l'utilisation d'un **identifiant commun** aux différents systèmes de gestion de la dépendance et du handicap : organismes de sécurité sociale, conseils généraux, sources fiscales.

Avis 3

Le Conseil incite à un renforcement de la collaboration entre la statistique publique et les **chercheurs** dans ce domaine, s'appuyant notamment sur une mise à disposition plus large des données détaillées au monde de la recherche.

Avis 4

Le Conseil demande que la collaboration se poursuive entre la statistique publique et les **acteurs territoriaux** pour une meilleure remontée d'informations cohérentes, liées aux politiques décentralisées.

Avis 5

Le Conseil souhaite que les **assureurs** soient étroitement associés aux réflexions sur l'évolution du système d'information sur le handicap et la dépendance.

Avis 6

Le Conseil s'interroge sur les effets de la **diminution éventuelle des moyens** dédiés aux enquêtes en population générale.

Avis 7

Le Conseil souligne le fait que les informations sur les **« décrocheurs »**, du ministère en charge de l'éducation nationale, ne relèvent pas de la statistique publique.

COMpte RENDU DE LA RÉUNION DE LA
COMMISSION Services publics et services aux publics
- 23 novembre 2011 -

Président : Pierre-Yves GEOFFARD, CNRS et école d'économie de Paris (ÉEP)

Rapporteurs : Baudouin SEYS, Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques), ministère du travail, des relations sociales et de la solidarité, ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique ;

Cédric AFSA, Depp (Direction de l'Évaluation, de la prospective et de la performance), ministère de l'éducation nationale.

Responsable de la Commission : Nadine LEGENDRE (01 41 17 52 65)

Adoption du compte rendu

En l'absence d'observations sur ce compte rendu, celui-ci est adopté dans le mois qui suit sa date de diffusion.

RAPPEL DE L'ORDRE DU JOUR

Introduction	6
I. Examen pour avis d'opportunité des projets d'enquêtes	35
II. Dépendance et handicap : premier échange sur les populations concernées et leur prise en charge	10
III. Présentation des grands axes de programmes 2012 et suivi des avis pris sur le programme 201	30
IV. Examen de demande d'accès au titre de l'article 7bis de la loi de 1951	35

LISTE DES PARTICIPANTS

Prénom	Nom	Organisme
Cédric	AFSA	Ministère de l'éducation nationale, de la jeunesse, de la vie associative
Muriel	BARLET	DREES
Céline	BEDEL	Fédération des particuliers employeurs
Brigitte	BELLOC	DGCL
Mélanie	BERARDIER	DREES
Daniel	BLONDET	CGT
Nicolas	BROUARD	INED
Agnès	CANARELLI	Fédération française des sociétés d'assurance
Cécile	CARDOT	MEEDDTL - DGALN
Joëlle	CHAZAL	DREES
Nadège	COUVERT	Secrétariat général du comité interministériel des villes
Joël	CREUSAT	Ministère de la justice et des libertés
Nadège	COUVERT	Secrétariat général du comité interministériel des villes
Joël	CREUSAT	Ministère de la justice et des libertés
Philippe	CUNEO	Cnis
Etienne	DEBAUCHE	DREES
Anne	DOUSSIN	INVS
Sylvie	EGHBAL	DREES
Maude	ESPAGNACQ	DREES
Pierre	FLEUTIAUX	DREES
Bertrand	FRAGONARD	
Pierre-Yves	GEOFFARD	PSE Paris Jourdan sciences éco
Anny	GOLFOUSE	DREES
Agnès	GRAMAIN	Université de Paris 1
Alexandre	KYCH	CNRS
Aude	LECROAT	DREES
Nadine	LEGENDRE	Cnis
Emilie	LEGENDRE	DREES
Yann	MAINVIS	Centre technique des institutions de prévoyance
Ornella	MALAGUTTI	Secrétariat d'état d'outre mer
Dominique	MARCHAND	Autorité de la statistique publique
Bruno	MASSONNET	AS-Consultant
Bernadette	MOREAU	CNSA
Zaïnïl	NIZARALY	CGT - FO
Estelle	PELLETIER	CNSA
Stéphane	PIFFRE	FEHAP
Sylvie	PLANTEVIGNES	DGCL
Pascale	ROUSSEL	Ecole des hautes études en santé publique
Baudouin	SEYS	DREES
Noémie	SOULLIER	DREES
Bernard	SUJOBERT	CGT
Marianne	TENAND	ENS
Marcel	TESTYLIER	GMAO Services
Christine	THIESSET	Insee
Magda	TOMASINI	DREES

Dalila	VIENNE	Cnis
Florence	WEBER	ENS
Catherine	ZAIDMAN	DREES

EXCUSÉS

Prénom	Nom	Organisme
Dominique	BALMARY	UNIOPSS
Paule	LAIDEBEUR	Conseil général du nord

La séance est ouverte à 14 heures sous la présidence de Pierre-Yves GEOFFARD.

Introduction

Pierre-Yves GEOFFARD

Bonjour à tous. Je rappelle à ceux dont la présence à la commission « services publics et services aux publics » est occasionnelle que cette commission couvre un champ très large. Elle a déjà traité des retraites, de la santé, de l'éducation, de la sécurité et de la justice. Aujourd'hui c'est le domaine de la dépendance et du handicap qui sera abordé. Lors de la préparation de cette réunion et de discussions avec les uns et les autres, il est apparu que ce thème recouvrait de multiples dimensions qu'une seule séance ne permettrait pas de traiter. La prochaine réunion qui aura lieu le 6 juin sera donc également consacrée au thème handicap et dépendance. La séance d'aujourd'hui sera centrée sur l'offre et la demande de statistiques publiques en matière de prise en charge des populations concernées.

Les dispositifs de prise en charge des personnes dépendantes ou handicapées sont souvent révélateurs des tensions d'une société. Pour s'en convaincre, il suffit d'examiner la manière dont notre société fortement organisée autour de principes d'autonomie et de responsabilité individuelle prend en charge les personnes en situation de perte d'autonomie. Les dispositifs mis en place nous apprennent beaucoup sur la manière de penser l'ensemble des politiques publiques.

Le sujet est intéressant aussi en ce qu'il nécessite une articulation de dispositifs publics et de dispositifs privés : l'État n'est pas seulement opérateur. Il est également régulateur et impose des règles à des opérateurs privés. La prise en charge du handicap et des dépendances mobilise de nombreux acteurs publics ou privés qui sont producteurs – ou qui peuvent l'être – de services publics. Ceci vaut dans le domaine de l'assurance de la prise en charge financière du coût de la dépendance. Cela vaut aussi pour la prise en charge des soins (dont les soins de santé) offerts aux personnes handicapées et dépendantes.

Le thème soulève aussi des interrogations, qui se traduisent dans les dispositifs statistiques en termes de légitimité : est-il plus légitime d'adapter des dispositifs qui ont vocation à être universels, de manière à ce qu'ils rendent compte à la fois de l'ensemble de la population et des personnes souffrant de handicap ? S'agit-il au contraire de développer des dispositifs spécifiquement adaptés aux caractéristiques individuelles de chaque personne ? Cette question se pose de manière récurrente et se traduit dans les systèmes d'information et les systèmes statistiques par des dispositifs d'enquête distincts, permettant d'éclairer tel ou tel aspect.

Lors de nos discussions préparatoires a surgi la question du seuil de 60 ans qui, administrativement, distingue les personnes dépendantes retraitées des personnes handicapées d'âge actif. En France, des dispositifs spécifiques de prise en charge existent au-delà de cet âge. Ce seuil est-il pour autant légitime ? Il peut paraître tout aussi légitime de considérer que les problèmes de handicap se moquent de tels seuils d'âge. La rupture dans les dispositifs de prise en charge peut, dès lors, être envisagée comme une source de problèmes. Il est donc intéressant de voir comment la statistique publique peut éclairer cette question. Nous retrouvons là une problématique déjà entrevue en matière d'éducation ou de retraites : le seuil de 60 ans est hérité d'une société basée sur un modèle de famille stable, dans laquelle le père, qui était souvent le seul apporteur de revenus, travaillait dans la même entreprise pendant toute sa carrière. Le dispositif de protection sociale irriguait alors les ayant droits, l'épouse et les enfants qui bénéficiaient de ce parapluie, jusqu'à ce que le père de famille ait atteint l'âge de 60 ans, auquel il pouvait prétendre à une retraite pleine et entière. Nous ne sommes plus du tout dans cette société-là et nous sommes amenés à questionner cette légitimité, ce qui a des implications sur l'appréciation de la pertinence du dispositif statistique existant.

I. Examen pour avis d'opportunité des projets d'enquêtes

1. Enquête auprès des bénéficiaires de minima sociaux – Drees

Magda TOMASINI

La demande d'opportunité dont il est ici question porte sur la troisième édition d'une enquête qui a déjà eu lieu en 2003 et 2006. Les précédentes éditions étaient orientées vers l'insertion sur le marché du travail. Celle de 2012 est centrée sur les conditions de vie des bénéficiaires, en mettant l'accent sur les questions de revenus, de dépenses nécessaires et de reste à vivre des bénéficiaires des minima sociaux. Nous comptons aborder la question des dépenses pré-engagées et ses conséquences, en termes d'adaptation, sur les modes de consommation des bénéficiaires des minima sociaux. Depuis les précédentes enquêtes, le RSA a été mis en place. Cette nouvelle prestation n'est plus seulement un minimum social puisqu'elle vise aussi à solvabiliser les travailleurs pauvres. Le champ de l'enquête sera élargi pour couvrir l'ensemble des allocataires du RSA. Il sera également étendu aux bénéficiaires du minimum vieillesse et de l'ASPA. L'enquête a pour objectif de répondre aux demandes du secteur associatif et à la demande ministérielle, qui sont fortement orientées vers les mesures de reste à vivre. Un comité de pilotage doit être constitué. Il réunira des représentants de la CNAF, de la CNAV, de la CCMSA, de Pôle Emploi, de l'ONPES (observatoire nationale de la pauvreté et de l'exclusion sociale), du Conseil d'orientation des Retraites et de la Caisse des Dépôts et Consignations, ... L'exploitation de l'enquête se fera en deux temps. Il est prévu d'apparier les résultats de l'enquête avec l'enquête revenus fiscaux et sociaux de l'Insee afin de disposer de données fiables sur les revenus. La première exploitation interviendra en 2013. Elle sera suivie, en 2015, par une seconde portant sur des données enrichies par les sources administratives.

Pierre-Yves GEOFFARD

Il s'agit d'une réédition d'enquête qui présente des spécificités par rapport aux précédentes. Pouvez-vous revenir quelques instants sur ces spécificités ?

Magda TOMASINI

Les deux premières enquêtes étaient fortement orientées vers la question des freins à l'entrée sur le marché du travail. A la lumière des travaux conduits dans le cadre du RSA, nous commençons à avoir une vision assez complète de ces freins, alors que plusieurs aspects méritent d'être explorés plus avant sur les questions du reste à vivre. Pour cette raison, nous étendrons le champ de l'enquête aux bénéficiaires du minimum vieillesse, qui sont également touchés par les questions de prestations de compensation.

Bernard SUJOBERT, CGT

Ce projet paraît très intéressant. Nous voyons que les valorisations des enquêtes précédentes ont été nombreuses et variées, ce qui est prometteur pour la suite. En termes de couverture géographique, qu'en sera-t-il des départements d'outre-mer ?

Magda TOMASINI

Administrativement, les minima sociaux sont de nature spécifique dans les départements d'outre-mer. Il y existe en particulier le RSO (Revenu de solidarité DOM), qui n'a pas les mêmes contours que le RSA. Nous ne pouvons travailler de façon homogène que sur la France métropolitaine.

Bernard SUJOBERT

Que peuvent faire les DOM ? Doivent-ils nouer des partenariats ?

Bertrand FRAGONARD

Dès lors que votre enquête est centrée sur le reste à vivre, il serait opportun de voir comment les personnes qui ont un reste à vivre très faible se débrouillent. Quelle partie périphérique de leurs revenus mobilisent-elles (épargne, soutien familial, etc.) ? Cette question ne me semble pas neutre, car il n'est pas exclu que la législation durcisse, un jour, les conditions d'octroi des minima pour appréhender l'épargne, par exemple (ce qui est le cas en Grande-Bretagne) ou pour remettre en cause une règle floue mais qui me semble pertinente : les libéralités ne sont jamais comptées dans la base « ressources » des minima sociaux.

Magda TOMASINI

Nous allons effectivement nous inspirer du dispositif européen SILC (Statistics on income and living conditions), centré sur les ressources et les conditions de vie. Il sera demandé aux personnes interrogées par cette enquête si elles sont amenées à puiser dans leurs ressources, afin de savoir quels leviers elles peuvent mobiliser en dehors de leurs revenus, dont nous savons qu'ils sont fortement contraints.

Stéphane PIFFRE, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)

Je représente la FEHAP (fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne). La commande vient essentiellement, si j'ai bien compris, du secteur public et du secteur associatif. Or, d'après ce que vous avez indiqué, le secteur associatif ne fera pas partie du comité de pilotage.

Magda TOMASINI

L'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale en fera partie.

Stéphane PIFFRE

Pour autant, je crois que le secteur associatif peut vous apporter beaucoup, dans la mesure où les structures présentes dans le champ du handicap sont essentiellement des structures privées à but non lucratif.

Pierre-Yves GEOFFARD

Je relève l'appariement des résultats d'enquêtes avec des données issues de sources administratives. Cette démarche rejoint une recommandation du CNIS, dans le respect de la confidentialité, afin d'éviter de demander plusieurs fois la même information. Je rappelle, comme toujours, la règle qui s'applique en matière de statistiques publiques, c'est-à-dire la mise à disposition rapide des données à l'usage de l'ensemble des usagers potentiels de la statistique publique. Sur un tel sujet, il y a, dans le secteur associatif, notamment, de nombreux utilisateurs potentiels de certaines de ces statistiques. Y a-t-il des oppositions à l'attribution d'un avis d'opportunité favorable à ce projet d'enquête.

La commission émet un avis favorable au projet d'enquête.

Ornella MALAGUTI, délégation à l'outre-mer

Pourquoi le champ de l'enquête est-il restreint à la France métropolitaine ?

Magda TOMASINI

La législation sur les minima sociaux n'est pas la même dans les départements d'outre-mer et en métropole, en conséquence de quoi les populations ne sont pas homogènes. Il existe aussi un argument de faisabilité dans la mesure où il est extrêmement difficile de mobiliser une sous-traitance pour la collecte dans les DOM.

2. Enquête sur les modes de garde des enfants de moins de six ans - Drees**Magda TOMASINI**

Il s'agit ici de la troisième édition de l'enquête « modes de garde », dont les précédentes collectes ont eu lieu en 2002 et en 2007. L'enquête porte sur 12 000 ménages dans lesquels vivent des enfants de moins de 7 ans. Elle vise à connaître les conditions de conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle. Il s'agit aussi d'éclairer la combinaison des différents modes de garde et la façon dont les parents s'organisent pour assurer la garde de leurs jeunes enfants. Cette enquête est la seule qui permette d'avoir une vision simultanée sur tous les dispositifs auxquels un ménage recourt simultanément afin d'assurer la garde de ses enfants. L'enquête ne connaît pas de modification substantielle par rapport aux précédentes. Il sera ainsi possible de comparer les résultats des trois éditions. Toutefois, des entretiens qualitatifs pourraient y faire suite afin d'approfondir certains thèmes particuliers comme l'implication du père ou le cas spécifique des mères qui ne réduisent pas leur durée de travail à la suite d'une naissance. La concertation avec les partenaires sociaux sera assurée notamment *via* le Conseil d'administration de la CNAF et sa commission « recherche et prospective ». Le comité de pilotage associera la DGCS (direction générale de la cohésion sociale), la DARES, la CNAF, l'INSEE, la DSS (direction de la sécurité sociale) et le Haut Conseil de la Famille.

Bertrand FRAGONARD

L'éducation nationale ne considère pas l'école maternelle comme un mode de garde. C'est effectivement bien plus qu'un mode de garde. Toutefois, l'école maternelle intervient dans l'organisation matérielle des parents. Or, il y a eu une baisse très prononcée de la scolarisation des enfants en bas âge. Cet aspect devrait être pris en considération.

Pierre-Yves GEOFFARD

L'avis d'opportunité peut suggérer de compléter la composition du comité de pilotage en y ajoutant un représentant du ministère de l'éducation nationale.

Bernard SUJOBERT

Une incertitude figurait dans la fiche concernant les bornes d'âge. Comment s'expliquent ces incertitudes et pourquoi les bornes d'âge de 3 ans et 6 ans, qui correspondent à des âges scolaires, sont-elles importantes ?

Par ailleurs, est-il prévu d'interroger les parents sur la manière dont ils ont trouvé leur mode de garde ? Il est indiqué dans le point 9 : « à titre d'exemple, il pourrait être intéressant de connaître les raisons pour lesquelles les parents de jeunes enfants, notamment les mères, ne s'arrêtent pas de travailler et ne diminuent pas leur temps de travail ». Cette formulation me paraît ambiguë et devrait être plus neutre. On se

demande presque, à la lecture de ces lignes, si ces mères n'ont pas un comportement anormal ou extravagant. Il faudrait se prémunir contre ce type d'interprétation.

Magda TOMASINI

Il est en effet prévu d'interroger les parents sur leur satisfaction vis-à-vis du mode de garde et la façon dont ils l'ont trouvé. Le flottement que vous évoquez concernant les bornes d'âge, autour de l'âge de 7 ans, est sans doute lié au fait que l'échantillon va être tiré parmi les ménages qui comprennent des enfants de moins de 7 ans. Le temps que l'enquête arrive sur le terrain, certains de ces enfants auront 7 ans et demi. Nous aurons plus de difficultés encore, de ce point de vue, pour les tout petits enfants.

Effectivement, la formulation que vous mentionnez n'est pas très bien choisie. L'on s'intéresse toujours aux mères qui s'arrêtent de travailler. On peut aussi regarder quels sont les facteurs qui favorisent la poursuite du travail à temps plein.

Pierre-Yves GEOFFARD

Si l'avis d'opportunité mentionne la suggestion visant à convier un représentant du ministère de l'éducation, je vous propose de rendre un avis favorable.

Le projet d'enquête reçoit un avis favorable.

II. Dépendance et handicap : premier échange sur les populations concernées et leur prise en charge

1. Enjeux

Bertrand FRAGONARD

a. Introduction

Je ne parlerai pas du handicap. Handicap et dépendance sont des sujets différents même si l'orthodoxie veut qu'ils soient traités ensemble.

Le dossier de la dépendance est assez illustratif de la difficulté de disposer à la bonne date des données nécessaires à la réflexion. La dépendance est très largement du domaine de compétences des collectivités locales. La loi de 2001 a effectivement confirmé la compétence générale des départements en la matière. Cela constitue une difficulté majeure, puisque personne ne s'est préoccupé du fait que l'attribution d'une compétence aux collectivités locales impliquait une centralisation organisée de tableaux de bord, de statistiques, etc. Aussi, le moment venu, lorsqu'il s'agit de conseiller le gouvernement, ce qui fut mon cas pendant cinq mois, la recherche de données s'impose très largement. Les administrations ont produit un effort considérable et je n'ai aucun dépit à leur égard. C'est une remarque systémique : lorsque une compétence est décentralisée, elle disparaît des préoccupations. Il existe quelques statistiques, quelques enquêtes et des travaux ont été menés par quelques chercheurs. Mais ces données ne sont jamais à la hauteur des problèmes, surtout en matière de dépendance. Il ne s'agit pas d'une méfiance vis-à-vis des collectivités locales ni de l'État, puisque les « holdings » telles que l'association des maires de France (AMF) ou l'assemblée des départements de France (ADF) n'en savent pas davantage – et parfois moins – que l'État. Je vois là une lacune considérable et il me paraît important d'insister sur ce point : chaque fois qu'une compétence est locale, elle requiert beaucoup plus d'énergie dans la collecte des informations.

Par ailleurs, les données arrivent-elles à bonne date ? Depuis plusieurs années, était annoncée la sortie imminente d'un grand texte sur la dépendance. Cela aurait pu amener les administrations à se mobiliser. Or, quand je regarde, *a posteriori*, les six mois que j'ai consacrés à ce sujet, il m'apparaît que les

renseignements ne sont pas disponibles à la bonne date parce que personne ne s'est senti comptable de dresser très en amont un tableau des questions à traiter le moment venu et de regarder simultanément la disponibilité des sources, enquêtes ou autres. J'ai relu ce matin le rapport que j'ai rédigé. Toutes les pages recèlent un long lamento sur le manque de données.

Certes ce manque de données n'empêche pas la décision. Pour autant, le secteur de la dépendance est un de ceux pour lesquels il est le plus difficile d'esquisser des orientations, tant le déficit d'informations est grand. Un effort considérable a pourtant été accompli. Le groupe de travail des administrations a beaucoup travaillé et la DREES a été particulièrement remarquable. Malgré tous ces efforts, nous n'étions pas à bonne date, parfois à quinze jours ou deux mois près – au regard d'un horizon politique qui était supposé fixé. Cela n'a plus aucune importance, puisque l'échéancier politique n'a pas été tenu. Il est tout de même dommage de se dire qu'à quinze jours ou un mois près, nous mettions le pouvoir politique et le Parlement dans une situation de malaise.

Je vais tenter de montrer ce qui a manqué dans le champ que je traitais, c'est-à-dire la stratégie de prise en charge. Il serait utile, bien entendu, que vous élargissiez le champ de l'analyse des enjeux de connaissance, en particulier au sujet très mal défriché de l'organisation de l'offre de soins et de prise en charge des personnes dépendantes. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a commencé à travailler. Mais le déficit de connaissance est encore considérable. Le groupe sur la stratégie a axé ses réflexions autour de trois interrogations :

- Comment les personnes sont-elles prises en charge à domicile ?
- Comment sont-elles prises en charge en structure d'hébergement ?
- Faut-il créer un « bouclier dépendance » ?

b. La prise en charge à domicile

S'agissant de la prise en charge à domicile, une question centrale se pose : les dispositifs publics sont-ils bien calibrés pour les personnes auxquelles ils sont destinés ?

En examinant les travaux qui ont mené à l'élaboration des plafonds de l'allocation personnalisée d'autonomie¹ (APA) en 2001, force est de constater qu'ils ne reposaient guère sur une connaissance économique et statistique complète. Il existe néanmoins des plafonds. Il est ainsi proposé à des ménages, quitte à ce qu'ils apportent leur propre contribution, des plans d'aide. La question du contenu de ces plans devrait être centrale. Il existe pourtant très peu d'analyses concrètes sur la façon dont les plans d'aide sont élaborés, suivis, etc. Le groupe s'est intéressé à leur montant financier : les plafonds sont-ils cohérents ? J'étais parti d'une intuition, selon laquelle ils étaient insuffisants. Une première indication peut être fournie par la proportion des plans d'aide qui sont « saturés » c'est à dire dont le montant atteint le plafond ce qui laisse présager qu'il existe des dépenses « hors plafond » c'est à dire que ce plafond est trop bas. Le pourcentage est significatif (26 % en 2007). Le taux de saturation est plus élevé pour les personnes isolées du fait d'un moindre apport des aidants familiaux. Il est également très prononcé lorsque les besoins sont très importants, c'est-à-dire pour les personnes en GIR² 1 et 2.

Dans le même temps, ce taux réel est loin de refléter l'idée selon laquelle le plafond est trop bas. En effet, dans de nombreux plans d'aide le plafond n'est pas atteint et même loin de l'être. Ce constat laisse d'autant plus perplexe que nous pouvions nous attendre à une augmentation du taux de saturation avec le temps, le plafond étant indexé sur les prix alors que les heures de travail ménager augmentent sensiblement plus vite

¹ L'APA est accordée sans condition de ressources à toute personne dépendante qui en fait la demande dans la limite des plafonds fixés. Elle revêt deux formes, gérées par le Conseil général du département : l'APA à domicile et l'APA en établissement. L'APA à domicile, est une aide en nature qui ne peut être utilisée que pour couvrir les dépenses liées à la perte d'autonomie (aide ménagère,...). Chaque demande d'APA donne lieu à l'établissement d'un plan d'aide qui établit la contribution financière qui reste à la charge de l'allocataire (ticket modérateur).

² La grille nationale AGGIR (autonomie gérontologique groupe iso-ressources) classe les personnes âgées en six niveaux de perte d'autonomie appelés GIR (Groupe iso-ressources) à partir du constat des activités ou gestes de la vie quotidienne réellement effectués ou non par la personne. Le GIR 1 correspond aux personnes les plus dépendantes.

que le taux de salaire. La question est stratégique, car il est très difficile de convaincre le ministère des finances qu'il est nécessaire d'augmenter les plafonds s'il peut nous répondre que ceux-ci ne sont pas saturés.

Deux grandes interprétations sont avancées à cette non augmentation des taux de saturation des plans d'aide. Dans la première, les services instructeurs de certains départements seraient plus restrictifs que d'autres dans l'attribution de l'APA. En effet, le sujet n'est pas neutre puisque la charge de la dépendance est essentiellement portée par le département, qui peut avoir d'autres choix financiers, d'autres contraintes financières. Sur ce sujet, nous savons peu de chose. Il n'existe en tout cas aucune analyse raisonnée sur le comportement des services instructeurs.

Dans la deuxième interprétation, les ménages ne souhaiteraient pas se voir octroyer une aide élevée dont ils doivent payer une partie. Ils ajusteraient ainsi le plan qui leur est proposé en fonction de leurs capacités contributives. Cette interprétation revient à se demander si cette aide doit être modulée en fonction du revenu des ménages. Dans cette logique, le plan des ménages les plus modestes serait intégralement pris en charge ce qui est le cas, jusqu'à 700 euros environ. Mais quelle élasticité retenir au delà de ce seuil ? L'APA à domicile fait partie des prestations pour lesquelles l'aide diminue très vite lorsque le revenu augmente. En outre, plus le besoin d'aide est grand, plus la dépense est élevée et plus la participation du ménage est forte. En d'autres termes, l'élasticité aux revenus est beaucoup plus forte en GIR 1 qu'en GIR 4. Que sait-on des comportements d'ajustement des ménages ? Sur cette question aussi, nous étions très démunis en matière d'information.

S'agissant du comportement plus ou moins restrictif des départements, le groupe a considéré qu'il n'était pas compétent pour resituer la question de l'APA dans le financement global des collectivités locales, des péréquations, etc. Il a plaidé pour une répartition équilibrée de la charge de l'APA entre l'État et l'ordonnateur qu'est le département. J'ai également proposé que l'on augmente de 50% les plafonds, ce qui me semble, à titre personnel, insuffisant. J'ai cependant eu l'impression de lasser beaucoup avec une telle proposition. Le groupe a demandé que le « hors plafond » fasse l'objet d'études spécifiques dans les mois à venir. En effet, le contenu des plans d'aide est connu en deçà du plafond. Mais certains plans étant saturés, des ménages recourent à d'autres services, puisque au-dessus du plafond, toute la dépense est à la charge du ménage à ceci près qu'un ménage aisé peut en récupérer 50 % par le biais des déductions d'impôt. On ne semble pas s'être intéressé à ce qui se passait au-dessus du plafond : quel est le volume des services qui sont intégralement pris en charge par les ménages modestes ou à revenus moyens et à hauteur de 50/50 par le fisc et les ménages, pour les plus aisés d'entre eux ? Cette information aurait permis de calibrer la « bonne » augmentation du plafond.

La DREES a réalisé un travail intéressant en extrapolant les courbes de reste à charge (par rapport au revenu) au-delà du plafond sur l'hypothèse d'un prolongement des tendances observées en deçà de ce plafond. C'est ainsi que le groupe a pu chiffrer, au million d'euros près, ce que coûterait l'augmentation des plafonds. En réalité, ce chiffre est très probablement insuffisant car nous savons peu de chose en la matière et notamment si la modification des plafonds entraînerait une augmentation des demandes. On estime aujourd'hui qu'il y a 1 million de personnes dépendantes en France, ce chiffre étant fourni par les demandes d'accès à l'APA. Toutefois, certaines personnes ne demandent pas à bénéficier de cette allocation, par méconnaissance ou en raison de son faible montant, qui peut les dissuader d'effectuer des démarches administratives. J'ai calculé mon APA pour la période qu'il me reste avant d'être totalement dépendant. Je ne toucherai quasiment rien. Je ne vais pas m'embêter à me déplacer pour percevoir 28 euros (qui est le montant au-delà duquel la prestation n'est plus versée). Nous ne savons donc pas du tout quel est le comportement des ménages. J'ai l'impression qu'il existe une aide plus importante qu'on ne le pense au-dessus du plafond.

Enfin, nous avons proposé d'indexer les plafonds sur les salaires. Généralement, la décision politique consiste à les indexer sur les prix, ce qui me semble une erreur majeure de notre dispositif de protection sociale.

D'une façon générale, nous avons eu le sentiment d'un très grand flou sur l'aide à domicile. Lorsqu'on va dans le détail, concernant par exemple l'aménagement de l'habitation, on sait peu de choses. En revanche, les acteurs locaux ont une connaissance remarquable de leurs pratiques, de ce qui se passe. Mais personne ne sait regrouper ni capitaliser ces données.

c. La prise en charge en structure d'hébergement

En matière d'hébergement, nous savons que le reste à vivre était négatif. La seule question qui vaille vise à savoir si l'on se satisfait de cette situation ou si on la considère comme anormale au regard de notre dispositif de protection sociale.

La plupart des personnes, des partenaires sociaux et des « politiques » y voient une situation insupportable. Dans le débat public, il y a ainsi, d'un côté, l'affirmation selon laquelle il faut privilégier l'aide à domicile et de l'autre l'affirmation selon laquelle il faut augmenter les aides aux personnes hébergées. La question de savoir s'il est légitime d'augmenter les aides aux personnes hébergées est donc centrale, puisque plusieurs milliards d'euros sont en jeu. Nous ne savons pas comment les personnes se débrouillent mais elles finissent par payer. Nous avons cherché à comprendre les transferts intrafamiliaux mais les déclarations fiscales ne fournissent aucune information à ce sujet. On ne connaît pas du tout le rythme auquel les personnes dépendantes et leur famille gèrent leur patrimoine. Dans certains pays, il apparaît tout à fait normal de se payer un complément de retraite ou des soins qui sont mal pris en charge. Dans le schéma français, l'optique est plutôt de considérer que le patrimoine doit être entièrement préservé puis transmis en franchise d'impôt. On ne sait pas du tout comment se bouclent effectivement les opérations et il serait intéressant que l'on se préoccupe de connaître l'économie de ces transferts longitudinaux, afin de déterminer s'il est légitime – à supposer qu'il existe des marges de manœuvre financières – d'envisager leur affectation à l'hébergement. Le groupe a suggéré que l'aide à l'hébergement soit accrue si le budget le permet.

Nous nous sommes interrogés sur les raisons pour lesquelles certaines personnes ne demandaient pas l'aide sociale à l'hébergement (ASH). La DREES a sorti des tableaux qui montrent que plus de 60 % des personnes ayant moins de 800 euros de revenus (c'est-à-dire des personnes pouvant prétendre à l'ASH) ne demandaient pas cette aide. La récupération sur succession et l'obligation alimentaire sont des freins connus. Mais on ne connaît pas bien les pratiques des départements en la matière. Aussi, le groupe, avec la DREES, le Haut Conseil de la Famille et l'ADF (Assemblée des Départements de France), a adressé une demande à tous les départements en ce sens. 57 % des départements ont répondu après avoir été relancés. La tendance majoritaire serait de supprimer l'obligation alimentaire et la récupération sur succession, dispositifs qui apparaissent comme des résidus poussiéreux. Mais combien cela coûterait-il ? La DREES a grossièrement estimé que ces suppressions coûteraient de l'ordre de 2 milliards d'euros. Il est anormal que l'on ne connaisse absolument pas comment ce type de paramètre évolue ni quelles sont les différences de pratiques en la matière, alors que le gouvernement et le Parlement auront à statuer.

Enfin, l'hypothèse d'un bouclier « dépendance » a été évoquée pour tenir compte de la dispersion des dépenses. Je pense qu'une telle mesure peut in fine voir le jour. Mais nous ne connaissons pas la dispersion du reste à charge cumulé. On commence toutefois à disposer, depuis 2007, d'analyses sur la durée de séjour en maison de retraite, en analysant les motifs de sortie. Nous savons que de nombreuses personnes vont vivre longtemps en maison de retraite. Si la prise en charge publique leur laisse un reste à charge significatif, il faut, à mes yeux, se demander si celui-ci doit être plafonné par un mécanisme de bouclier. Nous en sommes restés là, faute de pouvoir modéliser en quoi que ce soit les pistes envisageables.

Pierre-Yves GEOFFARD

Cette introduction soulève de nombreuses questions. D'une façon générale, le CNIS joue un rôle d'interface entre l'offre et la demande de statistiques publiques. Il peut aussi, incidemment, jouer un rôle d'interface entre les études, la recherche et l'administration au sens large. Je vous remercie d'avoir centré votre propos sur les insuffisances du dispositif existant, car telle était notre demande.

La présentation d'Etienne Debauche et l'introduction à la discussion vont nous apporter des informations complémentaires sur les dispositifs statistiques existants, en pointant leurs limites mais aussi leurs forces, les usages qui en sont faits et leurs perspectives d'évolution.

Je partage tout à fait votre avis en ce qui concerne l'indexation des rentes : il est permis de considérer qu'un bon dispositif de protection sociale indexe les rentes sur l'évolution du coût du travail et non sur l'évolution

des prix. On peut dire la même chose des dispositifs de rente dans l'offre d'assurance privée qui, pour des raisons intéressantes à comprendre mais insuffisamment étudiées, ne propose pas ce type de couverture.

Bertrand FRAGONARD

Il s'agit d'une volonté caractérisée des assureurs de ne pas aborder le problème de la valeur des rentes.

Pierre-Yves GEOFFARD

Nous pourrions y revenir au cours du débat.

2. Populations – Projections

Etienne DEBAUCHE, DREES

a. Les objectifs de la DREES

Mon propos portera d'abord sur les systèmes d'information de la DREES sur le handicap et la dépendance, vaste sujet déjà abordé ici sous certains aspects. La DREES poursuit deux principaux objectifs en matière de handicap et de dépendance :

- le suivi régulier des politiques publiques
Ce suivi concerne les prestations existantes (Prestation compensation du handicap (PCH), allocation compensatrice de tierce personne (ACTP), APA) et leurs bénéficiaires. Il s'agit également de suivre l'offre de places dans les établissements et l'activité de ces établissements. Enfin, l'objectif est de mesurer l'adéquation entre prise en charge et besoins.
- la connaissance des populations
La connaissance des populations passe par l'estimation du nombre de personnes en situation de handicap ou dépendantes selon leurs caractéristiques et leurs besoins. Cette connaissance nécessite également de mener des réflexions prospectives. Nous réalisons ainsi des études ou des synthèses, notamment des synthèses de sources, afin de répondre à des questions qui ne peuvent pas être traitées par une seule source. Nous essayons ainsi de faire l'inventaire des connaissances disponibles à un moment donné.

Selon l'objectif poursuivi, la Drees est amenée à mobiliser plusieurs définitions du handicap et de la dépendance dans des approches conceptuelles ou administratives. La Drees, comme beaucoup de SSM (services statistiques ministériels), développe un système qui combine enquêtes et remontées administratives qu'elle s'efforce d'articuler. Un de mes souhaits est de progresser de ce point de vue.

b. Les enquêtes de la DREES sur le handicap et la dépendance

Une première catégorie d'enquêtes est réalisée auprès des conseils généraux afin de suivre les bénéficiaires des prestations versées (PCH, ACTP et l'APA). Ces travaux consistent à suivre annuellement l'ensemble de l'aide sociale des départements (effectifs, caractéristiques des bénéficiaires et dépenses). C'est une enquête exhaustive qui permet de diffuser des données départementales. Il y a aussi des enquêtes trimestrielles qui ont pour objectif de retracer la montée en charge des prestations au moment de leur mise en place. Deux enquêtes de ce type sont actuellement menées. La première porte sur la PCH et est réalisée depuis 2006. Elle a été rénovée récemment afin d'en améliorer la qualité. La seconde qui concerne les bénéficiaires de l'APA se terminera en mars 2012. La montée en charge de l'allocation paraît en effet achevée. Nous pourrions donc nous contenter désormais du suivi annuel.

Au-delà de ces données de cadrage, la Drees a organisé une remontée de données individuelles longitudinales auprès de 34 conseils généraux pour les bénéficiaires de l'APA. Cette enquête, conduite en

2007, a permis de nombreux travaux, notamment de calculer des durées moyennes de perception de l'APA et d'étudier la saturation des plans d'aide. Elle a également servi de base aux projections de bénéficiaires de l'APA et au modèle de micro-simulation « Autonomix », mis en place à l'occasion du débat sur la dépendance.

Il n'est pas facile d'effectuer ces remontées individuelles car on bute assez vite sur la diversité des systèmes de gestion des conseils généraux. La Drees a joué la carte du volontariat et 50 conseils généraux ont répondu. Par la suite, au vu des informations demandées, seuls 34 départements ont pu participer à la remontée d'information. Nous avons la volonté de réitérer l'enquête en 2012, compte tenu des questions auxquelles elle permet de répondre. Cela ne posera a priori pas de problème pour les bénéficiaires de l'APA à domicile, qui sont suivis par les Conseils généraux. Un doute persiste, en revanche, concernant les établissements, dont la plupart sont sous dotation globale. La question de la disponibilité de l'information individuelle est de ce fait posée et nous nous y intéresserons lors du renouvellement de l'opération.

Un deuxième type d'enquête vise à connaître les structures qui prennent en charge les personnes dépendantes et les personnes handicapées. Le point de départ de ces enquêtes est le fichier des établissements sanitaires et sociaux (FINESS). C'est un répertoire vivant, actualisé en permanence, qui fournit pour les établissements et services en France des informations basiques (type d'établissement, adresse de l'établissement, capacité d'accueil), ce qui permet de l'utiliser comme base de sondage. Il est notamment utilisé pour la réalisation de deux enquêtes quadriennales et d'enquêtes plus ponctuelles auprès des services d'aide à domicile (services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD)).

Deux enquêtes quadriennales sont menées auprès des structures. L'enquête ES sur le handicap, réalisée auprès des établissements sociaux, comporte un volet « adultes » et un volet « enfants ». L'enquête EHPA concernent les établissements d'hébergement pour personnes âgées. Ces deux enquêtes sont construites sur un modèle similaire : il s'agit de décrire l'offre de places, pour chaque type d'établissement, de façon à compter le nombre de personnes accueillies et de cerner leurs caractéristiques, notamment leur niveau de dépendance, de déficience, leur ancienneté dans l'établissement et leur lieu d'origine. Le personnel qui travaille dans ces établissements est également décrit en nombre et en qualification. Le taux d'encadrement peut donc être calculé. L'enquête auprès des établissements sociaux Handicap 2010 collectée cette année sera exploitée et donnera lieu à publication en 2012. L'enquête EHPA 2011 sera collectée en 2012. Ses résultats seront connus en 2013. Par ailleurs, la DREES a conduit, en 2009, une enquête auprès des services de soins infirmiers à domicile et certains de ses résultats sont déjà disponibles. La Drees mènera en 2012 une réflexion quant à la possibilité de conduire une enquête plus large auprès des services qui inclurait les SSIAD et peut-être d'autres types de services pour personnes dépendantes.

Les enquêtes en population générale constituent le troisième type d'enquêtes réalisées par la Drees. Elles présentent l'avantage de pouvoir s'affranchir du champ et des définitions portées par les dispositifs publics, dont le critère d'âge qui crée une barrière artificielle entre le handicap (avant 60 ans) et la dépendance (après 60 ans). Cela permet aussi de dépasser le problème du non-recours aux dispositifs publics. On sait en effet que des personnes éligibles à certaines prestations ne les demandent pas, faute d'information ou en raison d'un gain estimé insuffisant compte tenu de leur situation.

Ces enquêtes fournissent des données de cadrage sur le handicap et la dépendance pour l'ensemble de la population française. Elles permettent d'aller beaucoup plus loin en posant des questions sur les conditions de vie et l'entourage des personnes en situation de handicap ou dépendantes. La première enquête de ce type, l'enquête HID (Handicap-Incapacité-Dépendance), conduite en 1998-2000, fut un moment important pour le système statistique. Elle faisait suite aux préconisations d'un rapport du CNIS de 1997. Ce principe d'enquête en population générale a été reconduit en 2008-2009 avec l'enquête Handicap-Santé, qui comportait trois volets (auprès des ménages, en institution et auprès des aidants). Le contexte avait beaucoup évolué par rapport à l'enquête HID, du fait notamment de :

- la création de l'APA en 2002 ;
- l'adoption en 2005 de la loi sur le handicap ;
- une nouvelle classification internationale du fonctionnement de l'OMS (la CIF 2001, qui a apporté un nouveau cadre conceptuel) ;

- une réflexion menée au plan européen sur les enquêtes européennes de santé.

L'enquête Handicap-Santé 2008-2009 fut complexe à mettre en œuvre, avec la nécessité, notamment pour la partie dédiée aux ménages, d'une enquête « filtre » préalable, l'enquête « VQS » (Vie quotidienne et Santé), enquête « papier » qui permettait de surreprésenter ensuite les personnes en difficulté afin d'éviter de « passer à côté » de ces personnes dans l'enquête Handicap-Santé. Dans l'enquête elle-même, près de 30 000 personnes ont été interrogées pour le volet « ménages », 9 000 pour le volet « institutions ». L'enquête auprès des aidants a interrogé toutes les personnes qui ont aidé des participants au volet « ménage » et qui ont pu être contactées. Des post-enquêtes ont également été réalisées ainsi qu'un appariement avec des données de la CNAM. Il reste à exploiter cet appariement. Il est prévu, à un horizon plus lointain, un appariement avec les données de l'état civil afin de pouvoir suivre les décès dans l'échantillon.

Ces enquêtes abordent de très nombreux thèmes (santé, déficiences, limitations fonctionnelles, aides techniques, logement, facteurs environnementaux, limitation d'activité, etc.) afin d'apprécier les conséquences du handicap dans ces différentes dimensions. En ce qui concerne la partie « aidants », nous avons une description du type d'aide apportée par la personne ainsi que l'articulation entre l'aide informelle et les professionnels. Un module porte sur les répercussions de l'aide sur les personnes aidées.

Enfin, la Drees conduit ponctuellement des enquêtes plus spécifiques. Elles permettent de connaître la satisfaction des usagers et d'apprécier l'adéquation des dispositifs de prise en charge. On peut citer par exemple :

- l'enquête sur les bénéficiaires de l'APA (2003) ;
- l'enquête sur les résidents en établissements pour personnes âgées (2007), adossée à l'enquête EHPA de la même année ;
- l'enquête sur les bénéficiaires de la PCH et de l'ACTP de 2009-2010 ;

La difficulté principale pour réaliser ce type d'enquête tient au fait qu'il n'existe pas de base de sondage nationale, il faut donc s'adresser aux Conseils généraux ou solliciter directement les établissements.

Ce paysage montre que le système d'information actuel de la Drees couvre un large ensemble de problématiques et fournit des informations riches et récentes. Toutefois, dans les enquêtes en population générale, il s'avère difficile d'identifier les bénéficiaires de prestations, ce qui ne permet pas de tirer parti de toute la richesse de ces enquêtes pour les questions à traiter dans le cadre des débats sur la dépendance. A l'inverse, le poids du non-recours aux prestations nous incite à poursuivre ces enquêtes en population générale. Nous ne pouvons en effet nous restreindre aux seuls bénéficiaires de prestations. Des progrès seraient possibles si les résultats des enquêtes pouvaient être connectés à des données administratives (notamment celles de la CNAV et des sources fiscales), sur le modèle de l'appariement de l'enquête Handicap-Santé avec le SNII-RAM.

c. Tirer parti de la richesse de l'information : l'exemple de la dépendance

Nous avons contribué, entre janvier et juillet dernier, au débat national sur la dépendance, en répondant à des demandes spécifiques en vue d'alimenter les débats des quatre groupes. Ainsi, nous avons réalisé des projections de bénéficiaires de l'APA et des dépenses de dépendance, constitué des cas-types afin de pouvoir comparer le coût de la prise en charge à domicile et en institution et tenté d'approcher un compte de la dépendance. Enfin, la DREES a élaboré un modèle de micro-simulations, Autonomix. Je n'ai pris, pour illustrer l'utilisation des données, que les projections de population et le modèle Autonomix.

Nous nous sommes d'abord interrogés sur les effectifs de la population dépendante en 2060. De la réponse à cette question découle l'importance des questions financières. Pour aboutir à des projections de personnes âgées dépendantes, nous sommes partis des bénéficiaires de l'APA, ce qui représente une définition assez restrictive de la dépendance. Nous nous sommes appuyés sur les projections démographiques de l'INSEE auxquelles ont été appliqués des taux de prévalence de la dépendance reposant des hypothèses d'évolution. Définir de telles hypothèses est difficile du fait d'une relative méconnaissance des causes de la dépendance. Les hypothèses ont été établies dans le cadre du groupe animé par Monsieur Charpin. Nous avons utilisé

l'enquête « remontées individuelles » APA, qui fournit des taux de prévalence par sexe et par âge. Nous avons posé trois grandes hypothèses : une hypothèse intermédiaire, une hypothèse « pessimiste » et une hypothèse « optimiste », c'est-à-dire une hypothèse haute et une hypothèse basse. Ces hypothèses ont été retenues au regard de la littérature existante sur la question du partage de l'espérance de vie totale entre l'espérance de vie avec et sans dépendance.

Les trois scénarios présentent un point commun : une proximité des courbes puis une augmentation sensible du nombre de bénéficiaires de l'APA à compter de 2030, date qui correspond à l'arrivée au grand âge des générations du baby boom. En 2060, le nombre de bénéficiaires de l'APA est multiplié par 2,3 dans le scénario haut et 1,6 dans le scénario bas, ce qui illustre les incertitudes liées aux hypothèses retenues. C'est pourquoi nous concluons d'ores et déjà à la nécessité d'un suivi régulier de la dépendance afin de valider ces hypothèses.

Deuxième exemple : le modèle de micro-simulations Autonomix qui a permis d'appréhender les ressources et la prise en charge financière des personnes âgées dépendantes. Un premier constat s'est fait jour : il n'existe pas de source individuelle qui réunisse à la fois des informations sur le revenu propre des personnes, les allocations (APA, ASH) et, pour chaque individu, les dépenses liées à la dépendance. Pourtant, la question du financement de la dépendance est évidemment centrale dans la perspective d'une réforme. La DREES a élaboré un modèle de micro-simulations pour estimer un reste à charge et sa dispersion en tirant parti de toutes les informations disponibles. L'objectif était aussi d'évaluer *ex ante* les effets d'une réforme qui modifierait les barèmes des aides publiques. La principale source utilisée était celle des remontées individuelles de l'APA, d'où la motivation visant à réitérer sa collecte. Il s'agit de la seule source qui porte sur l'aide à domicile, pour laquelle les données sont rares. Concernant les établissements, nous avons pu bénéficier de la source EHPA 2007 et de l'enquête « résidents » qui y était adossée. Autonomix procède par imputation : en l'absence d'une information, il cherche à la modéliser, soit à partir de la source principale, soit à partir de sources annexes. Il impute ensuite, pour chaque individu, les informations manquantes.

Cette méthode permet d'établir une estimation du reste à charge mensuel en établissement (et à domicile, mais les résultats sont a priori moins robustes), et sa dispersion. En rouge figure la médiane et en bleu la dispersion, avec un point haut correspondant au dernier décile et un point bas correspondant au premier décile. Nous voyons que le reste à charge est très important, pour les personnes qui ont un revenu compris entre 600 et 800 euros, avec un reste à charge médian de 1 300 euros. Pour 10 % de cette population, le reste à charge dépassait 1 800 euros, ce qui induit un reste à vivre négatif, faisant surgir une question corollaire : comment ces personnes font-elles pour financer leur dépendance ? L'on peut notamment se demander si les personnes mobilisent leur patrimoine ou de l'aide extérieure pour financer ces restes à charge qui dépassent leurs revenus.

Autonomix a été développé pour le débat sur la dépendance. Il a montré sa richesse et nous avons décidé de poursuivre l'investissement. Nous allons effectuer un pseudo-appariement entre l'enquête « patrimoine » de l'INSEE et la source « remontées individuelles APA » afin d'enrichir Autonomix d'une dimension patrimoniale. Nous allons travailler sur le choix du type d'établissement, en mobilisant le volet « institutions » de l'enquête « Handicap-Santé ». Nous procédons ainsi à une synthèse de sources en allant chercher les informations partout où elles sont disponibles. A plus long terme, nous espérons pouvoir utiliser les résultats de l'appariement entre Handicap-Santé et des données issues de l'assurance-maladie afin de prendre en compte les dépenses de santé, qui ne figurent pas, pour l'instant, dans Autonomix.

d. Conclusion : le dispositif statistique visé à moyen terme

Tous ces travaux témoignent de la richesse des sources. Plusieurs limites sont néanmoins apparues. Il existe peu d'informations en ce qui concerne la prise en charge à domicile, notamment pour l'étude des restes à charge. Nous avons également une difficulté à mobiliser la richesse des enquêtes en population générale sur ces questions de financement de la dépendance, alors même qu'elles contiennent des informations riches et variées. Par ailleurs, les projections ont mis en évidence la nécessité de suivre, à court et moyen termes, l'évolution de la dépendance. Cela nous conduit à lancer, en 2012, une réflexion sur le système statistique cible.

Dans cette perspective, il est prévu de renouveler des enquêtes annuelles et quadriennales. Des travaux seront également menés sur les identifiants, en lien avec les Conseils généraux pour ce qui les concerne, avec pour objectif de connecter les enquêtes en population générale et les sources administratives. Nous réfléchissons en outre à une enquête sur les services auprès des personnes dépendantes à l'horizon 2014.

Un dispositif d'enquête sur la dépendance est envisagé en 2015-2016. Il s'articulera autour d'une enquête en population générale (l'enquête « dépendance » auprès des personnes vivant en logement ordinaire). Nous renouvellerions aussi l'enquête auprès des aidants, avec un questionnement adapté à la problématique du reste à charge et de son financement.

A l'occasion de l'enquête EHPA de 2016, sera rééditée l'enquête « résidents », qui serait elle aussi centrée sur la question du reste à charge et de son financement.

Enfin, nous ferons une enquête sur le handicap en population générale en 2018, conformément à l'engagement qui avait été pris de renouveler ce type d'enquête tous les dix ans.

3. Le dispositif d'information de la CNSA : le SipaPH

a. Le rôle de la CNSA

Bernadette MOREAU, CNSA

La CNSA (caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) est un très jeune organisme de protection sociale, puisqu'il a été créé en 2004 et ses missions définies en 2005. Nos missions sont différentes en ce qui concerne les personnes âgées et les personnes handicapées. Même si nous sommes en quelque sorte « traversés » par la barrière d'âge, les missions de la CNSA, en terme de réponses aux besoins des personnes en perte d'autonomie, concernent plus particulièrement le handicap avant 60 ans.

Nos missions en matière de compensation individuelle sont beaucoup plus étendues en direction des personnes handicapées, notamment parce que la CNSA a été créée en particulier pour accompagner la mise en œuvre de la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (2005) et pour aider à la création des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et au transfert dans ces structures (organisées en groupement d'intérêt public présidé par le Conseil général) d'un ensemble de compétences en matière de handicap. La loi de 2005 a également chargé la CNSA de mettre en place un système d'information partagé permettant de suivre la prise en charge des personnes en situation de handicap.

Du côté des personnes âgées, nous n'avons que très peu de missions, mis à part le cofinancement de l'APA et la remontée de données globales sur les dépenses d'APA par département, le nombre de bénéficiaires et le fait de savoir si ces dépenses sont effectuées à domicile ou en établissement. Notre rôle est beaucoup plus large en ce qui concerne les personnes handicapées.

Les Maisons départementales ont bénéficié en 2006, 2007 et 2008 de l'ancien système statistique de l'État, qui était double (pour les enfants et pour les adultes). Progressivement, ces systèmes ont disparu et les Maisons départementales ont mis en place leur propre système d'information. Nous sommes aujourd'hui à un moment « charnière » : les Maisons départementales doivent être en capacité de nous faire remonter leurs informations relatives à leur activité (traitement et instruction des demandes). Il s'agit du traitement des seules demandes de personnes dont les dossiers sont suivis par les Maisons départementales, ce qui ne représente pas l'exhaustivité des personnes handicapées, que nous ne connaissons pas mieux que la DREES lorsqu'elle conduit ses enquêtes auprès des conseils généraux. En effet la totalité de ce public ne peut être approchée que par les enquêtes en population générale (type Handicap santé). Notre objectif est de parvenir à suivre tous les demandeurs qui se présentent dans les Maisons départementales, leurs besoins et les réponses qui leur sont apportées. La prestation « phare » est la compensation du handicap (PCH), créée en 2006. Pour autant, elle représente moins de 10% de l'ensemble des décisions des MDPH. Les Maisons départementales attribuent de nombreuses autres prestations ou demandes d'orientation (plus d'une vingtaine), notamment les cartes d'invalidité. Toute personne, en l'occurrence quel que soit son âge,

demandant une carte d'invalidité doit déposer sa demande à la une Maison départementale des personnes handicapées. Ces structures prennent également toutes les décisions en matière d'emploi (reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, orientation vers le marché de l'emploi...) et d'attribution du minimum social des personnes handicapées, allocation aux adultes handicapés (AAH). Ce sont toutes les informations concernant l'ensemble de ces prestations et orientations que nous avons l'ambition de faire remonter, à terme, au niveau national. Une des principales difficultés de cette tâche réside dans le fait que les systèmes d'information des Conseils généraux sont propres à chaque département et qu'il faut harmoniser l'ensemble pour créer le système d'information national : système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées (SipaPH).

b. Les enjeux du SipaPH

Estelle PELLETIER, CNSA

Le SipaPH (système d'information partagé pour l'autonomie des personnes handicapées) a été identifié comme un enjeu pour la connaissance des personnes en situation de handicap, ce qui n'était pas, son ambition de départ, puisque l'ambition première compte tenu de l'objectif assigné par la loi de 2005 était de recueillir des données d'activité des Maisons départementales des personnes handicapées.

Le SipaPH est un outil de partage d'informations et de restitution, qui mettra très prochainement à la disposition de ses utilisateurs, à partir d'une partie des données contenues dans les systèmes d'information des MDPH et de données des partenaires nationaux (notamment de l'éducation nationale pour la scolarisation des enfants handicapés, de la Cnaf pour l'AAH et l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)), des données individuelles anonymisées, des données agrégées, des indicateurs pré-calculés ainsi que des tableaux de restitution. Le niveau d'interrogation ou de consultation est défini par la loi pour chaque utilisateur.

Le SipaPH ne concerne que des données relatives au handicap, c'est-à-dire compte tenu de la construction des dispositifs en France, pour les personnes de moins de 60 ans, à l'exception des cartes d'invalidité, pour lesquelles il n'y a pas de limite d'âge. Les données collectées seront de différentes natures (financières, relatives aux bénéficiaires, d'activité ou portant sur les caractéristiques des personnes). Le SipaPH contient un historique de 3 ans.

Les destinataires, pour la consultation et l'interrogation du système d'information, sont listés dans la loi et le décret. Pourront ainsi interroger le système, pour les données individuelles et agrégées :

- les MDPH ;
- Les ARS (Agences régionales de Santé) ;
- la CNSA ;
- les organismes de Sécurité sociale ;
- l'InVS (Institut national de Veille sanitaire) ;
- les administrations centrales et déconcentrées d'assurance maladie, de la santé, de l'aide sociale, de l'emploi et de l'éducation nationale.

Les organismes autorisés à consulter les données agrégées seront :

- le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) ;
- l'Institut de données de santé (IDS) ;
- l'Observatoire national sur la formation, la recherche et l'innovation sur le handicap (ONFRIH) ;
- la Haute autorité de santé (HAS) ,
- l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) ;
- le ministère du budget ;
- les agents des collectivités territoriales.

Les instituts de recherche ne sont pas mentionnés dans le décret ni dans la loi. Or leur demande est forte. Il faudra donc préciser la façon dont les instituts de recherche et d'autres destinataires éventuels pourraient être autorisés à consulter ces données.

c. Les textes fondateurs du SipaPH

Trois textes fondateurs du SipaPH :

- la loi du 11 février 2005, qui missionne la CNSA pour mettre en œuvre un système d'information national alimenté par les MDPH ;
- le décret du 22 août 2008, qui précise les finalités du système, les données et les destinataires ;
- l'arrêté du 13 octobre 2010, qui fixe le contenu des échanges en termes de données, les nomenclatures et les contraintes de sécurité (avec, s'agissant de données individuelles, la question de la double anonymisation et des transferts sécurisés).

d. La construction du SipaPH

La démarche de construction du SipaPH a été engagée de façon partenariale en 2007, autour des partenaires nationaux et locaux (Conseils généraux et MDPH), auxquels s'ajoutent aujourd'hui les ARS.

Des groupes de travail ont été constitués avec les partenaires nationaux travaillant dans le champ du handicap afin de recueillir l'expression de leurs besoins. Il existait, avant la mise en place du SipaPH, deux applicatifs nationaux, ITAC et OPALES, l'un portant sur les adultes et l'autre sur les enfants. Nous avons toutefois essayé de nous affranchir de l'existant afin de mieux cerner ce que les partenaires nationaux attendaient d'un suivi de la politique nationale du handicap. Nous avons procédé de même avec les départements, en créant un groupe pilote départemental qui nous a permis de recueillir les attentes départementales. Petit à petit, nous avons étendu ce groupe pilote en présentant dans des réunions interdépartementales ce qui était attendu par les partenaires nationaux et locaux dans le SipaPH. Cette étape avait un double objectif : faire connaître le projet et la démarche pour que les départements y adhèrent d'une part et amender et consolider l'expression des besoins le cas échéant d'autre part. Le SipaPH sera alimenté par le système d'information des MDPH, qui chacune disposent d'un système d'information autonome. Il fallait donc montrer l'intérêt d'un système national pour notamment faire avancer les travaux locaux sur les systèmes d'information.

Si, au départ, le SipaPH était un simple recueil de l'activité des MDPH, il est apparu très vite qu'il devenait un enjeu pour la connaissance des besoins des personnes handicapées et un outil d'aide pour le pilotage des politiques de handicap, tant nationales que départementales et aujourd'hui régionales.

e. La gouvernance du SipaPH

Jusqu'à présent, la CNSA pilotait seule le dispositif. Nous nous sommes toutefois aperçu que le SipaPH dépassait le champ de compétences de la CNSA. Nous avons ainsi extériorisé son pilotage qui est désormais confié au Secrétaire général du CIH (comité interministériel du handicap) à travers un comité stratégique, la CNSA restant chargée de la dimension opérationnelle du système.

Le comité stratégique poursuit deux objectifs principaux :

- valider les évolutions de l'outil de restitution (qui se présente sous la forme d'indicateurs) ;
- promouvoir et permettre l'alimentation du SipaPH par les données nationales agrégées.

De ce point de vue, le rôle du comité stratégique consiste à mobiliser les partenaires nationaux afin de passer des conventions avec la CNSA, de sorte que l'on puisse intégrer dans le SipaPH des données agrégées par département autres que celles des MDPH. Celles-ci ne connaissent pas en effet, par exemple, le nombre de bénéficiaires ni les données d'accessibilité ou les informations relatives à la prévention et au dépistage.

Techniquement construire le SipaPH nécessite également de réfléchir au dispositif d'anonymisation. 93 Maisons départementales ont d'ores et déjà réussi à mettre en place un tel dispositif. La CNIL a autorisé la détention, dans le SipaPH, du NIR (numéro unique d'identification des personnes), également utilisé dans les échanges sécurisés d'autres organismes nationaux. La question des transcodifications des nomenclatures constitue un important chantier, puisque chaque MDPH ayant choisi ses propres

nomenclatures, elles doivent les transcoder en nomenclatures nationales. Le système national doit évidemment présenter une homogénéité des nomenclatures.

Il existe enfin un volet sur le suivi et les contrôles avant l'intégration des fichiers des MDPH dans le SipaPH. Nous parlons là de l'analyse du contenu et de la cohérence des données des MDPH avant leur intégration dans le SipaPH. Une fois que celui-ci sera alimenté, un travail de qualité statistique sera à réaliser (analyse du contenu, vérification de la cohérence, etc.). Depuis 2010, la CNSA anime des groupes de travail sur la qualité statistique, où l'on reprend les définitions en lien avec les processus d'organisation et de saisie dans les MDPH. La CNSA a également formé des utilisateurs au SipaPH. Elle anime également des groupes de travail réunissant les MDPH et leurs partenaires locaux (CAF, Pôle Emploi, etc.) en vue d'évoluer vers des échanges dématérialisés et automatisés. Jusqu'à présent, ces échanges sont pour l'essentiel effectués par courrier papier ou contact téléphonique.

4. L'offre des assureurs

Agnès CANARELLI, FFSA

Je vais vous présenter l'offre des assureurs au niveau de la prise en charge de la dépendance et surtout la manière dont ils la prennent techniquement en charges, les données utilisées, comment ils opèrent.

En 2010, 5,5 millions de personnes étaient couvertes au titre du risque « dépendance ». Cela correspond à la population ayant souscrit des contrats d'assurance individuelle, dans un contrat d'assurance santé d'une mutuelle ou *via* leur entreprise. 24 % ont souscrit des contrats individuels facultatifs et 76 % le font *via* des contrats d'entreprise ou des groupes mutualistes.

3,6 millions de personnes sont couvertes par les mutuelles « 45 »³, 1,6 million par les assureurs et l'on estime à 300 000 les personnes couvertes par les institutions de prévoyance, c'est-à-dire par l'intermédiaire des entreprises. Le chiffre d'affaires des contrats d'assurance dépendance est de 538 millions d'euros, pour 166 millions d'euros de prestations versées et 3,6 milliards d'euros de provisions constituées. Si le produit dépendance a connu un certain développement, celui-ci connaît aujourd'hui une stagnation, notamment du fait d'un certain attentisme de la part des ménages.

Le nombre de personnes assurées est beaucoup plus élevé dans le cadre de mutuelles santé mais les provisions et les chiffres d'affaires sont supérieurs dans l'assurance, dans la mesure où les techniques de gestion des contrats ne sont pas toujours les mêmes. En santé, schématiquement, les cotisations de l'année couvrent les dépenses de l'année. Dans le cadre de contrats individuels, les prestations futures sont intégralement provisionnées dès le départ, ce qui se traduit par des cotisations plus élevées. En contrepartie, la garantie est donnée viagèrement.

Du point de vue des caractéristiques des contrats, il apparaît que l'âge moyen de souscription est de 60 ans, pour un âge moyen d'entrée en dépendance de près de 80 ans. Quelle que soit la date d'entrée en dépendance, la personne est couverte. Nous n'avons donc pas de « couperet » à l'âge de 60 ans. Les cotisations moyennes sont de 345 euros par an : 322 euros pour la dépendance « lourde » et 403 pour la dépendance lourde et partielle. Tous les contrats couvrent les bénéficiaires en cas de dépendance lourde, dans la mesure où celle-ci est assez « objectivable ». La dépendance partielle est plus difficile à modéliser et peut être plus subjective. 67 % des personnes sont couvertes au titre de la dépendance lourde exclusivement et 33 % au titre de la dépendance lourde et partielle.

³. Ce sont les mutuelles santé qui relèvent du code de la mutualité par opposition aux mutuelles des assurances qui sont régies par le code des assurances. Nées en même temps que le Sécurité sociale (Ordonnances de 1945), elles interviennent essentiellement en complément du régime de base. Elles peuvent également intervenir dans le domaine de la protection sociale de la personne (maternité, invalidité, dépendance, décès). Le champ des mutuelles d'assurance est beaucoup plus large (assurances vie, dommage, automobile et parfois complémentaire santé).

Du point de vue des prestations, les assureurs ne peuvent garantir un taux de revalorisation. Nous ne pouvons pas non plus garantir des prestations en espèces. Le marché américain a d'ailleurs connu un effondrement du fait qu'une telle garantie était apportée aux souscripteurs. Nous ne pouvons nous engager que sur des montants de rente. Celle-ci varie entre 300 et 2000 euros mensuels. La rente moyenne souscrite est de 580 euros par mois et la rente moyenne mensuelle versée de 540 euros. Nous avons 16 200 rentes en cours.

Du point de vue des garanties offertes par les contrats, l'évolution est dictée par les attentes des clients. Les premiers contrats promettaient une rente mensuelle, ce à quoi se sont ajoutées des prestations d'assistance, dès l'adhésion ou dès la reconnaissance de l'état de dépendance, pour l'assuré, ses proches ou ses aidants. Il existe un niveau de sophistication très variable suivant les contrats. Cela va de la mise en relation avec une plateforme téléphonique à la recherche d'une place en établissement. Certains contrats prévoient aussi le versement d'un capital équivalent en vue de l'aménagement du domicile. Les contrats proposent généralement une rente mensuelle en cas de dépendance partielle (généralement 50 % de la rente prévue en cas de dépendance lourde). Les opérations de prévention telles que des bilans se développent également. Techniquement, il s'agit en tout cas d'un contrat d'assurance. L'assureur passe, de son côté, un contrat avec un assistant. Il s'agit de deux prestations distinctes, même si l'assuré ne le voit pas.

a. L'appréciation de la dépendance dans les contrats

L'on peut trouver, dans les contrats, une définition de la dépendance basée sur les GIR, sur les actes de la vie quotidienne ou sur la combinaison de ces deux éléments, généralement avec des tests neuropsychologiques. Nous ne réalisons pas une évaluation de la dépendance selon les mêmes modalités que le secteur public pour plusieurs raisons. En premier lieu, les assureurs n'ont pas été associés à la définition des GIR. En outre, les contrats sont souvent réassurés. Or les réassureurs raisonnent plutôt sur la base des actes de la vie quotidienne et en fonction de données internationales. Des données rétrospectives, en matière de dépendance, ne seront disponibles que vingt ans après le lancement des premiers contrats. Il vaut donc mieux, pour un assureur, que son réassureur lui communique des données fiables sur le risque plutôt que de les découvrir lui-même vingt ans plus tard.

Nous devons aussi définir des critères simples, formulés de façon claire et précise, en laissant le moins de place possible à l'interprétation. Ces critères sont définis en rapport avec l'état physique et psychique de la personne, dans le souci de permettre une mesure simple de l'état de la dépendance, avec des garanties de reproductibilité.

En l'absence de certitude, nous risquons de réaliser des pertes. Il faut comprendre cette exigence. En outre, nous ne sommes pas obligés d'avoir la même définition pour tous. Pour autant, il n'existe pas une grande créativité dans les définitions retenues.

Enfin, la définition doit être aussi stable que possible dans le temps. Lors de la discussion avec les pouvoirs publics, les assureurs sont allés assez loin dans les propositions. Il semblait normal qu'il existe un seul guichet, permettant de déclencher d'un seul mouvement la prestation publique et la prestation privée. Nous avons cependant souhaité participer à la définition et à l'évaluation. Si un assureur mandate un médecin conseil pour évaluer le montant du sinistre, c'est parce que le médecin aura été formé à l'appréciation du risque selon la définition de l'assureur et évaluera la situation de façon très objective.

S'agissant des critères de tarification, plusieurs modèles, multi-états, sont mis à contribution. Il s'agit des modèles associés à des probabilités de passage d'un état à un autre.

Ces problématiques ne doivent pas être très différentes dans le secteur public et dans le secteur privé mais nous avons besoin de les connaître statistiquement.

Si la statistique publique prend des photos instantanées, l'assurance privée doit s'intéresser à des cohortes afin de suivre des populations dans la durée.

La meilleure source de données des assureurs réside finalement, dans certains cas, dans leur portefeuille ou dans celui des réassureurs, compte tenu de la difficulté à nouer des partenariats avec le secteur public,

du fait des écarts dans les définitions retenues et aussi en raison d'une réticence à la communication de données vers les assureurs.

Sinon bien sur, nous utilisons les enquêtes PAQUID⁴ (Quid sur les personnes âgées), HID, SHARE, etc. Elles sont utilisées en tant que « repères », étant entendu que nos populations sont atypiques en termes de risques moyens.

Le suivi du risque dans le temps est important, dans la mesure où toute évolution par rapport aux lois retenues lors de la tarification peut entraîner une évolution de l'équilibre attendu du portefeuille de contrats. Il se pose, pour ces risques très longs, un problème de cohérence et de pérennité des méthodes. Nous pouvons par exemple nous retrouver, au bout de trente ans, avec des bases « sinistres » difficiles à relier aux bases d'assurés. Nous essayons de suivre le risque, étant entendu que les assureurs sont toujours à la recherche de variables explicatives (âge, sexe, isolement, etc.). Nous suivons ce qui a trait à la sélection médicale en étudiant les codes de refus. Nous parlons de contrats auxquels les individus choisissent de s'assurer, ce qui écarte tout comportement d'anti-sélection. Dans le cas de contrats individuels, il existe forcément une sélection médicale, avec des délais de carence et de franchise.

Enfin, nous calculons nos provisions car si le risque survient, nous devons pouvoir y faire face. Nos cotisations sont donc placées et donnent lieu à constitution de provisions, en représentation d'engagements que nous avons vis-à-vis des assurés. Nous calculons chaque année un résultat technique financier en fonction des pertes et gains techniques d'une part, des pertes et gains financiers d'autre part.

Il n'existe pas de dispositif statistique de mutualisation des données dans la mesure où il s'agit d'un actif, pour une compagnie d'assurance. Les réassureurs qui vont réassurer un produit d'assurance « vendent » cette connaissance du risque.

Il serait certainement intéressant de réfléchir à une définition commune, qui pourrait représenter une source de données importante pour le public et le privé. Des échanges d'information pourraient avoir lieu, de même que des partages de données entre le public et le privé, pour peu que les deux aillent l'un vers l'autre.

5. Introduction à la discussion

Agnès GRAMAIN, Université de Paris 1

Avant d'en venir au point qui m'était demandé, je voudrais juste dire que je suis très surprise par ce que révèlent les exposés précédents du cloisonnement qui existe entre le monde de la recherche et celui de l'administration (centrale ou non). Je pratique davantage, dans mon activité quotidienne de chercheur, les conseils généraux que les ministères. De nombreux thèmes sans réponse évoqués par Monsieur Fragonard ont des réponses, même si celles-ci ne relèvent pas de la statistique publique. Il s'agit néanmoins de données publiées, souvent dans des revues anglo-saxonnes. Pour autant, des résultats existent. Par exemple, concernant l'obligation alimentaire, nous avons publié, avec des collègues, dans la revue *Économie et Prévision* un article à partir de décisions judiciaires sur la mise en œuvre de l'obligation alimentaire ascendante.

Bertrand FRAGONARD

Ce travail est cité dans notre rapport.

⁴ L'enquête PAQUID est une étude épidémiologique menée par l'unité 330 de l'Inserm. Cette cohorte de personnes âgées a débuté en 1988. Elle vise à étudier le vieillissement cérébral et fonctionnel chez les personnes âgées.

Agnès GRAMAIN

En outre, je le dois à Cédric Afsa, qui nous avait permis d'utiliser des modèles de micro-simulations sur le sujet. En tout état de cause, les chercheurs sont parfois producteurs de données, eux-mêmes, qui ne sont pas seulement issues de la statistique publique. Ces données sont souvent entachées de défaut dans des productions partielles et très artisanales. Il me semble néanmoins qu'il y a des informations intéressantes à y puiser pour le système de la statistique publique.

J'ai été impressionné par ce que vous avez indiqué concernant le système d'information qui sera mis en place par la CNSA avec les MDPH mais je suis effondrée de constater que les chercheurs ne pourront pas accéder à ces données, alors qu'il me semble que nous pourrions les utiliser et les faire « parler » de façon intéressante. En termes d'évaluation des politiques publiques, notamment, nous restons dans un dispositif franco-français, où l'évaluation est réservée à l'administration centrale chargée de mettre en œuvre les politiques considérées. Partout ailleurs, cette évaluation est confiée à des organismes indépendants tels que des instituts universitaires ou des centres de recherche – ce qui suppose des modalités distinctes d'accès aux données.

Comme cela m'avait été demandé par Pierre-Yves Geoffard, je me suis efforcée de réfléchir aux informations qui me semblent utiles à un chercheur. Je reprendrai le découpage proposé par Monsieur Debauche, en distinguant :

- les informations qui décrivent la mise en œuvre des dispositifs de politiques publiques ;
- des données en population générale, qui permettent de dépasser les frontières et les problèmes de définition, lesquelles sont des constructions sociales n'ayant pas de raison de s'appliquer aux recherches de manière générale.

S'agissant des informations relatives à la mise en œuvre des dispositifs de politiques publiques, il me semble que l'articulation des informations sur les différents dispositifs est cruciale, comme cela a déjà été souligné. Je suis frappée de constater que l'on peut sommer, dans les comptes de la protection sociale, les montants dépensés en AAH, en AEEH, etc. En revanche, il n'existe jamais de ligne « total » pour les bénéficiaires (qui peuvent bénéficier de plusieurs dispositifs). Nous ne connaissons donc jamais le nombre total de bénéficiaires de la politique en matière de handicap, d'invalidité, etc.

Globalement, il me semble que les descriptifs des politiques sont assez riches, comme l'a montré l'exposé de Monsieur Debauche. Les chercheurs travaillant sur le handicap et la dépendance sont des interlocuteurs assez naturels de la DREES et de la CNSA. Mais nous avons aussi beaucoup à apprendre du ministère de la justice, concernant par exemple les mesures de protection des majeurs ou la mise en œuvre des obligations alimentaires. Il me semble important qu'à côté de la DREES et la CNSA, d'autres institutions, comme le ministère de la justice, soit associées.

Joël CREUSAT, ministère de la justice

Venez nous voir. Vous serez la bienvenue. Nous avons d'ailleurs reçu des chercheurs de l'université Nancy II pour des questions liées à la justice.

Agnès GRAMAIN

Je crois que ces chercheurs travaillaient sur la question du divorce.

Joël CREUSAT

Effectivement. Nous pouvons cependant étendre le champ de notre coopération.

Agnès GRAMAIN

Je retiens votre proposition.

Au-delà de l'articulation des dispositifs destinés aux personnes handicapées ou dépendantes, il est très difficile, pour les chercheurs, de repérer les personnes qui bénéficient de dispositifs qui ne leur sont pas réservées mais dont elles bénéficient de façon significative. J'ai noté que certaines enquêtes seraient articulées avec des données fiscales. Cette information nous sera très précieuse, car toutes les exonérations liées à l'embauche d'un salarié à domicile ne sont pas dédiées aux personnes âgées ou handicapées mais leur sont, de fait, très utiles. Il en est de même concernant les informations liées à la santé : les remboursements de santé ne sont pas réservés aux personnes handicapées mais il est important, pour nous, de pouvoir articuler ces informations avec celles relatives aux dispositifs qui leur sont dédiés.

Il est important d'insister sur le fait que la plupart des dispositifs dirigés vers les personnes handicapées ou dépendantes sont mis en œuvre de manière décentralisée (par les MDPH ou les conseils généraux). Il s'agit d'un drame pour la recherche dans ce domaine. On peut se demander si la centralisation des données doit être effectuée par l'État central ou par une structure fédérative. L'ANDASS (association nationale des directeurs d'action sociale et de la santé des départements) produit une base de données mais on peut s'interroger quant à la stabilité des définitions utilisées pour remplir cette base, d'un département à un autre. Il se pose une question de légitimité. A titre d'illustration, nous travaillons sur un département qui ne connaît pas le nombre d'heures d'aide à domicile qu'il finance. Est-il en droit de ne pas se soucier de cette donnée ? Il n'appartient pas au chercheur de trancher cette question mais celle-ci mérite d'être posée.

Par ailleurs, il existe de très nombreux dispositifs publics facultatifs et de protection volontaire, tant en matière de handicap que pour la dépendance, ce qui n'est pas anodin du point de vue du mode de vie des personnes concernées. La question reste donc posée de savoir comment obtenir des informations sur ces dispositifs.

Je ne reviendrai pas sur l'intérêt des données en population générale, puisque mes arguments seraient identiques à ceux exposés par Monsieur Debauche. L'enquête HID et sa « fille », l'enquête HSM (Handicap-santé auprès des ménages), ont changé la vie des chercheurs. Lorsque j'ai commencé à travailler sur ces sujets, l'enquête HID n'existait pas. J'ai donc dû prendre mon téléphone, dans le cadre de ma thèse, pour appeler 350 personnes et obtenir des informations sur les personnes dépendantes. Aujourd'hui, les étudiants que j'encadre utilisent l'enquête HSM.

Celle-ci présente trois qualités qu'il me semble important de préserver :

- c'est une enquête en population générale, ce qui me paraît crucial ;
- la fourniture de données relatives à la localisation des personnes fournit des données sur leur environnement, reconnu aujourd'hui comme un facteur important d'apparition du handicap ;
- le descriptif des membres de la famille des personnes qui ne se limite pas au seul périmètre des aidants.

Malgré cette avancée considérable, des limites demeurent à nos yeux. Il nous semble d'abord important de garantir la comparabilité des données en fonction du mode de prise en charge. L'enquête HSM comporte deux volets, l'un portant sur l'hébergement en institution, l'autre sur la prise en charge à domicile. Les personnes qui répondent à la partie relative aux institutions peuvent être l'infirmière coordinatrice, un parent du bénéficiaire ou encore le directeur d'établissement. Or ce paramètre peut avoir une influence sur les données recueillies.

Il faut également veiller à l'articulation de ce type d'enquête avec les données administratives. Les données déclaratives sont en effet de qualité très inégale.

Des données longitudinales sont indispensables. Les assureurs ne sont pas les seuls à devoir calculer des incidences, c'est-à-dire le nombre d'apparition de nouveaux cas, chaque année. Nous avons besoin de pouvoir évaluer les trajectoires des personnes. Or nous sommes aujourd'hui incapables d'identifier les facteurs prédictifs de l'entrée en maison de retraite. C'est d'autant plus dommage que nous avons des

techniques économétriques et des modèles de traitement de panels qui permettraient de tirer un grand parti des données longitudinales, en gérant tous les problèmes d'hétérogénéité inobservée.

La comparabilité avec l'Europe constitue un autre aspect important. L'enquête SHARE ne concerne que les personnes de plus de 50 ans avec des effectifs très faibles pour les personnes de plus de 80 ans.

Enfin, si j'ai bien compris, on ne peut pas utiliser les enquêtes en population générale à l'échelle départementale ou régionale, mises à part quelques extensions qui ont été financées par les départements. Or toute évaluation de politique publique gagnerait à pouvoir s'appuyer sur l'exploitation de données en population générale, à l'échelle des territoires d'action des conseils généraux et des ARS.

Pierre-Yves GEOFFARD

Je vous propose d'ouvrir le débat.

Florence WEBER, Ecole normale supérieure

Du point de vue du chercheur, les personnes handicapées et dépendantes posent deux problèmes : l'obligation de raisonner au niveau de la famille et non au niveau du ménage, d'une part ; l'impossibilité de mettre au jour les facteurs explicatifs de la décision de maintien à domicile ou d'hébergement en établissement, d'autre part.

Par ailleurs, du point de vue des personnes handicapées et dépendantes elles-mêmes, la principale raison justifiant de s'interroger sur le seuil de 60 ans réside dans le fait que les personnes handicapées vieillissent au-delà de 60 ans, de même que des personnes de moins de 60 ans peuvent devenir dépendantes. Le seuil de 60 ans a donc une pertinence très relative.

Enfin, du côté des professionnels de l'aide, à domicile comme en institution, réfléchir en même temps à l'aide aux personnes handicapées et à l'aide aux personnes dépendantes permettrait d'éclairer l'évolution de ces professions.

Nicolas BROUARD, INED

L'enquête HSA (enquête santé auprès des aidants) ne porte pas, à mes yeux, sur les aidants mais sur des personnes désignées par les aidés, ce qui n'est pas tout à fait la même chose. Nous pourrions envisager de demander aux personnes interrogées, lors de la prochaine enquête Vie quotidienne et santé (VQS), si elles jouent le rôle d'aidant. Il y aura des aidés et des aidants mais cela nous fournirait une vision des aidants qui apportent une aide dans plusieurs ménages sans être toujours bien désignés par les aidés.

Je voudrais revenir sur la question des études longitudinales. Nous voyons bien l'écart qui existe entre les données longitudinales importantes qui existent dans le secteur privé (lequel s'adresse à des personnes plus aisées) et celles disponibles au titre de la statistique publique. Il a déjà existé des études longitudinales dans HID. Si le délai de deux ans entre deux interrogations des personnes âgées chez lesquelles il y a beaucoup de décès est suffisant, il ne l'est pas pour que les événements recensés soient suffisamment nombreux en ce qui concerne les plus jeunes. Peut-être faudrait-il prévoir un deuxième passage après cinq ans. Des études longitudinales sont en tout cas nécessaires.

Enfin, je rappelle que l'enquête HID a débuté en 1998. La CNIL (Commission Nationale Informatique et Liberté) a autorisé la conservation des fichiers nominatifs pour une durée de quinze ans afin que l'on puisse étudier le statut vital des personnes. Cette période prendra fin en 2013. Il faudrait que nous puissions réinterroger la base de NIR afin de savoir si les personnes interrogées entre 1998 et 2001 sont toujours vivantes. Si ce n'est pas le cas, il faudra savoir de quoi elles sont décédées. Rappelons que le décès reste le principal marqueur de la dépendance. Il est donc intéressant de savoir quelle est la durée qui sépare les personnes de la mort. Il reste des progrès à faire de ce point de vue.

Pascale ROUSSEL, MSSH (École de la santé publique)

Actuellement, il existe un débat concernant l'enquête HSM, qui devait avoir un rythme quinquennal, avec une alternance : un zoom sur la santé puis, cinq ans plus tard, sur le handicap. Nous approchons de l'année 2013 et nous n'entendons pas parler de cette enquête. Les chercheurs s'interrogent quant au renouvellement de l'enquête Handicap-Santé en 2013. De plus, des rumeurs courent sur un éventuel désengagement de l'INSEE qui assure un rôle essentiel dans la maîtrise d'ouvrage de l'enquête. Cet éventuel désengagement préoccupe les chercheurs au plus haut point, compte tenu de la complexité de la base de sondage. Les engagements que nous avons pris vis-à-vis de l'Europe, pour la poursuite de ce rythme quinquennal, imposent de disposer de moyens solides pour la maîtrise d'ouvrage.

Pierre-Yves GEOFFARD

Il est vrai que le suivi des données individuelles constitue une question très intéressante, notamment dans une logique de prévention pour laquelle nous aurions envie de reconstruire des trajectoires individuelles. Cette préoccupation émerge dans beaucoup de domaines dont traite cette commission. Cela vaut pour les questions de retraite, de santé, mais aussi de justice, par exemple sur le thème de la récidive.

La question du provisionnement des dépenses est nécessairement posée pour un assureur privé. On ne la pose pas pour un financeur public. Pourtant, il serait peut-être pertinent de s'interroger, dans une logique de bonne gestion, sur ce que pourrait apporter une démarche de provisionnement dans la sphère publique tant en termes d'analyse macro économique que micro économique.

En matière d'études longitudinales, de nombreuses questions se posent, par exemple à propos du cumul du reste à charge. Si nous ne parvenons pas à « suivre » une personne pendant plusieurs années successives, nous aurons du mal à appréhender cet aspect. Nous pouvons avoir une image différente si ce reste à charge se cumule – ou non – au fil des années. Cela vaut aussi pour les transferts intergénérationnels, pour les récupérations sur successions. Il faudrait donc compléter le dispositif statistique qui permet de faire des photos et aller vers les enquêtes longitudinales. Je ne sous-estime pas le coût, les difficultés de telles opérations. Un des problèmes mentionné est le désengagement de l'INSEE dans la mise en œuvre d'enquêtes longitudinales et d'enquêtes de panel. Ce retrait a été évoqué à plusieurs reprises au sein de la commission. Nous pouvons de nouveau le souligner, car ce désengagement relatif pèse sur la qualité de la statistique publique d'une manière générale.

S'agissant du SipaPH, sera-t-il possible de suivre le même individu dans le temps et d'apparier ou non les informations avec des données d'enquête existante, soit d'utiliser ces données comme base pour réaliser une enquête statistique ou bien établir un lien avec une enquête existante ? Les recommandations du CNIS visent à utiliser au maximum les données administratives, pour des raisons de coût et dans le souci d'éviter de bâtir des questionnaires qui durent une heure et demie.

En ce qui concerne les données des assureurs privés, il est évident qu'un enrichissement des données constitue une diminution des risques. Toutefois, sur certains sujets tels que la prévention routière, il peut exister une mise en commun de données. Cette mise en commun peut d'ailleurs être prévue par la loi, ce qui est le cas pour les accidents de voiture donnant lieu à un dommage corporel : l'obligation est faite aux assureurs qui indemnisent les victimes de transmettre des données de façon centralisée vers un fichier géré par la FFSA. Ce dispositif fournit des données qui peuvent être très utiles pour soulever des interrogations, par exemple sur la prise en charge de sinistres corporels. On pourrait imaginer, de la même façon, que les données de sinistralité, une fois anonymisées, soient mises en commun en matière de handicap et de dépendance. Leur publication, sous une forme ou une autre, serait certainement utile aux politiques publiques et aux opérateurs privés.

Je retiens le regret exprimé par certains, du fait de l'existence de plusieurs dispositifs au lieu d'un dispositif centralisé obligatoire pour tous. Je signale qu'un représentant de l'Assemblée des Départements de France (ADF) devrait être présent lors de notre prochaine réunion. Plusieurs remarques ont été faites sur la nécessité d'associer à nos réflexions les producteurs de données, au niveau local.

Agnès CANARELLI

Il faudrait une même définition de la dépendance pour tous les opérateurs du marché. Nous avons établi des tables de mortalité communes aux assureurs sur le risque décès. Pour la dépendance, comme pour le risque d'incapacité et d'invalidité, les tables sont plus délicates à construire car il peut exister des différences en termes de définition, de délai de carence ou de délai de franchise, par exemple.

Pierre-Yves GEOFFARD

Nous retrouvons cette question de l'articulation du public et du privé, dans le domaine de l'assurance maladie, pour la prise en charge par l'assurance complémentaire et son articulation avec l'assurance de base, notamment dans le calcul de la dispersion des restes à charge au niveau individuel. Des démarches sont en cours, afin d'associer certains assureurs privés (à but lucratif ou non) à la construction d'un échantillon qui permettrait de disposer enfin d'une vision globale de la situation individuelle des personnes. Ce travail est lourd et prend du temps. La commission s'efforce de suivre l'avancement de ces projets, qui pourraient enrichir le champ de la dépendance.

Philippe CUNEO

J'ai vu que la CNSA était membre de l'Institut des Données de Santé (IDS). Or la FFSA fait partie de l'Institut des données de santé.

Philippe SIFFRE

L'autorisation d'accès aux données est accordée aux membres de membres. Chaque chercheur travaillant auprès d'un membre de l'IDS doit d'abord déposer une demande auprès de son employeur pour accéder au statut de membre de membre.

Pierre-Yves GEOFFARD

La question des membres de membres se pose également pour les fédérations d'assurance : un assureur peut être membre d'une fédération qui est elle-même membre d'une entité telle que l'IDS. L'accès aux données n'est pas nécessairement le même pour les membres et les membres de membres.

Agnès GRAMAIN

Dans l'articulation avec la FFSA ou les assureurs privés, la question n'est pas seulement de mesurer le risque. Il s'agit aussi de mesurer des dédommagements ou des financements. L'assureur privé n'intervient pas pour les mêmes raisons que le financeur public mais il est intéressant de savoir si une personne perçoit deux rentes et a, en conséquence, un reste à charge plus faible.

Agnès CANARELLI

En matière de santé, nous intervenons en supplément du régime de base. En matière de dépendance, nous intervenons en tant qu'assurance supplémentaire et nous n'avons pas besoin de connaître le montant que l'assuré dépense par ailleurs.

Bernadette MOREAU

Il est effectivement très important de disposer d'études longitudinales. Il existe quelques cohortes de personnes âgées en France et la CNSA s'efforce de faire travailler ensemble les responsables de ces cohortes afin de mieux suivre la population de personnes âgées. Trois cohortes⁵ fonctionnent en même temps.

Concernant les personnes handicapées, nous avons l'autorisation de la CNIL de conserver dans le SipaPH les données pour une période de trois ans. Cela ne permet pas d'effectuer un suivi de cohorte sur une période longue. En revanche, dans les premiers travaux conduits sur le SipaPH avec la DREES pour nous répartir les tâches, nous avons envisagé que la DREES travaille sur un échantillon qui lui permettrait de faire un suivi longitudinal pendant que nous publierions des statistiques de façon régulière. Il y a là un partage des tâches entre opérateurs publics qui n'est pas encore validé mais qui pourrait être décidé.

Baudouin SEYS, DREES

Des engagements ont été pris vis-à-vis de l'Europe mais des doutes subsistent quant aux demandes qui émaneront des instances européennes. A vrai dire, Eurostat est hostile au maintien d'une enquête « santé » quinquennale. Même si nous plaidons avec d'autres pays pour la poursuite de cette enquête, il est raisonnable de penser que l'enquête collectée en 2014 n'aura pas de suite. Eurostat propose en contrepartie d'annexer un questionnaire tous les cinq ans en complément soit dans l'enquête « force de travail » (enquête Emploi) soit dans l'enquête SILC (en français SRCV (Statistiques sur les ressources et les conditions de vie)).

L'INSEE nous a fait savoir qu'il ne souhaitait plus être maître d'ouvrage des enquêtes Santé-handicap, etc. La DREES reprend la fonction de maître d'ouvrage de ce système d'enquêtes sur le handicap, la dépendance et la santé. Le 6 juin 2012, dans le cadre de l'enquête santé, nous présenterons ce que nous avons l'intention de faire à moyen terme au titre du système français, c'est-à-dire l'enquête santé française, l'enquête dépendance et l'enquête handicap. Bien entendu, tout ceci se fait à moyens déclinants, qu'il s'agisse des moyens humains ou des moyens financiers.

Une autre question portait sur le suivi de cohortes et les panels. Nous nous efforçons d'assurer un tel suivi. C'est une des raisons pour lesquelles nous utilisons de plus en plus les statistiques administratives, qui permettent de suivre des échantillons regroupant des personnes identifiées de la même manière. On voit combien la réalisation d'enquêtes de suivi de cohortes (telles que SHARE) est coûteuse et lourde à mettre en oeuvre, avec des taux d'attrition importants. Là encore, je ne peux donc pas assurer que la DREES s'engagera dans des cohortes purement statistiques. Nous nous efforçons de suivre des cohortes dans les statistiques administratives, quitte à réaliser des enquêtes en complément, en fonction des informations qui ne figurent pas dans les fichiers administratifs. A ce titre, une question se pose d'ailleurs en lien avec la décentralisation, dans la mesure où les conseils généraux ne peuvent pas utiliser le NIR. Cela complique les rapprochements de sources puisque il est nécessaire de recourir à d'autres informations (nom, prénom, âge, adresse) qui n'aboutissent qu'à des appariements de l'ordre de 50 %.

Etienne DEBAUCHE

J'ajoute que l'INSEE se charge de l'appariement entre l'enquête HID et les données d'état civil. Ce travail a en principe été réalisé. Il reste, pour la DREES, à demander à la CNIL l'accès à ces données.

⁵ Il y a eu rapprochement de 3 cohortes épidémiologiques en population générale pour, à partir de quelques indicateurs, voir si l'allongement de la durée de vie se caractérise par des années de vie en bonne santé

- Cohorte Paquid (première collecte : 1988)
- Cohorte 3C (première collecte : 1999-2000)
- Cohorte AMI (première collecte : 2007-2008).

Catherine Z Aidman, DREES

Monsieur Debauche a centré son propos sur les dispositifs de prestations publiques. La question de l'articulation entre les systèmes de base et les systèmes complémentaires n'a pas échappé à la DREES. Il existe déjà des dispositifs concernant la santé, puisque la DREES dispose d'une enquête sur les contrats modaux en santé. Elle a établi, à partir des données collectées notamment par l'IRDES, des travaux d'appariement visant à connaître l'assurance de base et l'assurance complémentaire des individus.

S'agissant de la dépendance, la DREES mobilise les données collectées par l'Autorité de Contrôle prudentiel (ACP). La FFSA est informée de ce type de remontées, puisque les données comptables des organismes d'assurance (sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance) doivent être transmises chaque année à l'ACP au titre du contrôle prudentiel. Depuis trois ou quatre ans, la DREES s'est connectée à ce dispositif de collecte et a demandé aux organismes complémentaires un module statistique plus large dans le champ de la protection sociale, incluant la santé, l'invalidité, la dépendance, la retraite, le chômage et le décès. Ce dispositif existe depuis trois ans et commence à donner des résultats fiables dans le champ de la santé. Les premières exploitations des données fournies par les organismes d'assurance pour l'année 2010, notamment sur la dépendance, montrent toutefois que nous sommes très loin de pouvoir dresser un tableau précis, y compris quant aux masses en jeu et aux personnes couvertes. La DREES réfléchit aussi à la possibilité de lancer une enquête de même nature que celle relative à la santé sur les contrats modaux en matière de dépendance, afin d'essayer d'obtenir des données plus précises.

Agnès Canarelli

Ces données existent déjà. Nous avons une analyse des caractéristiques des contrats.

Catherine Z Aidman

Il s'agit là d'une enquête générale de la DREES, comme celle que nous réalisons en matière de santé. Je parlais ici du système statistique du SSM (service statistique ministériel) et de son évolution possible dans les années à venir.

Pierre-Yves Geoffard

Je vous propose de passer à l'examen des propositions d'avis.

Les projets d'avis ont été adoptés et figurent en annexe

III. Présentation des grands axes du programme de travail 2012 et suivi des avis pris sur le programme 2011

1. Introduction

Baudouin Seys

Le travail des deux rapporteurs a été grandement facilité par la contribution de Sylvie Dumartin, chef du Bureau de la relation avec les services statistiques, qui a élaboré une synthèse des programmes de travail de la commission « services publics et services aux publics ». Cette synthèse mériterait d'être envoyée à tous les membres de la commission.

Philippe CUNEO

Nous la rendrons accessible sur le site.

Baudouin SEYS**2. Les enquêtes**

Dans les domaines de la santé, de la protection sociale et de la sécurité et réponse pénale, plusieurs enquêtes sont prévues, en particulier l'enquête annuelle « cadre de vie et sécurité ». Il s'agit de l'enquête de victimation à la française, qui sera réalisée en 2012. L'objectif est de la mettre en harmonie, à moyen terme, avec une enquête de victimation européenne. Un règlement européen est attendu en 2013 et nous souhaitons, au sein des groupes de travail, que les variables demandées par l'enquête européenne soient aussi proches que possible de l'enquête « cadre de vie et sécurité ».

Le programme de travail comporte une information sur ELFE qui est très brève. L'INED a effectivement souhaité faire un point d'avancement début 2013. Il existe aussi l'enquête SHARE, dont l'opérateur est l'IRDES. La collecte aura lieu entre 2012 et 2013. Je rappelle que l'enquête SHARE, réalisée au plan international, traite des personnes âgées, de leur santé, du passage à la retraite et du vieillissement.

Enfin, nous avons un certain nombre d'enquêtes sur les conditions de vie. Nous vous avons présenté en début de séance l'enquête sur les bénéficiaires des minima sociaux et celle relative aux modes de garde. Il faut y ajouter l'enquête auprès des établissements d'accueil de personnes âgées, qui sera collectée en 2012, avec un volet sur les résidents. Les autres enquêtes sont toutes relatives à la santé. J'ai moi-même été surpris en constatant le nombre d'enquêtes portant sur ce champ. La prochaine enquête de santé européenne sera collectée en 2014 et nous ferons un point en juin 2012, puisque cette enquête» entre dans un cadre plus complet avec des enquêtes sur la dépendance et sur le handicap.

L'IRDES réalisera l'enquête SPS (santé et protection sociale). La version 2012 présentera une nouveauté : en plus de l'appariement avec les données de l'assurance maladie obligatoire, ses résultats seront appariés avec les données d'un certain nombre d'organismes d'assurance complémentaire. Par ailleurs, la DREES s'engage dans un nouveau cycle d'enquêtes en santé scolaire qui commencera en 2012-2013 par la grande section de maternelle. Elle sera suivie, deux ans plus tard, par une collecte en CM2 puis, deux ans plus tard, en classe de 3^{ème}. L'enquête a ensuite lieu tous les deux ans. La collecte s'appuie sur les médecins scolaires afin de disposer des données issues des visites médicales de tous les enfants des classes considérées.

Dans le domaine de la santé, l'INPES mène une série d'enquêtes qui constitue le « baromètre santé ». En 2012, il réalisera une enquête spécifique dans les départements d'outre-mer sur la santé en relation avec les conditions de vie. La plupart des enquêtes nationales laissent effectivement ces départements de côté, implicitement ou explicitement, en raison de l'absence de réseau d'enquêteurs. En outre, ces départements étant très différents de la métropole, leur inclusion dans les enquêtes nationales conduit à se demander s'il faut surdimensionner l'échantillon pour avoir des résultats spécifiques DOM.

Enfin, la cohorte « Constance » de l'INSERM est menée à partir de 40 000 personnes, dans l'optique de constituer une cohorte, avec une montée en charge sur cinq ans. La santé sera appréhendée par une visite médicale dans les centres d'examen de santé. L'objectif est de suivre la santé des personnes en liaison avec leur milieu professionnel et leur milieu social.

Voilà les enquêtes qui m'ont semblé les plus importantes.

3. Autres études ou opérations statistiques

Depuis près d'une dizaine d'années, le système statistique public s'oriente vers une utilisation de plus en plus intense des sources administratives. Ce mouvement va de concert avec la mise en place par les gestionnaires des services publics de systèmes de gestion de plus en plus complets et performants. Je

citerai d'abord, en souvenir de mes fonctions précédentes, l'informatisation de la chaîne pénale, dont on nous dit qu'elle pourrait aboutir en 2012 ou 2013, et qui permettra à nos collègues de la justice de disposer de statistiques plus complètes sur la chaîne pénale et ses « usagers », jusqu'à l'exécution des peines. Un effort similaire est en cours du côté de la police pour exploiter les systèmes de gestion, en particulier les mains courantes, qui constituent un aspect rarement exploité des plaintes déposées.

La CNAV a l'intention d'intensifier l'utilisation de son modèle de projection, qui s'appelle PRISME.

Du côté de la DREES, le modèle INES, élaboré avec l'INSEE, qui mêle des données de l'enquête emploi, des sources fiscales et les fichiers de la CNAV sera apparié en 2012 avec un autre modèle qui s'intéresse à la santé et aux dépenses de santé. La Drees disposera ainsi d'un outil de micro-simulations qui couvrira les conditions de vie, la protection sociale, la santé et les dépenses de santé.

Enfin, le service statistique de la Justice produit des efforts sur le panel statistique des mineurs qui est constitué à partir de données issues des tribunaux pour enfants (ces derniers étant identifiés par leur date de naissance) et permet de suivre les mineurs traduits en justice pour des motifs civils ou pénaux.

Cédric AFSA, ministère de l'éducation nationale

Je vais présenter les programmes statistiques de la DEPP (direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance) et du SIES (sous-direction des systèmes d'information et des études statistiques, ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche). D'un commun accord avec le SIES, nous avons fait le choix d'évoquer ici les opérations qui s'inscrivent dans le cadre global du service statistique public, c'est-à-dire qui impliquent différentes institutions en dehors de la DEPP et du SIES et qui nécessitent dans certains cas une coordination statistique renforcée autour de trois thèmes. Le premier thème est celui des parcours qui avait été retenu comme un axe transversal du programme 2009-2013 du Cnis pour l'analyse de trajectoires. Le deuxième thème est celui de la formation tout au long de la vie. Il est identifié comme un grand chantier du plan « INSEE Ambition 2015 ». Enfin, je mentionnerai les comparaisons internationales, qui sont d'une nature assez spécifique.

En ce qui concerne les parcours, une première opération d'envergure porte sur l'INE (identifiant national élève). L'objectif est d'étendre l'immatriculation nationale (aujourd'hui réservée aux élèves du premier degré) à l'ensemble du système éducatif (second degré, apprentissage et enseignement supérieur notamment). Ce projet implique les ministères de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, du travail, de l'agriculture. Dans cette opération, il faut distinguer deux volets. Le premier est l'immatriculation proprement dite, c'est-à-dire l'attribution d'un numéro unique à chaque élève. Cette fonction d'immatriculation est sous la responsabilité du Service Statistique Ministériel de l'éducation nationale. Deuxième volet : l'usage de l'INE, c'est-à-dire son utilisation par les services gestionnaires, à la condition expresse d'avoir, à chaque fois, l'accord de la CNIL. Ainsi, tout traitement utilisant l'INE devra faire préalablement l'objet d'une déclaration à la CNIL. Un dossier a été déposé à la CNIL pour le répertoire national des identifiants élève (RNIE), qui hébergé à la DEPP, a vocation à recueillir les INE. La délivrance et l'usage de ces identifiants seront entourés d'un maximum de garanties de confidentialité. Cela passe par la traçabilité des accès tant au RNIE qu'aux bases utilisant l'INE, par une politique stricte d'habilitations et par des procédures de cryptage des informations.

Par ailleurs, le système d'information de suivi des étudiants (SISE) de l'enseignement supérieur fera l'objet d'une extension de champ et d'effort de rénovation afin de rendre le dispositif plus efficace, notamment grâce à la collecte *via* Internet. L'opération Admission post-Bac, gérée par le SIES, sera également rénovée dans une logique d'orientation. Il s'agit de recueillir les vœux des bacheliers pour la poursuite de leurs études dans l'enseignement supérieur et le vœu retenu *in fine*, ce qui permettra d'analyser les écarts éventuels (et leurs déterminants) entre les souhaits des élèves et les orientations effectivement prises.

A côté de l'exploitation de ces sources administratives, sont menées des enquêtes. Ainsi, la DEPP suit le panel des élèves entrés en 6^{ème} en 2007. Un questionnaire sur l'orientation à l'issue de la classe de 3^{ème} (pour les élèves redoublants) et à l'issue de la 2^{nde} sera de nouveau renseigné cette année. A plus long terme, ce panel 2007 sera prolongé avec le SIES et l'INSEE dans le cadre d'une enquête d'entrée dans la vie adulte (EVA 2007). Nous aurons ainsi un dispositif d'observation très riche compte tenu de l'importance

de la cohorte (37 000 personnes). Le taux d'attrition de ce panel est très faible et il représente une source irremplaçable d'étude des trajectoires. Un autre panel est celui des élèves entrants en cours préparatoire en 2011. L'enquête auprès des familles en 2012 permettra d'apporter tous les descripteurs relatifs à l'environnement familial de l'élève, indispensables à la compréhension des trajectoires scolaires.

Enfin, il existe deux dispositifs d'enquête portant sur l'insertion. Le premier concerne l'insertion à court terme, à travers l'enquête IVA (insertion dans la vie active) des lycéens, sept mois après la sortie. Il s'agit là d'une refonte du dispositif, qui sera rendu plus modulaire afin de pallier – ou tenter de le faire – les problèmes de concurrence avec d'autres dispositifs existant sur le même thème. Les enquêtes d'insertion 30 mois après la sortie du système éducatif, menées par le SIES, constituent un autre dispositif.

Le thème de la formation tout au long de la vie implique le SIES et la DEPP mais aussi l'INSEE, la DARES et le CEREQ. Il s'agit de consolider le recueil d'informations, notamment sur la formation continue et les acquis de l'expérience. Ce chantier pose notamment des difficultés du point de vue de la cohérence des systèmes d'information locaux et de la remontée d'informations individuelles cohérentes.

Enfin, je voudrais dire un mot des comparaisons internationales en soulignant les contraintes que cet exercice fait peser sur notre activité. A compter du 1^{er} janvier 2012, en ce qui concerne les statistiques d'éducation et de formation entreront dans le champ d'un règlement européen qui nous oblige à fournir annuellement des tableaux. Pour un certain nombre de tables que nous ne savons pas fournir, nous avons demandé des dérogations qui ont une validité de deux ans. Nous devons, pendant ce délai, aménager nos systèmes d'information afin de ne pas avoir à redemander une dérogation.

Par ailleurs, nous sommes gênés, au même titre que l'INSEE, par le changement de stratégie d'Eurostat. Ce changement est substantiel et imprévu, puisqu'Eurostat avait fixé, en accord avec les pays membres, une perspective de moyen terme dans l'articulation des dispositifs d'observation – notamment par voie d'enquêtes – visant à mesurer le niveau de formation de la population. Cette orientation est complètement remise en cause avant même que ces dispositifs aient été mis en oeuvre intégralement. Nous serons obligés d'intégrer toutes ces contraintes au cours des années à venir.

Pierre-Yves GEOFFARD

A ma connaissance, l'enquête SHARE sera uniquement conduite par l'IRDES. Son financement n'est pas encore assuré. Il dépendra de la réponse apportée à une demande de financement présentée dans le cadre du Grand Emprunt au titre de la vague 2, après un échec au cours de la première vague de financements.

Daniel BLONDET, CGT

Vos remarques concernant Eurostat et les contraintes européennes ne figurent pas dans le texte. Il serait intéressant de les signaler.

Par ailleurs, je voudrais souligner une fois de plus, à la lumière du programme de travail projeté, la dégradation du nombre de publications de la DEPP, ce que l'on peut juger très inquiétant. Si l'on inclut les notes d'information du SIES et de la DEPP, on se rend compte que le nombre de publications a diminué de près de 50 % depuis le début des années 2000. Un communiqué a été diffusé par les organisations syndicales et largement repris par la presse à ce sujet.

La base « décrocheurs » ne relève pas de la statistique publique. Il me semble néanmoins que la commission devrait avoir des informations sur cette base, pour deux raisons. En premier lieu, il s'agit d'un point très sensible, qui a suscité des protestations et qui en soulèvera d'autres.

La semaine dernière, le ministre Luc Chatel s'est vanté de pouvoir communiquer la liste exacte des décrocheurs au préfet de région (avec nom, adresse et date de naissance), ce qui est de nature à jeter un discrédit sur la statistique publique. Je parle du discrédit croissant dont pâtit la statistique publique dans l'opinion publique. En second lieu, votre travail semble largement impacté par cette affaire. Quels sont les

liens entre les différentes bases et cette base nominative, qui sera placée dans une plateforme commune avec d'autres administrations ? Dans votre programme d'activité, au chapitre « apprentissage », nous voyons que la DEPP a consacré des ressources importantes à l'alimentation de cette base. On sent même, dans l'expression de votre programme, un reproche sur cette question.

Cédric AFSA

J'ai précisé que le changement de stratégie d'Eurostat représentait une contrainte qui pèserait sur nos activités, cet impact pouvant n'intervenir qu'après 2012.

Concernant la baisse du nombre de publications, je voudrais apporter deux rectificatifs à ce qui a été dit. Tout d'abord, le nombre de notes d'information n'aura pas connu une chute en 2011, au contraire. La comparaison 2011/2010 a été faite sur la base des notes sorties en août 2011. Beaucoup de notes d'information ont connu ou connaissent des retards dans leur production ou leur publication pour différentes raisons, tenant notamment à des problèmes d'organisation interne. Si toutes les notes en cours de réalisation ou de finalisation paraissent au titre de 2011, il y en aura une trentaine, soit peu ou prou cinq de plus que l'année dernière. Il n'en demeure pas moins que la situation est préoccupante. Le problème est complexe. Nous essayons de le résoudre en partie par la relance de notre politique éditoriale.

Deuxième élément, il y a une avancée significative dans la diffusion de l'information : sur le site ministériel figure désormais un onglet « statistiques » qui va nous permettre de mettre à la disposition des utilisateurs des informations dématérialisées. Ce sera notamment l'occasion de rendre accessibles des séries longues.

La maîtrise d'ouvrage de l'opération que vous avez citée concernant les « décrocheurs » est la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO). Dès le début, nous n'avons pas souhaité participer à la maîtrise d'ouvrage de l'opération. Nous avons offert nos services d'assistance à la maîtrise d'oeuvre en mettant à disposition notre savoir faire dans la remontée d'informations et dans les appariements de données. Nous n'avons accès à aucune information nominative, tout comme les services du Ministère partenaires du dispositif. Ces informations sont réservées aux correspondants locaux, qui y ont accès par le biais de procédures strictes d'habilitations, dans le cadre de leur mission qui est d'offrir aux jeunes sortis prématurément du système scolaire des solutions d'insertion ou d'accompagnement. Ce dispositif sur les décrocheurs n'est pas une opération à finalité statistique. Elle ne sera jamais présentée au Cnis.

Pierre-Yves GEOFFARD

Il est bien sûr difficile, pour la commission, de se prononcer sur une enquête dont le Conseil n'a pas été saisi. Nous pouvons rappeler les règles déontologiques, comme nous l'avons fait par le passé. Mais le problème posé ici est d'une autre nature et sans doute d'autres instances sont-elles appelées à intervenir.

Daniel BLONDET

Je vous remercie, Monsieur Afsa, pour ces informations très claires. Un échange doit avoir lieu et il est impossible de l'avoir avec la DGESCO, qui fonctionne dans l'opacité la plus totale.

Cédric AFSA

Je précise que cette remontée d'informations concernant en particulier les apprentis est amenée à se répéter plusieurs fois dans l'année, à des dates parfois imprévues. Une nouvelle campagne va très probablement être lancée fin février, ce qui risque de perturber nos propres remontées d'informations statistiques sur les apprentis.

Philippe CUNEO

Le Conseil pourrait souligner que les informations relatives aux décrocheurs ne relèvent pas de la statistique publique.

Pierre-Yves GEOFFARD

Cela me semblerait utile.

Pierre-Yves GEOFFARD

Un tout dernier point porte sur une demande d'accès, au titre de la loi de 1951, à des données détaillées de la CNAM.

IV. Examen d'une demande d'accès au titre de l'article 7bis de la loi de 1951

Philippe MONIER, Insee

L'INSEE et la DREES se sont associés pour développer un outil qui permettra de réaliser des études sur l'accès aux soins de santé, ce qui correspond à une recommandation du CNIS.

La DREES dispose de données concernant l'accès aux soins dans le domaine hospitalier. Pour avoir une vision globale de l'ensemble des soins, il est nécessaire de mobiliser les données du SNIIR-AM, qui est géré par la CNAM et recense l'ensemble des actes de médecine de ville. C'est pour accéder à ces données que l'INSEE présente cette demande d'accès au titre de l'article 7 bis.

Bernard SUJOBERT

Je note que les avant-projets de programme de la CNAM ne figurent jamais dans les documents. Si l'on sollicite de plus en plus les données administratives, il n'est pas normal que la CNAM ne présente pas son programme comme les autres administrations.

Pierre-Yves GEOFFARD

La CNAM opposera sans doute à cette demande qui ne relève pas de son cœur d'activité un manque de moyens humains.

La commission rend un avis favorable à cette demande d'accès.

Merci à tous pour votre participation.

La séance est levée à 17 heures 50.

DOCUMENTS PRÉPARATOIRES

- Fiches descriptives des enquêtes présentées
- Fiche de demande d'accès au titre de l'article 7bis de la loi de 1951
- Suivi des avis pris sur le programme de travail 2011
- Avant-projet de programme statistique 2012 de la commission est en ligne sur le site du Cnis : http://www.cnis.fr/files/content/sites/Cnis/files/Fichiers/commissions/services_publics_services_aux_publics/2011/documents_preparatoires/PDT_2012_COM_services_publics.pdf

AVIS FAVORABLES

Avis d'opportunité pour les enquêtes présentées

- Enquête sur les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux.....38
- Enquête sur les modes de garde et d'accueil des jeunes enfants40

**Avis du Cnis à une demande d'accès formulée
au titre de l'article 7bis de la loi du 7 juin 1951 modifiée**

- Données détenues par la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (DEPP) du
ministère de l'Éducation nationale.....42

Paris, le 21 décembre 2011 n°179/D030

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquête sur les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux

Type d'opportunité : réédition d'une enquête déjà réalisée en 2006 et en 2003

Périodicité : enquête ponctuelle reconduite tous les 3 à 6 ans

Demandeur : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Au cours de sa réunion du 23 novembre 2011, la commission Services publics et services aux publics a examiné le projet d'enquête sur les conditions de vie des bénéficiaires de minima sociaux.

L'opération de 2012 est la troisième enquête menée auprès des bénéficiaires de minima sociaux après celles de 2006 et de 2003. Elle répond à une demande ministérielle et du secteur associatif d'éléments d'information permettant d'évaluer l'ensemble des minima sociaux en complétant les recueils d'informations issus de sources administratives. La première enquête avait interrogé des bénéficiaires des quatre principaux minima sociaux de l'époque (revenu minimum d'insertion (RMI), allocation au parent isolé (API), allocation de solidarité spécifique (ASS) et allocation aux adultes handicapés (AAH)) s'adressant aux personnes d'âge actif. L'enquête de 2006 excluait les bénéficiaires de l'AAH. Celle de 2012 est étendue aux bénéficiaires de minima destinés aux personnes ayant atteint l'âge de la retraite et aux bénéficiaires du revenu de solidarité active⁶ (RSA) activité seul.

Cette enquête d'initiative nationale a pour objectif principal, comme les précédentes éditions, d'éclairer le débat public sur les minima sociaux. L'enquête de 2012 est centrée sur la problématique relative à la difficulté à « boucler les fins de mois » tant dans ses aspects quantitatifs (mesure approchée d'un « reste à vivre ») que qualitatifs (conséquences en terme d'adaptation des modes de consommation, de privations, de recherche de ressources alternatives). Elle permet également d'actualiser les enseignements tirés des deux enquêtes précédentes. Les principaux thèmes abordés portent sur les situations familiale et professionnelle, le revenu mensuel et les ressources du mois précédent l'enquête, les dépenses contraintes (logement, transport, énergie, téléphone, etc.), les habitudes d'achat des produits courants, les privations matérielles et les conditions de logement, la situation bancaire (interdiction, endettement).

L'enquête de 2012 concerne les personnes qui résident en France métropolitaine hors Corse et sont bénéficiaires au 31 décembre 2011 du RSA, y compris les « travailleurs pauvres » qui perçoivent l'allocation en tant que complément de revenu d'activité (RSA activité seul), de l'ASS, de l'AAH ou des allocations constitutives du minimum vieillesse (allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) et allocation supplémentaire du minimum vieillesse (ASV)). Les conjoints de bénéficiaires du RSA sont également

⁶ Le RSA a un double rôle : c'est un minimum social qui s'est substitué au RMI et à l'API - le RSA socle qui peut être majoré pour les personnes ayant la charge d'au moins un enfant né ou à naître, mais c'est également un complément pérenne de revenu d'activité - le RSA activité seul - destiné aux « travailleurs pauvres ».

interrogés. La collecte est réalisée par un prestataire sélectionné sur appel d'offre. Elle se déroule d'octobre à décembre 2012 en face à face sous CAPI sur une période de deux mois et demi au maximum. La passation du questionnaire dure environ une heure. Afin d'appréhender au mieux les ressources (de l'année 2012), les résultats de l'enquête seront appariés avec le fichier « revenus fiscaux » de l'Insee, des fichiers de la Cnaf, de la Cnav, de la CCMSA et de la Caisse des dépôts. Les résultats de ces appariements ne seront toutefois disponibles qu'en 2015.

L'échantillon des bénéficiaires du minimum vieillesse est tiré dans les fichiers d'allocataires au 31 décembre 2011 des principaux organismes verseurs (Cnav, Service de l'ASPA de la Caisse des dépôts et CCMSA). Les autres populations enquêtées sont sélectionnées dans la vague 2011 de l'échantillon national interrégimes d'allocataires de minima sociaux (ENIAMS) que gère la Drees. Le tirage de l'échantillon est réalisé par la Drees en collaboration avec les organismes verseurs selon un plan de sondage à trois degrés (département, commune ou fraction de canton, bénéficiaires). Au total, il est prévu d'interroger 7 000 bénéficiaires de minima sociaux répartis comme suit : 1 000 allocataires du minimum vieillesse, 1 500 allocataires de l'AAH, 1 500 allocataires de l'ASS et 3 000 bénéficiaires (allocataires ou conjoints) du RSA dont 1 000 du RSA socle non majoré, 1 000 du RSA socle majoré et 1 000 du RSA activité seul.

Le comité de pilotage de l'enquête comprend des représentants de la Drees, de la Dares, de l'Insee, de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), de la direction général du Trésor, de la délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle (DGEFP), des organismes sociaux (Cnav, CCMSA, Cnaf), du service public de l'emploi (Pôle emploi), de l'observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES), du conseil d'orientation des retraites (COR), de la Caisse des dépôts et d'associations (Secours catholique et Petits frères des pauvres).

Les résultats de l'enquête, avant appariements, seront publiés dans les supports de la Drees (*Études et résultats*) dès l'automne 2013. Les résultats de l'enquête après appariements donneront lieu à d'autres publications de la Drees. Par ailleurs, au cours de l'année 2013, les résultats détaillés de l'enquête seront mis à disposition des partenaires dans le cadre de conventions et des chercheurs via le réseau Quételet. Une seconde mise à disposition des résultats de l'enquête enrichis des appariements est également prévue en 2015.

Le Président, après avoir entendu la commission, émet un **avis d'opportunité favorable** à cette enquête.

Paris, le 21 décembre 2011 n°180/D030

AVIS D'OPPORTUNITÉ

Enquête sur les modes de garde et d'accueil des jeunes enfants

Type d'opportunité : réédition d'une enquête déjà réalisée en 2007 et en 2002

Périodicité : enquête ponctuelle reconduite tous les 5 ans environ

Demandeur : Ministère du travail, de l'emploi et de la santé - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

Au cours de sa réunion du 23 novembre 2011, la commission Services publics et services aux publics a examiné le projet d'enquête sur les modes de garde et d'accueil des jeunes enfants.

L'enquête de 2013 est la troisième édition de l'opération après celles de 2007 et de 2002. Elle permet d'apporter une vision globale sur la question des modes de garde des jeunes enfants et, à ce titre, intéresse particulièrement la caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), le Haut conseil de la famille et les chercheurs travaillant sur les thèmes de la petite enfance et de la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle. L'enquête présente l'originalité de placer l'enfant au centre de l'interrogation, la situation de chaque enfant y étant décrite de manière individuelle.

Cette enquête d'initiative nationale a pour objectif principal, comme les précédentes éditions de dresser un panorama des différentes solutions de garde, formelles ou informelles, utilisées par les parents pour leurs enfants de moins de 7 ans. Les principaux thèmes abordés portent sur les modes de garde et d'accueil pour chaque enfant de moins de 7 ans, les combinaisons de ces modes d'accueil et de garde sur une semaine type, la situation détaillée des parents par rapport à l'emploi et leurs horaires de travail, le coût des modes de garde et d'accueil, les opinions des parents sur les services d'accueil et de garde.

L'enquête concerne les ménages de la France entière ayant au moins un enfant de moins de 7 ans. Les ménages accueillant exclusivement des enfants placés sont hors champ. La collecte aura lieu à partir d'octobre 2013 et durera environ 9 semaines. Elle sera réalisée en face à face sous capi soit par le réseau des enquêteurs de l'Insee, soit par un prestataire extérieur sélectionné sur appel d'offre. Le questionnaire sera passé au parent, beau-parent ou tuteur de l'enfant de moins de 7 ans vivant dans le même logement. Dans ce questionnaire ménage, il sera rempli autant de modules sur les modes de garde qu'il y a d'enfants de moins de 7 ans dans le ménage. A ce stade, la durée de l'entretien est estimée à 60 minutes par ménage.

Un échantillon principal de ménages ayant un enfant de moins de 7 ans sera tiré soit dans les fichiers des enquêtes annuelles du recensement réalisées en 2012, soit dans le fichier de la taxe d'habitation 2012 si la collecte est effectuée par l'Insee. Afin de pouvoir enquêter les parents de très jeunes enfants, un échantillon complémentaire sera constitué à partir des fichiers des allocataires de la Cnaf. Au total, il est prévu de tirer 12 000 ménages dont la répartition entre échantillons principal et complémentaire n'est pas encore arrêté. L'objectif est d'obtenir 8 000 questionnaires remplis.

La concertation a lieu dans le cadre du comité de pilotage qui comprend des représentants de la Drees, de l'Insee, de la Cnaf, de la direction de la sécurité sociale (DSS), de la direction générale de la cohésion sociale (DGCS), du Haut conseil de la famille, de la direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares), de la direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp) et de

l'Ined. Avec la mise en place, à terme, d'un groupe d'exploitation de l'enquête, la concertation s'élargira à des chercheurs et à d'autres partenaires intéressés par l'exploitation des données de l'enquête. Par ailleurs, les partenaires sociaux et les associations familiales seront consultés à l'occasion d'une présentation d'enquête.

Les résultats de l'enquête seront publiés dans les supports de la Drees (*Études et résultats*, *Dossiers solidarité santé*, etc.), de l'Insee, de la Dares et des autres membres du comité de pilotage (Cnaf, Ined). Les données seront mises à disposition des partenaires de l'enquête dans le cadre de convention et des chercheurs via le réseau Quételet.

Le Président, après avoir entendu la commission, émet un **avis d'opportunité favorable** à cette enquête.

Paris, le 29 novembre 2011 n°170/D030

**AVIS DU CNIS SUR UNE DEMANDE D'ACCÈS À DES DONNÉES
AU TITRE DE L'ARTICLE 7BIS DE LA LOI DU 7 JUIN 1951 MODIFIÉE
Données détenues par la CNAMTS**

Demandeurs : Insee, Direction de la diffusion et de l'action régionale (DDAR)

Détenteur des données : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnam-TS)

Au cours de sa réunion du 23 novembre 2011, la commission Services publics et services aux publics a examiné la demande d'accès à des données détenues par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (Cnam-TS).

L'Insee, en étroite collaboration avec la Drees, souhaite améliorer la connaissance localisée sur l'accès aux soins de santé. Pour couvrir l'ensemble des soins, il a besoin d'informations fines sur le champ de la médecine de ville, les informations sur la médecine de séjour étant fournies par le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information) que la Drees gère.

Les données demandées à la Cnam-TS concernent l'ensemble des actes de médecine de ville (réalisés par des médecins, chirurgiens dentistes, masseurs kinésithérapeutes et infirmiers ayant une activité libérale). Ces données sont issues du fichier Sniir-am (Système National d'Information Inter Régimes de l'Assurance Maladie). Il s'agit de données bilocalisées (à la commune d'exercice du praticien et à la commune de résidence du patient) : pour chaque acte, quelques variables sont demandées sur ses modalités (situation d'urgence, visite), sur le praticien (spécialité, secteur de conventionnement) et sur le patient (sexe, tranche d'âge, patient en affection de longue durée, patient bénéficiaire de la CMU). Afin d'empêcher toute identification directe ou indirecte des patients, la Cnam-TS procède, si nécessaire, à une agrégation des données à un niveau communal ou supra-communal avant leur transmission à l'Insee.

Les données demandées à la Cnam-TS fourniront, sur le champ de la médecine de ville, une information identique à celle dont dispose la Drees sur la médecine de séjour à partir du PMSI. Les données issues des deux sources seront enrichies par des indicateurs de temps d'accès calculés au moyen d'un distancier dont dispose l'Insee et rassemblées en un seul fichier. Le dispositif ainsi construit par l'Insee, en étroite collaboration avec la Drees, constituera un outil d'analyse sur l'accès à l'ensemble des soins à un niveau géographique fin. Cet outil permettra d'analyser les inégalités géographiques d'accès aux soins de santé comme le préconise le Cnis. Il contribuera également au suivi des schémas régionaux d'organisation (SROS) et au bilan à mi-parcours prévu dans la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST).

L'outil statistique ainsi développé sera mis à disposition de la Drees et des Directions régionales de l'Insee. Le fichier transmis par la Cnam-TS lui sera retransmis après enrichissement avec les indicateurs de temps d'accès.

A partir de l'outil, la Drees et les directions régionales de l'Insee mèneront des études autour des accès aux soins à des niveaux géographiques fins, par exemple en comparant les temps d'accès effectifs aux temps d'accès théoriques basés sur des modèles de fréquentation du service le plus proche, ou encore sur les écarts entre fréquentation théorique et fréquentation effective (selon les caractéristiques sociodémographiques des patients et les caractéristiques du territoire) afin de mettre en évidence les spécificités du recours au niveau régional ou infrarégional. Des aires de rayonnement des services pourront également être établies pour analyser l'adéquation entre l'offre et la demande.

Les études seront éventuellement menées dans le cadre de partenariats avec les acteurs publics régionaux concernés, notamment des Agences régionales de santé (ARS).

La première transmission portera sur les données relatives à l'année 2010. L'opération sera renouvelée à des dates fixées par accord entre les parties concernées. Les modalités de transmission seront définies par convention entre l'Insee et la Cnam-TS.

Les résultats des études réalisées par la Drees ou par les directions régionales de l'Insee seront largement diffusés dans les publications de la statistique publique.

La commission émet un **avis favorable** à la demande d'accès aux données détenues par la CNAMTS.