

Formation Santé, protection sociale du CNIS

Réunion du 26 avril 2006

Enquêtes présentées pour avis d'opportunité

- . Enquête auprès des intervenants au domicile des personnes âgées2
- . Enquête « Handicap-santé »5

Demandes d'accès à des données au titre de l'article 7bis de la loi de 1951

- . Données détenues par le Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes11
- . Données détenues par la Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF).....13

Fiche descriptive d'enquête pour examen d'opportunité

Enquête auprès des intervenants au domicile des personnes âgées

Les personnes intéressées par ce projet et qui ne pourraient pas participer à la réunion du 26 avril 2006 sont invitées à adresser leurs questions et remarques au Secrétariat général du Cnis (messagerie : cnis@insee.fr fax : 01 41 17 55 41).

1 - Service producteur

Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES)
Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement et Ministère de la santé et des solidarités

2 - Intitulé de l'enquête

Enquête auprès des intervenants au domicile des personnes âgées.

3 - Objectifs généraux de l'enquête

Cette enquête auprès des personnes intervenant au domicile des personnes âgées afin de les aider dans l'accomplissement des tâches courantes ou des actes essentiels de la vie quotidienne a pour objectifs :

- de connaître le profil socio-démographique, d'étudier les trajectoires professionnelles des intervenants ;
- de connaître les conditions d'exercice de leur métier et la nature précise de leurs interventions, en fonction notamment de la situation de leurs employeurs (niveau de perte d'autonomie, isolement,...);
- d'étudier les effets éventuels du cadre dans lequel s'inscrivent les interventions (cadre du particulier employeur ou par l'intermédiaire d'un service mandataire ou prestataire) sur la nature des activités réalisées et/ou sur les trajectoires professionnelles.

4 - Origine de la demande et utilisateurs potentiels des résultats

Dans un contexte général de vieillissement de la population et d'allongement de la vie, les besoins d'intervenants au domicile des personnes âgées sont en constante progression. Plusieurs dispositifs récents visent à contribuer au développement et à la structuration progressive du secteur de l'aide à domicile des personnes âgées, ainsi qu'à la professionnalisation de ses intervenants.

La mise en place en 2002 de l'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) a ainsi permis de **renforcer la solvabilisation de la demande**, pour les personnes âgées de plus de 60 ans et dépendantes (GIR 1 à 4), en complément de l'exonération de charges patronales dont bénéficient les employeurs âgés de 70 ans ou plus depuis 1987, et des aides (aide ménagère, aide sociale) attribuées par les caisses de retraite et les conseils généraux aux personnes âgées disposant de faibles ressources.

Les évolutions législatives récentes cherchent à **structurer l'offre de services d'aide à domicile**, La loi du 2 janvier 2002 a intégré les services d'aide au domicile des personnes âgées dans le champ de l'action sociale et médico-sociale, au même titre que les établissements. A ce titre, cette activité est soumise à des procédures d'autorisation, de contrôle, de tarification et aux dispositions garantissant les droits des usagers. Une ordonnance de 2004 a étendu le bénéfice de l'exonération de charges sociales aux entreprises et leur a ouvert l'activité de mandataire. L'APA a également un rôle dans la structuration progressive du secteur de l'aide à domicile, le recours à un service prestataire étant recommandé pour les personnes classées en GIR 1 ou 2.

Les pouvoirs publics promeuvent plus globalement **la professionnalisation des intervenants et l'attractivité du secteur** : mise en place de diplômes spécifiques, lancement du Plan de développement des services à la personne et création de l'Agence nationale des services à la

personne. Ils visent également à renforcer la **coordination des divers intervenants auprès des personnes dépendantes** (centres locaux d'information et de coordination depuis 2001).

Les principaux utilisateurs institutionnels concernés par les résultats de cette enquête sont : les ministères chargés des affaires sociales, des personnes âgées, de l'emploi, de l'éducation nationale ; les organismes de sécurité sociale, les conseils généraux, les fédérations d'employeurs et de services d'aide.

5 - Principaux thèmes abordés

Les principaux thèmes abordés auprès des intervenants porteront sur leurs caractéristiques (âge, qualification, parcours professionnel, raisons du choix du métier...), la nature de leurs interventions (tâches ménagères, aides à la personne, courses, aide aux démarches administratives...), leur ancienneté dans le métier, leur mode de rémunération, les conditions d'exercice de leur métier (multi-activité, nombre et type d'employeurs, nombre d'heures travaillées, distance domicile lieu(x) de travail...), ainsi que sur leurs perspectives professionnelles.

Quelques questions spécifiques portant sur les personnes aidées par ces intervenants pourront être également posées afin de déterminer l'influence de la situation et du contexte familial et environnemental des personnes aidées sur la nature des interventions.

6 - Place dans le dispositif statistique existant sur le même sujet ; apport à la connaissance du domaine par rapport à d'autres sources

L'enquête auprès des services d'aide aux personnes à domicile (enquête SAPAD 1999) réalisée par la DREES a permis de collecter de nombreuses informations sur l'activité et le personnel d'environ 7 000 services d'aide à domicile mandataires et/ou prestataires.

Cette enquête auprès des services a été complétée, en mai 2000, par une enquête d'un échantillon d'environ 3 000 bénéficiaires de ces services (enquête SAPAD bénéficiaires) : personnes âgées, personnes handicapées et familles. Elle a permis de nombreuses analyses sur le profil des bénéficiaires et le contenu de l'aide apportée par ces services.

L'enquête Intervenants à domicile a pour vocation de recueillir des informations sur l'ensemble des intervenants, y compris ceux exerçant dans le cadre du particulier employeur, ce qui n'était pas le cas des deux enquêtes SAPAD qui portaient sur les services. Par ailleurs, cette nouvelle enquête s'intéressera au point de vue de l'intervenant alors que l'enquête SAPAD 1999 recueillait des informations sur les intervenants auprès du gestionnaire du service.

L'IRCEM a réalisé, en 2002, une enquête auprès d'un échantillon d'employés de maison et de gardes d'enfants dans le but notamment de connaître leurs caractéristiques socio-démographiques. L'année suivante, l'IRCEM a lancé une enquête auprès d'un échantillon de particuliers employeurs d'employés de maison et de gardes d'enfants avec pour objectif un recueil d'informations sur les caractéristiques des employeurs.

L'enquête auprès des intervenants à domicile diffère de l'enquête de l'IRCEM en ce qu'elle s'intéresse spécifiquement aux professionnels intervenant auprès de personnes âgées, que cela soit pour une aide pour les tâches courantes ou pour les actes essentiels de la vie quotidienne. Une mise en perspective des résultats des deux enquêtes pourra cependant être réalisée afin voir si, dans le contexte actuel de développement des services à la personne et de professionnalisation des métiers de l'intervention à domicile, il est possible de déceler des évolutions dans l'exercice de ces métiers.

La DARES réalise, chaque année, un état des lieux du secteur des emplois familiaux qui fournit des données de cadrage sur l'activité des services à la personne et sur les particuliers employeurs. L'ACOSS publie également chaque année des données sur les particuliers employeurs.

7 - Unités enquêtées, champ de l'enquête et nombre d'unités enquêtées

L'unité enquêtée est l'intervenant. Le champ de l'enquête concerne l'ensemble des intervenants au domicile des personnes âgées, qu'ils soient salariés d'un service ou employés directement par un particulier.

L'enquête interrogera un échantillon d'environ 5 000 intervenants. Les intervenants salariés seront tirés au sort, dans un échantillon représentatif d'organismes agréés de service à la personne. Les intervenants employés directement par un particulier seront tirés au sort dans une base de données extraite des bases de gestion des organismes chargés de recouvrir les cotisations sociales des employeurs de personnel de maison utilisateurs de la déclaration nominative simplifiée (DSN) et du chèque emploi service (CES) et recensant uniquement les personnes bénéficiant d'exonération liées à l'âge (70 ans et plus).

8 - Période de collecte et service réalisant la collecte

La collecte est prévue en 2007.

Elle sera réalisée en sous-traitance par des enquêteurs supervisés par la Drees.

9 - Impact sur l'unité enquêtée et notamment temps de réponse maximum au questionnaire

L'entretien ne devrait pas dépasser 1 heure. L'enquête ne présenterait pas de caractère obligatoire.

10 - Comité de concertation

Le comité de pilotage réunira les représentants des Ministères chargés de l'action sociale, de la santé et de l'emploi (DREES, DARES, DGAS), de la CNSA, de l'Agence Nationale des Services à la Personne, de l'IRCEM, de la CNAV et de représentants des services d'aide à domicile et des intervenants à domicile.

11 - Diffusion des résultats

Les premiers résultats seront publiés début 2008 dans les publications de la DREES.

Fiche descriptive d'enquête pour examen d'opportunité

Enquête Handicap - santé

Les personnes intéressées par ce projet et qui ne pourraient pas participer à la réunion du 26 avril 2006 sont invitées à adresser leurs questions et remarques au Secrétariat général du Cris (messagerie : cris@insee.fr fax : 01 41 17 55 41).

1 - Service producteur

La DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques - Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement et Ministère de la santé et des solidarités) et l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Études Économiques) assurent conjointement la maîtrise d'ouvrage de cette enquête. Plus précisément, il s'agit :

- Pour l'Insee : du département de la démographie
- Pour la Drees : de la sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie et de la sous-direction de l'observation de la solidarité à la Drees

L'Insee est le responsable juridique de l'enquête.

2 - Intitulé de l'enquête

Enquête « Handicap-santé ».

3- Objectifs généraux de l'enquête

L'enquête vise en premier lieu à actualiser les résultats de l'enquête Handicaps-Incapacités-Dépendance (HID). Plus de 7 ans se sont en effet écoulés depuis le passage sur le terrain de cette enquête qui s'était déroulée successivement en institutions (1998) et en ménages ordinaires (1999) et avait comporté un deuxième passage deux années plus tard.

Depuis le contexte, notamment législatif, a connu des changements importants, avec notamment la création de l'Allocation personnalisée pour l'autonomie en 2002 et l'adoption de la **loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées**. Celle-ci inscrit notamment dans le droit l'obligation de compensation du handicap. Elle renforce par ailleurs les obligations en matière d'accessibilité.

En matière de statistiques sur la santé, le contexte législatif a également changé. **La loi de santé publique du 9 août 2004** fixe des objectifs à atteindre à l'horizon 2008. L'efficacité des programmes de santé mis en oeuvre dans le cadre de l'application de cette loi, devra être suivie annuellement et évaluée tous les cinq ans. Une liste des indicateurs synthétiques à mesurer tous les ans ou tous les cinq ans a été élaborée et annexée à la loi.

Au niveau international, Eurostat prépare un **règlement européen** en matière d'enquêtes de santé, qui sera adopté au plus tôt en 2008 et qui contraindra les états membres à réaliser tous les cinq ans une enquête comportant un questionnaire commun (ECHIS ou **European Core Health Interview Survey**).

C'est dans ce contexte que l'Insee et la Drees ont décidé de lancer un nouveau projet d'enquête sur le Handicap et la santé. Cette enquête, dont le terrain est prévu pour 2008 s'intégrera dans un dispositif d'enquêtes quinquennales sur la santé avec en alternance :

- une enquête Handicap-santé actualisant l'enquête HID 1998-1999 mais permettant également de répondre aux contraintes légales nationales et internationales en matière de fourniture de statistiques de santé.
- une enquête Santé sur le modèle de l'enquête décennale sur la santé et les soins médicaux.

La partie « handicap » de l'enquête a les objectifs suivants :

- **estimer le nombre des personnes handicapées ou dépendantes**. On recherchera la comparabilité avec la précédente enquête (HID 1998-1999). Toutefois certaines améliorations seront recherchées, notamment sur la mesure du handicap « psychique ou mental ». Il faudra également tenir compte de la demande Eurostat et de l'évolution des classifications en matière de handicap. Les discussions menées à l'occasion de la révision de la Classification internationale du Handicap (CIH),

ont en effet abouti à l'adoption en 2001, par l'assemblée de l'ONU, de la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF).

- **évaluer les flux d'entrée et de sortie en incapacité.** La mesure des flux d'entrée et de sortie en incapacité permet notamment de réaliser des projections de population dépendante, de calculer des espérances de vie sans incapacité plus correcte car s'appuyant sur des données d'incidence et non de prévalence. Pour évaluer ces flux on prévoit une interrogation rétrospective sur la date à laquelle les incapacités déclarées sont apparues.

La réflexion sur la pertinence d'une deuxième vague pour l'enquête Handicap-santé est à ce jour insuffisamment aboutie. Il est prévu d'inclure dans le dossier CNIL de l'opération la conservation des adresses des personnes enquêtées pendant une durée de 2 ou 3 années après la première vague, de façon à garder la possibilité de mettre en place une deuxième vague, dont les finalités et les modalités devront être précisées.

On souhaite par ailleurs conserver pendant quinze ans après la fin de l'enquête, le nom, le(s) prénom(s), sexe, date et le lieu de naissance des répondants afin de pouvoir effectuer une recherche au RNIPP sur le décès éventuel de la personne. L'objectif est d'évaluer les inégalités de mortalité et d'espérance de vie selon la présence éventuelle, la nature et la sévérité d'un handicap, et d'analyser les relations entre handicap initial et cause de décès.

Les coordonnées des personnes pourraient être utilisées, avec leur accord, pour des enquêtes qualitatives pour approfondir certains thèmes complexes.

- **relever la nature, la quantité et l'origine des aides existantes ainsi que les besoins non satisfaits.** Cet objectif était traité dans l'enquête HID 1998-1999 à travers un questionnaire spécifique sur les différentes formes d'aides (aides techniques, humaines, prestations, aides à l'insertion professionnelle, aides à la scolarité...) dont bénéficiaient les personnes.

- **mesurer les désavantages sociaux subis des personnes handicapées.** Cet objectif était traité dans l'enquête HID 1998-1999 à travers un questionnaire sur la scolarité, le travail, les loisirs, les vacances, la vie associative... Dans le contexte de la loi du 11 février 2005 sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, cet objectif est plus que jamais d'actualité. Les apports de la CIF, en particulier les interactions entre environnement et participation sociale des personnes en situation de handicap (problématique de l'accessibilité notamment), devront être pris en compte.

La partie « santé » de l'enquête a pour objectifs :

- de mesurer certains indicateurs annexés à la loi de santé publique. A titre d'exemple, on peut citer les indicateurs suivants : score de qualité de vie chez les proches de patients atteints de maladie d'Alzheimer, score de perte d'autonomie chez les patients atteints de maladie d'Alzheimer, score de perte d'autonomie chez les patients atteints de maladie de Parkinson, proportion de personnes ayant déclaré avoir de l'arthrose périphérique et présentant une limitation durable d'activité, score de qualité de vie chez les patients atteints d'arthrose.

- d'intégrer les modules européens élaborés par Eurostat (ECHIS) à savoir :

le module **European Health Status Module** (les questions portent sur les maladies chroniques, les limitations fonctionnelles, les activités de soins personnels, les activités ménagères et les autres activités quotidiennes, les problèmes psychologiques et le bien être)

le module **European Health Determinants Module** (les questions portent sur l'indice de masse corporelle, la consommation de tabac, la consommation d'alcool, les activités physiques, la consommation illicite de drogues)

le module **European Health Care Module** (les questions portent sur les hospitalisations, les visites chez le docteur et le dentiste, la consommation de médicaments, la prévention).

le module **European Background Variables Module** (Les questions du module portent sur l'âge, le sexe, la statut matrimonial, le niveau de diplôme, l'emploi, les revenus).

le module **European Disability Module** dont la conception n'a pas encore commencé et qui ne sera sans doute pas prêt à temps.

Si la contrainte d'une durée de questionnement ne dépassant 60 minutes en moyenne le permet, on pourra également examiner quelles questions de l'enquête décennale sur la santé pourraient être opportunément intégrées dans le questionnaire.

4 - Origine de la demande et utilisateurs potentiels des résultats

Les apports essentiels de l'enquête HID en matière de connaissance statistique du handicap ayant été largement reconnus, la question du renouvellement de l'enquête s'est très vite imposée. Dans un rapport de 2003, la Cour des comptes recommande de « renouveler l'enquête HID selon la périodicité appropriée, après en avoir adapté la méthodologie compte tenu des enseignements de la première expérience faite ».

Un règlement européen, qui sera adopté au plus tôt en 2008, contraindra en outre les états membres à réaliser une enquête nationale comportant les modules ECHIS d'Eurostat tous les 5 ans.

Enfin, la loi de santé publique du 9 août 2004 prévoit que les objectifs de la politique de santé publique seront évalués tous les 5 ans sur la base d'un rapport du Haut Conseil de la santé publique.

Les utilisateurs potentiels sont :

- Les SSM (DREES, DARES, DEP)
- Les organismes de recherche ou d'études ayant un intérêt pour les problématiques de santé et de handicap : l'Inserm, l'INED, ORS, les laboratoires répondant aux appels à recherche de la MiRe-DREES ...
- Les acteurs plus directement en prise avec les questions de prise en charge du handicap et de la dépendance : la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), la CNAV, le CTNERHI, les associations de personnes handicapées ...
- L'assurance maladie et les organismes complémentaires (FNMF, FFSA CTIP)

5 - Principaux thèmes abordés

Les thèmes suivants seront abordés :

- les déficiences et les incapacités (limitations fonctionnelles et restrictions d'activités)
- la santé, la santé mentale, la prévention, le recours aux soins, la consommation médicale, l'hospitalisation.
- les différentes formes d'aides reçues : aides techniques, humaines, prestations, aides à l'insertion professionnelle, aides à la scolarité....
- le besoin d'aide, sous toutes ses formes
- la situation familiale
- la scolarité
- l'emploi
- les revenus
- les loisirs, les vacances,
- la participation à la vie associative, etc.

Comme en 1999, on envisage de poser un certain nombre de questions à l'aidant principal de la personne enquêtée.

6 - Place dans le dispositif statistique existant sur le même sujet ; apport à la connaissance du domaine par rapport à d'autres sources

Dans le domaine du handicap :

Depuis l'**enquête HID**, plusieurs enquêtes en population générale ont abordé la question du handicap. C'est le cas de l'**enquête sur la santé et les soins médicaux 2002-2003** qui contient un module sur les déficiences et les incapacités. Ce module n'a pas été administré aux personnes non éligibles (les personnes de moins de 15 ans et les moins de 18 ans sans travail) ni aux personnes non aptes (personnes qui ne peuvent répondre soit en raison d'un handicap soit parce qu'elles ne parlent pas le français). L'**enquête complémentaire à l'enquête emploi de 2002** avait pour thème l'insertion professionnelle des personnes ayant un problème de santé. Cette enquête comporte quelques questions sur les maladies et les déficiences mais n'aborde pas du tout la question des incapacités. De plus seules environ 9 000 personnes ont répondu à ce module¹. Les effectifs de personnes handicapés sont donc plus modestes que dans HID².

¹ il s'agit des personnes ayant répondu positivement à une question filtre qui a été posée au tiers sortant soit 38 384 personnes.

² Par exemple 96 répondants à la complémentaire emploi occupent un emploi dans un établissement de travail protégé alors qu'ils sont 246 dans HID ménage et 1296 dans HID institutions

En dehors des enquêtes en population générale, certaines enquêtes portant sur des sous-populations spécifiques fournissent des informations sur certaines catégories de personnes handicapées. C'est le cas par exemple des **enquêtes du ministère de l'Education nationale**. L'enquête annuelle n°19 recense les effectifs et les caractéristiques des élèves dans les écoles maternelles et primaires sous tutelle du ministère, y compris les classes d'intégration spécialisées. L'enquête annuelle n°12 comptabilise les élèves handicapés bénéficiant d'une intégration individuelle ou collective dans les établissements du second degré sous tutelle du ministère.

De son côté, la Drees réalise plusieurs enquêtes administratives auprès des établissements sanitaires et sociaux. **Les enquêtes EHPA** (Etablissements d'hébergement pour personnes âgées) fournissent des informations sur les personnes âgées en institutions. Ces enquêtes (EHPA 2003, 2007) sont des enquêtes exhaustives, réalisées par voie postale auprès des gestionnaires d'établissements. Le questionnaire comprend un état de l'établissement, une présentation des principales caractéristiques du personnel, une description des résidents (sexe, âge, degré de dépendance, incapacités...) et une description des personnes sorties définitivement de ces établissements en 2003. Le volet sur la clientèle hébergée a été envoyé seulement à un échantillon d'établissements.

Par ailleurs, en 2000, la DREES a réalisé une enquête en face-à-face auprès d'un échantillon représentatif de résidents d'établissements pour personnes âgées. Cette enquête a comporté un volet auprès des gestionnaires d'établissements et un volet auprès des résidents (échantillon de 3 500 résidents permanents). Les entretiens ont été menés en face à face par des enquêteurs du réseau INSEE. La DREES réalisera en 2007 une nouvelle enquête de ce type, portant plus précisément sur les conditions d'entrée en établissement et les conditions d'accueil.

Les enquêtes ES (établissements sociaux) de la Drees sont des enquêtes administratives exhaustives réalisées par voie postale auprès des gestionnaires d'établissements médico-sociaux. L'enquête ES de 2001 fournit un état des établissements et des services médico-sociaux, une description des personnes suivies et des personnes sorties en 2001 (avec quelques questions sur les déficiences et les incapacités) et une description des principales caractéristiques du personnel. Cette enquête administrative sera renouvelée en 2006.

L'enquête SAPAD (services d'aide aux personnes à domicile) réalisée par la Drees en 2000 a comporté une interrogation par voie postale des structures gestionnaires des services d'aide à la personne ayant un agrément qualité³. Puis 3 000 ménages bénéficiaires de ces services d'aide ont été échantillonnés. Chaque ménage a reçu la visite d'un enquêteur qui devait déterminer quelle était la personne la plus concernée par l'aide puis interroger cette personne. Le questionnaire comprend une description des caractéristiques des personnes (scolarité, diplômes, emploi,...) , une description de l'état de santé (incapacités, situation administrative) et un questionnement sur les aides à domicile.

Du côté des sources administratives, il faut mentionner également **les déclarations annuelles obligatoires d'emploi des travailleurs handicapés (DOETH)** qui sont exploitées par la DARES. Elles fournissent le taux d'emploi des travailleurs handicapés⁴ par taille d'entreprise et par secteur. Mais les établissements de moins de vingt salariés ne sont pas soumis à la DOETH alors qu'elles représentent 36,6% de l'emploi salarié et 41,5% de l'emploi des personnes handicapées⁵. De plus près d'un septième des établissements de plus de vingt salariés échappe à l'obligation d'emploi de travailleurs handicapés en raison du nombre important d'emplois à conditions d'aptitudes particulières.

Les tableaux de bord annuels des Centres d'Aide par le Travail (rebaptisés Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT)) sont exploités par la DGAS. Ils fournissent une répartition des travailleurs handicapés travaillant en CAT par déficience, âge et sexe ainsi que de nombreuses informations sur les CAT (nombre de places, taux d'occupation, activités...).

³ cet agrément est nécessaire pour pouvoir intervenir auprès des populations dites « fragiles » c'est à dire les enfants de moins de trois ans, les personnes handicapées et les personnes âgées.

⁴ Au sens de la loi de 1987 : il s'agit donc des travailleurs handicapés reconnus par la Cotorep, victimes d'accidents du travail ou de maladie professionnelle ayant une incapacité partielle permanente, au moins égale à 10 % et titulaires d'une rente versée par un organisme de sécurité sociale, titulaires d'une pension d'invalidité d'un régime de sécurité sociale, anciens militaires titulaires d'une pension d'invalidité, veuves et orphelins de guerre, épouses d'invalides internés pour le service de guerre, sapeurs-pompiers volontaires blessés dans l'exercice de leurs fonctions.

⁵ Source : atlas national de l'AGEFIPH 2005 page 89

Les données des commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel (COTOREP) et des commissions départementales d'éducation spéciale (CDES) sont exploitées par la Drees. Il s'agit de données agrégées concernant l'activité (nombre de demandes reçues et nombre de décisions prises) de ces commissions par type de demande (AAH, ACTP, AES, reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, orientation vers les établissements spécialisés...). En ce qui concerne l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) depuis le 1 janvier 2002 la Drees recueille chaque trimestre auprès des conseils généraux un questionnaire qui fournit les éléments indispensables pour procéder au suivi du dispositif et évaluer les moyens mis en œuvre (montants versés aux bénéficiaires et personnels affectés).

Au total, la situation décrite dans le rapport du CNIS de 1997⁶ reste donc assez largement d'actualité. Les enquêtes abordant la question du handicap sont nombreuses. Les enquêtes auprès des gestionnaires d'établissements ou de services permettent de cadrer l'offre et son évolution, mais pas de connaître finement les populations bénéficiaires. Les enquêtes en face à face comportent certes un questionnaire plus riche mais elles ne couvrent souvent qu'une partie du champ des personnes handicapées et/ou des personnes âgées dépendantes.

En tout état de cause, les sources administratives disponibles dans le domaine du handicap ne sauraient se substituer à l'enquête. Les personnes n'ayant pas fait acte de candidature à l'attribution de l'aide concernée en sont par définition exclues. L'enquête seule permet d'évaluer combien de personnes sont, compte tenu de leurs incapacités, susceptibles de bénéficier de telle ou telle aide et combien d'entre elles n'en bénéficient pas.

Dans le domaine de la santé

Les indicateurs à évaluer en application de la loi de santé publique ne sont pour la plupart fournis par aucune source.

Les autres enquêtes sont :

- **L'enquête « consommation de soins »** (ESPS) aura pour objectif principal d'observer le recours au système de santé et la prise en charge par le système des différents états de santé. Elle mesurera également l'effet des politiques sociales et de santé sur les recours. Elle interrogera sur les consommations médicales –médecins, paramédicaux, pharmacie, ...-, les comportements de recours aux soins (en particulier le renoncement) ainsi que l'observation spécifique de la prise en charge de certaines pathologies.

Une fréquence plus rapprochée, au moins tous les deux ans, est nécessaire pour mesurer des évolutions qui sont plus rapides, ainsi que pour adapter le questionnement à des évolutions récentes de la protection sociale.

- **L'enquête « comportements de santé »** (baromètre INPES) aura pour objectif l'observation des comportements, des attitudes et des opinions ainsi que de leurs évolutions. Elle s'intéresse particulièrement à l'usage de produits délétères pour la santé –alcool, tabac, drogues, ...-, à l'hygiène de vie –activité physique, nutrition, ...-, aux attitudes et comportements de préventions –dépistages ...- et aux attitudes et comportements face aux risques.

L'observation doit être assez fréquente pour répondre à l'objectif d'observation de l'évolution des comportements individuels en lien avec les mesures des politiques de santé destinées à influencer sur ces comportements.

7. Bases de sondage, méthode de collecte

L'enquête aura lieu en institutions et en ménages ordinaires.

Pour l'enquête en institutions, on tire des établissements dans le Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux du ministère de la Santé (FINESS). La seconde phase du tirage est effectuée sur le terrain par chaque enquêteur. Elle consiste à tirer au sort des pensionnaires dans chaque établissement. On prévoit d'interroger en face à face en CAPI environ 10 000 personnes en institutions.

Pour l'enquête en ménages ordinaires il s'agit d'une enquête menée auprès d'une population relativement « rare » : 7,8% des personnes interrogées en 1999 lors de la pré-enquête de HID (enquête vie quotidienne et santé ou VQS) étaient classées dans les deux groupes de plus fort

⁶ Borrel C. - « Handicap et dépendance : l'amélioration nécessaire du système statistique », *Rapport du Conseil National de l'Information Statistique* n° 35, juillet 1997

handicap. Il faut donc trouver un moyen de sur représenter les personnes ayant un handicap. Comme en 1999 et conformément aux recommandations de l'Onu stat⁷, on réalisera une enquête en deux temps, avec post stratification. Un questionnaire d'une vingtaine de questions sera d'abord administré à un échantillon représentatif de l'ensemble de la population des ménages ordinaires. On classera les répondants à cette pré enquête selon leur âge et la sévérité de leur handicap puis on tirera des individus à probabilités inégales dans chacune des strates ainsi constituées. In fine, on prévoit d'interroger en face à face en CAPI environ 25 000 personnes en ménages ordinaires.

Pour la pré enquête, la base de sondage sera constituée d'une ou de plusieurs collectes du recensement rénové. On prévoit d'interroger environ 90 000 ménages. Afin de limiter les coûts et la charge pour le réseau d'enquêteurs INSEE on effectue la collecte par voie postale, puis par téléphone (pour les non répondants à l'enquête postale dont on retrouve le numéro de téléphone) ou en face à face (pour les non répondants à l'enquête postale dont on ne retrouve pas le numéro de téléphone).

8. Unités enquêtées, champ de l'enquête

L'enquête couvre les personnes de **tous âges** qu'elles vivent **en ménages ordinaires** ou **en institutions**. A titre d'exemple, d'après les données HID, 43,7 % des personnes utilisant un fauteuil roulant manuel vivent en institutions.

9. Période de collecte et service réalisant la collecte

La collecte de la pré enquête est programmée pour le deuxième semestre 2007. L'enquête Handicap-santé en institutions et en ménages ordinaires est programmée pour le premier semestre 2008. Le calendrier de l'opération étant très tendu, on garde l'option de repousser d'un an la collecte de l'enquête en institutions.

10. Impact sur l'unité enquêtée et notamment temps de réponse maximum au questionnaire

On vise une durée maximale de questionnaire d'une heure.

11. Groupe de conception

Un groupe de conception piloté par la Drees et l'Insee et réunissant des personnes de la CNSA, de la CNAV, de l'Inserm, du CTNERHI, de l'INED, de l'IRDES, l'InVS de la CNAV, ainsi que de différents laboratoires universitaires a été constitué. Il se réunira au moins une fois tous les 2 mois. Le projet d'enquête sera également présenté aux acteurs du secteur associatif dans le cadre du CNCPH.

12. Extensions prévues

Pas d'extensions prévues.

13. Diffusion des résultats

Les premiers résultats de l'enquête seront disponibles au 1^{er} semestre 2009. Ils feront l'objet de publications dans des revues scientifiques ainsi que dans des publications touchant un plus large public. Ils seront également présentés lors de séminaires ou de colloques.

Il n'est pas prévu de retour d'information aux personnes enquêtées.

⁷ United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, Statistics Division : « Manual for the Development of Statistical Information for Disability Programmes and Policies », Statistics on Special Population Groups, Series Y, n° 8, New York, 1996

Fiche de présentation d'une demande d'accès à des données au titre de l'article 7 bis de la loi n°51-711 du 7 juin 1951 modifiée

Données détenues par Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes

1. Service statistique demandeur

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la santé et de la protection sociale et du Ministère de l'Emploi du travail et de la cohésion sociale.

2. Organisme détenteur des données demandées

Conseil National de l'Ordre des Chirurgiens-dentistes

3. Nature des données demandées

Sous réserve de faisabilité technique, les micro-données souhaitées pour chaque chirurgien-dentiste inscrit au tableau de l'Ordre correspondraient aux rubriques suivantes :

- Identifiants anonymisés des chirurgiens-dentistes (l'identifiant, non signifiant, aura pour seul objet de permettre le suivi en panel des chirurgiens-dentistes entre les bases d'années successives)
- Caractéristiques socio-démographiques du chirurgien-dentiste
- Données détaillées sur les diplômes, autorisations d'exercice et qualifications
- Situation professionnelle (générale) et activités de soins exercées
- Description fine des différentes activités exercées ou ayant été exercées

Une liste prévisionnelle plus détaillée des données est fournie en annexe.

4. Objectifs généraux des traitements prévus avec les données demandées

Les données de l'Ordre permettront au bureau des professions de santé de la DREES :

- d'étudier plus finement la répartition des chirurgiens-dentistes, de comparer les données avec celles d'autres sources – comme ADELI – et d'en expliquer les éventuels écarts, et grâce à une meilleure compréhension des différents flux ayant alimenté les stocks de chirurgiens-dentistes dans le passé, d'être mieux à même de formuler des hypothèses d'évolution sur le nombre de chirurgiens-dentistes pour le futur ;
- d'étudier plus généralement les comportements des chirurgiens-dentistes : carrières (orientation vers l'omnipraticque ou vers la spécialité ODF, âges d'installation, de cessation d'activité...), choix géographiques, modes d'exercices (libéral, salarié, associations...)...
- d'étudier la faisabilité d'un modèle de projection démographique des dentistes et le cas échéant, d'en préciser les hypothèses.

5. Nature des travaux statistiques prévus

Analyses des flux et stocks de professionnels, analyses statistiques sur les comportements des professionnels, analyses géographiques...

Disposer des micro-données permettra à la DREES de rapprocher les différentes sources sur la profession, dans un souci d'harmonisation des résultats sur la démographie des dentistes, et d'en expliquer les éventuels écarts. Dans un deuxième temps, si les données le permettent, elles seront mobilisées pour étudier des comportements de cessation d'activité et d'installation des professionnels et construire un modèle de projection démographique des chirurgiens-dentistes.

6. Place dans le dispositif statistique existant sur le même sujet

Le bureau des professions de santé utilise par ailleurs une base statistique tirée du répertoire ADELI des professions de santé de la DREES. Disposer des données du CNOCD lui permettra de les comparer à celles dont il dispose dans la base ADELI, afin notamment de mieux asseoir les hypothèses sur lesquelles sont basées les études qu'il effectue, mais aussi de disposer d'une information plus riche sur certains. Les comparaisons entre les deux sources dont il est question ici

sont des comparaisons de tableaux statistiques agrégés, et non des comparaisons nominatives par chirurgien-dentiste.

La présente demande de données deviendra caduque le jour où les besoins statistiques de la DREES, objet de cette demande, pourront être satisfaits par le Répertoire Partagé des Professions de Santé (actuellement en projet).

7. Périodicité de la transmission

La transmission du CNOCD à la DREES s'effectuerait une fois par an, sous la forme d'un extrait au 1er janvier du tableau servant au CNOCD pour l'établissement de ses statistiques. La première transmission porterait également sur les années antérieures disponibles.

8. Diffusion des résultats

Les analyses statistiques et études réalisées à partir de ces données seront largement diffusées par la DREES (publications...) et pourront également alimenter les travaux de l'Observatoire de la Démographie des Professions de Santé.

Annexe : liste prévisionnelle détaillée des données souhaitées

Sous réserve de faisabilité technique, les informations souhaitées sont les suivantes :

- Identifiants anonymisés des chirurgiens-dentistes ;
- Caractéristiques socio-démographiques du chirurgien-dentiste : date de naissance, sexe, nationalité et date d'obtention (la nationalité permet notamment de repérer les flux de chirurgiens-dentistes étrangers), date éventuelle de décès
- Diplôme permettant l'exercice : spécialité ou non, mode d'obtention de la spécialité (CECSMO / commission de qualification), date et lieu,
- Eventuelles autorisations d'exercice : type, date et lieu d'obtention ;
- Situation professionnelle : activité régulière, intermittente, aucune activité professionnelle ;
- Caractéristiques de l'ensemble des activités exercées ou ayant été exercées par ces chirurgiens-dentistes : code d'activité détaillée (avec indication temps plein, temps partiel, structure juridique, statut...), canton d'exercice, date de début, date de fin., motif de cessation d'activité.

Fiche de présentation d'une demande d'accès à des données au titre de l'article 7 bis de la loi n°51-711 du 7 juin 1951 modifiée

Données détenues par la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF)

1 - Service demandeur

Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement et du Ministère de la santé et des solidarités

2 - Organisme détenteur des données demandées

Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France (CARMF)

3 - Nature des données demandées

Sous réserve de validation technique, les micro données souhaitées pour chaque médecin cotisant au cours de l'année courante ou radié depuis moins de trois ans correspondraient aux rubriques suivantes :

- Identifiants anonymisés des médecins permettant leur suivi en panel d'une année sur l'autre,
- Caractéristiques personnelles du médecin (âge, sexe, nationalité, année de thèse,...),
- Données détaillées sur les composantes du revenu et sur les honoraires,
- Caractéristiques de l'exercice (secteur conventionnel, spécialité, exercice mixte, SEL, MICA, ...),
- Eléments d'historique sur la carrière (date de début, nombre de trimestres cotisés, chronique des revenus, motifs et date de cessation,...).

Pour les médecins actuellement retraités, un extrait de ces éléments (enrichi d'information sur les retraites) sera également demandé dans un deuxième temps.

4 - Objectifs généraux des traitements prévus avec les données demandées

Les données de la CARMF permettront au bureau des professions de santé de la DREES :

- d'analyser les écarts entre les estimations de revenus publiées par la CARMF et par la DREES,
- d'étudier plus précisément les revenus individuels des médecins, leurs composantes, leurs déterminants et leur évolution tout au long de la carrière (y compris lors du passage à la retraite,
- de calculer les revenus complets des médecins, à terme, dans l'hypothèse où la CARMF aurait la possibilité de saisir tous les revenus figurant sur les avis d'imposition qui lui sont adressés,
- d'étudier les comportements des médecins : carrières (âges d'installation, de cessation d'activité, ...), choix géographiques, modes d'exercices (libéral, mixte, groupe...),
- de valider ou préciser les hypothèses de projections de démographie médicale de la DREES.

5 - Nature des travaux statistiques prévus

Travaux méthodologiques et études sur les thèmes ci-dessus.

Les comparaisons entre les sources envisagées sont des comparaisons statistiques, et non des comparaisons médecin par médecin (les données demandées étant souhaitées anonymes et non indirectement nominatives).

6 - Place dans le dispositif statistique existant sur le même sujet

En matière de revenus libéraux des médecins, le bureau des professions de santé exploite déjà les données fiscales provenant des déclarations fiscales BNC 2035. Mais il s'agit de données « d'entreprise », ne permettant pas d'étude par âge ou sexe par exemple. Le Système national interrégimes (SNIR) qui est géré par la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ne contient lui que des honoraires et non des revenus. Et les sources généralistes (enquête revenus fiscaux...) ont l'inconvénient de ne pas permettre de distinguer les médecins selon leur spécialité.

En ce qui concerne les aspects démographiques, le bureau des professions de santé utilise une base statistique tirée du répertoire ADELI des professions de santé de la DREES. Disposer par ailleurs des

données de la CARMF lui permettra de les comparer à celles dont il dispose dans la base ADELI, afin notamment de mieux asseoir les hypothèses sur lesquelles sont basées les études effectuées.

7 - Périodicité de la transmission

La transmission de la CARMF à la DREES s'effectuerait une fois par an, sous la forme d'un extrait au 1^{er} juillet des informations servant à la CARMF à l'appel des cotisations sociales. Les informations socio-démographiques sont arrêtées au 1^{er} juillet n+1 alors que celles relatives au dernier revenu concernent l'année n-1.

8 - Diffusion des résultats

Les analyses statistiques et études réalisées à partir de ces données seront largement diffusées par la DREES (publication...) et pourront alimenter les travaux de l'observatoire de la Démographie des Professions de Santé.