

Formation  
SANTÉ, PROTECTION SOCIALE

---

Réunion du 4 novembre 2005

COMPTE RENDU DE LA RÉUNION.....	2
LISTE DES DOCUMENTS PRÉPARATOIRES OU DISTRIBUÉS EN RÉUNION .....	19
AVIS D'OPPORTUNITÉ.....	20
TABLES DES SIGLES .....	29

---

COMpte Rendu de la Réunion de la  
Formation Santé, Protection Sociale  
- 4 novembre 2005 -

---

Président : Jean de Kervasdoué, professeur au Conservatoire national des arts et métiers

Rapporteur : Philippe Cuneo, ministère de la Santé, et de la Protection sociale, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

### *RAPPEL DE L'ORDRE DU JOUR*

I. Introduction .....	3
II. Examen d'enquêtes pour avis d'opportunité .....	4
o Enquête auprès des femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse	4
o Enquête complémentaire à l'échantillon inter régimes de cotisants .....	6
o Enquête sur les modes d'accueil et de garde des jeunes enfants .....	7
o Enquête sur les demandeurs de l'allocation adulte handicapé .....	9
o Enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé.....	10
III. Demande d'accès à des données au titre de l'article 7bis de la loi de 1951 .....	12
o Données individuelles sur les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie détenues par les conseils généraux.....	12
IV. Les indicateurs de la loi de santé publique .....	14
o Présentation	
o Débat	

### *LISTE DES PARTICIPANTS*

Cédric	AFSA ESSAFI	INSEE DESE MK2
Abdallah	BOURHANE	PRÉFECTURE PARIS - DIRECTION DE L'ACTION ÉCONOMIQUE
Isabelle	BRIDEME	CNAVTS
Nicolas	BROUARD	INED

Chantal	CASES	DREES
Marie-Hélène	CHALEIX	DREES
Marie-Christine	CHAMBET-ROSSET	CNIS
Chantal	CUISINET	DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTE
Philippe	CUNEO	DREES
Mireille	DADOY	
Jean	de KERVASDOUÉ	CNAM
Gilles	de la GORCE	DGAS
Paul	DOURGNON	IRDES
Laia	FERRER	INED
Alain	FONTAINE	DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTE
Romain	GUERRY	UNIOPSS
Jean-Baptiste	HERBET	DREES
Evelyne	HOUDOIN	DREES
Christine	JACQUEMOIRE	DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTE
François	JEGER	DREES
Matthieu	LAINE	FEHAP
Cécile	LEFEVRE	INED
Christian	LUBINEAU	MIN TRANSPORTS, ÉQUIPEMENT, TOURISME, MER
Christine	MEYER	MUTUALITE FRANCAISE
Hélène	MICHAUDON	DREES
Véronique	MOYNE	CCMSA
Alain	PELC	CNSA
Anne	PINTEAUX	INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE
Dominique	POLTON	CNAMTS
Jean-Pierre	PUIG	CNIS
Carla	SAGLIETTI	CNIS
Marie-Ange	SCHILTZ	CAMS
François	TUFFREAU	FNORS
Pierre	VOLOVITCH	IRES
Martine	WCISLO	DREES

*Absents excusés :*

Jacques BICHOT  
Laurent CHAMBAUD  
Laurent MORNET

Professeur  
Société française de santé publique  
Institut Atlantique d'aménagement des territoires

---

*La séance est ouverte à 9 heures 30.*

## **I. Introduction**

### **Jean de KERVASDOUÉ, Président de la formation**

Je vous remercie d'avoir accepté de prendre part à cette réunion qui sera largement consacrée à l'examen de projets d'enquête de la Drees. Nous aurons ensuite une présentation des indicateurs de la loi de santé publique.

## **II. Examen d'enquêtes pour avis d'opportunité**

### **1. Enquête auprès des femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse**

#### **Chantal CASES, Drees**

Cette enquête doit contribuer à une meilleure connaissance du recours des femmes à une IVG, du contenu de ces recours, de leurs déterminants ainsi que des parcours de soins et de la perception qu'en ont les femmes concernées.

Cette enquête se situe dans le contexte de la mise en œuvre de la nouvelle loi sur l'IVG et de ses décrets d'application, en particulier les décrets permettant la prise en charge d'IVG médicamenteuses en médecine de ville. Elle vise à obtenir des éléments d'évaluation de la loi et de ses textes d'application. Elle permettra également de compléter l'information nécessaire aux indicateurs de la loi de santé publique.

L'enquête auprès des femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse résulte d'une demande conjointe des ministères. Plusieurs Drees, principalement dans les territoires où l'on constate des variations du recours à l'IVG par rapport à la moyenne nationale, ont exprimé le souhait de procéder à des extensions régionales de cette enquête.

De nombreuses données sur l'IVG sont déjà disponibles. Un système d'information permet d'en effectuer un suivi régulier : il repose sur l'exploitation des Bulletins IVG et sur les données fournies par la Statistique Annuelle des établissements et le PMSI. Il permet donc de donner de grandes informations de cadrage sur l'IVG et de réaliser un certain nombre d'études. Divers travaux de recherche permettent également d'éclairer des questions spécifiques relatives à l'IVG. Cette enquête a, pour sa part, vocation à apporter des informations structurelles concernant les femmes ayant recours à l'IVG en France.

Cette enquête sera menée auprès d'un échantillon de 140 établissements pratiquant des IVG. Elle portera sur toutes les IVG réalisées pendant une période donnée. Cette période pourrait être d'un mois pour les femmes majeures. Elle sera un peu plus longue pour les femmes mineures afin de collecter suffisamment d'informations sur cette population moins nombreuse que celle des femmes majeures. De plus, des questions spécifiques se posent également concernant l'accès à l'IVG des mineures, en particulier pour les mineures sans consentement parental.

Cette enquête comportera quatre questionnaires :

- 0 un questionnaire sur les structures (organisation, activités, moyens) ;
- 1 un questionnaire médical complémentaire au bulletin d'IVG, renseigné par le médecin pour chaque intervention effectuée pendant la période de collecte ;
- 2 un auto-questionnaire, rempli par la femme dans l'établissement, avec des éléments sur les trajectoires et des éléments pour comprendre le recours à l'IVG ; il pourrait comprendre des questions spécifiques dans le cas des mineures ;
- 3 un questionnaire téléphonique, réalisé à distance de l'intervention (environ un mois après l'IVG), qui abordera notamment la question du ressenti de l'intervention et de ses suites.

Cette enquête devrait être réalisée en 2006 avec l'aide d'un prestataire pour l'enquête téléphonique. Les durées des questionnaires sont estimées à un maximum de 5 minutes pour le questionnaire médical, à une quinzaine de minutes pour l'auto-questionnaire et à une vingtaine de minutes pour le questionnaire téléphonique.

Un travail préparatoire est mené avec des chercheurs de l'Ined et de l'Inserm travaillant sur ce domaine. Ils ont été à l'origine de certaines innovations de l'enquête, notamment l'introduction de l'auto-questionnaire.

Un groupe de travail a été constitué. Il regroupe des chargés d'étude de la Drees, des représentants des directions concernées du ministère, deux gynécologues, une infirmière, un représentant de

l'INPES, un représentant de « Fil Santé Jeunes » et un représentant des Drass souhaitant réaliser les extensions régionales.

Si un avis favorable d'opportunité est rendu, un comité de pilotage plus large sera constitué : il inclura notamment des représentants des fédérations hospitalières, des professionnels, des usagers et des associations concernées.

La collecte aura lieu en 2006, vraisemblablement au cours du 2<sup>ème</sup> semestre. Les résultats seront probablement disponibles fin 2006 ou début 2007.

**François TUFFREAU, FNORS**

Quelles sont les régions candidates à une extension régionale ?

**Chantal CASES, Drees**

La région représentant les Drass candidates à une extension régionale au sein du groupe de travail est la région PACA. A ma connaissance, La Réunion et la Guadeloupe se sont également manifestées.

**Jean-Baptiste HERBET, Drees**

En métropole, aucune région ne s'est manifestée de manière forte hormis la région PACA qui a souhaité participer au groupe de travail. D'autres régions ont manifesté leur intérêt pour l'opération mais attendent d'avoir des informations complémentaires sur les coûts et l'organisation avant de prendre une décision.

**Jean-Pierre PUIG, Secrétaire général du CNIS**

Au moment de l'auto-questionnaire, les femmes seront-elles informées qu'un questionnaire téléphonique leur sera également proposé ?

**Chantal CASES, Drees**

Nous informerons les structures médicales de la conduite de cette enquête et nous demanderons leur autorisation aux femmes. Nous définirons également une procédure de recueil des auto-questionnaires de manière à garantir l'anonymat des répondants. Nous informerons les femmes qu'une enquête téléphonique sera menée. Elles devront donner leur autorisation par écrit ainsi que leur numéro de téléphone et les plages horaires sur lesquelles nous pourrions les contacter.

**Mireille DADOY, CNRS**

Dans l'auto-questionnaire, demanderez-vous aux femmes si elles ont déjà des enfants et si elles ont déjà eu recours à l'IVG ?

Comment avez-vous choisi la période à laquelle ces données seront collectées sachant que le nombre d'IVG varie de manière saisonnière ?

Comment assurerez-vous la représentativité de l'enquête téléphonique sachant que certaines femmes pourront refuser d'y répondre ? Comment tiendrez-vous compte des non-réponses ?

**Chantal CASES, Drees**

Le nombre d'enfants, mais aussi de grossesses et d'IVG antérieurs sera demandé dans le cadre du questionnaire médical.

Nous avons débattu de la période de collecte des données au moment de la préparation de ce travail. Nous avons envisagé de réaliser cette enquête en plusieurs vagues, en choisissant diverses périodes de l'année. Nous avons toutefois renoncé à cette procédure car cette organisation serait trop lourde. Nous avons donc décidé d'éviter les périodes de congés considérant que les trajectoires pourraient être moins représentatives de celles de l'ensemble de l'année. En effet, nous savons que le recours à l'IVG se fait souvent avec plus de difficultés pendant ces périodes.

L'enchaînement des quatre questionnaires doit nous permettre de redresser les non-réponses ou les refus. Dans le cadre de cette enquête, sauf problème de compréhension ou de disponibilité du médecin, toutes les IVG feront l'objet d'un questionnaire médical, avec quelques éléments de cadrage socio démographiques très brefs sur les femmes concernées. Cela nous permettra d'avoir quelques informations sur les femmes qui ne rempliraient pas l'auto-questionnaire. L'auto-questionnaire lui-même comportera également des éléments qui permettront de connaître les femmes qui auront refusé ou n'auront pas répondu à l'enquête téléphonique. Tout ceci doit nous permettre, après analyse, de redresser les non réponses ou les refus.

**Jean de KERVASDOUÉ, Président de la formation**

Avez-vous des observations ?

*La formation Santé, protection sociale émet un avis d'opportunité favorable à ce projet d'enquête.*

## **2. Enquête complémentaire à l'échantillon inter régimes de cotisants**

**François JEGER, Drees**

Cette enquête s'inscrit dans le prolongement de l'opération statistique administrative intitulée Echantillon Inter régimes de Cotisants (EIC). Elle s'inscrit également dans les problématiques liées aux réformes des retraites, notamment celles de 1993 et de 2003.

Cette enquête a pour objectif de recueillir auprès des personnes échantillonnées dans l'EIC des informations non disponibles dans les sources administratives. Elle a également pour objectif de recueillir des informations relatives à des questions plus personnelles (choix du départ à la retraite, rapport au travail, projets pour la retraite, etc.).

L'EIC est un échantillon qui regroupe des données administratives sur 30 régimes de retraite. Sa dernière version portait sur l'année 2003 : la prochaine édition aura lieu en 2007. Cette information permet de reconstituer des droits acquis en termes de trimestres cotisés dans tous les régimes, notion essentielle dans le cadre des nouvelles lois sur la retraite aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public. Ces données administratives présentent cependant des lacunes pour le calcul des droits à retraite. Par exemple, elles ne permettent pas de savoir si les personnes de l'échantillon ont effectué leur service militaire, ni de connaître le nombre de leurs enfants. Or ces éléments sont de nature à donner des majorations de durée. Les informations recueillies au cours de cette enquête complémentaire permettront d'enrichir les informations administratives recueillies dans l'EIC pour mieux connaître les droits des personnes et leurs intentions de départ en retraite.

En 2005, la Cnav, l'ADT et la Drees ont conduit une enquête auprès de 1 500 personnes (1 000 du secteur privé et 500 du secteur public). La base de sondage n'était pas liée à l'EIC. Elle n'a pas permis de cibler précisément les personnes disposant de marges de manœuvre relativement à leur départ en retraite. L'échantillon inter régimes de cotisants permettra, en revanche, de déterminer le nombre de personnes ayant 37 années de cotisations à 60 ans, qui ont donc une marge de manœuvre de 3 à 5 ans dans le choix de la date de départ, avec décote ou surcote.

Cette enquête permettra aussi de collecter des informations sur les intentions de départ en retraite et sur les facteurs, familiaux ou professionnels, qui peuvent influencer ce choix.

Ultérieurement, cette information pourra être utilisée dans un modèle de micro-simulation que la Drees va mettre en place et qui contribuera aux projections des dépenses de retraite, en collaboration avec l'Insee qui travaille sur des sources différentes.

L'enquête aura lieu courant 2007. Elle portera sur un sous-échantillon de 4 000 personnes de l'EIC qui seront interrogées à leur domicile, par interview en face à face et d'environ une heure. Les premiers résultats de l'enquête pourraient être disponibles fin 2007.

La phase de préparation de cette enquête est relativement longue compte tenu de la nécessité de retrouver les adresses des personnes, étape qui nécessite un accord de la CNIL. Cette phase de préparation aura lieu en 2006. Il est prévu de renouveler cette opération tous les quatre ans, à chaque échantillon inter régimes de cotisants.

**Alain PELC, CNSA**

Comment retrouverez-vous les personnes concernées par les carrières courtes ? Je pense notamment aux femmes salariées agricoles qui ont cessé leur activité après quelques années et n'ont plus eu d'activité. Ce ne sont donc pas des poly-cotisants.

**Jean de KERVASDOUÉ**

Votre question est intéressante mais je doute qu'elle soit importante dans la mesure où ces personnes ont acquis peu de droits de retraite. Il y aura peu de conséquences sur les projections à faire en matière de dépenses Retraite.

**Alain PELC, CNSA**

Certes, ces informations peuvent apparaître comme peu importantes eu égard à la masse des retraites. En revanche, elles peuvent avoir leur importance pour des régimes particuliers, par exemple le régime agricole.

**Jean de KERVASDOUÉ**

Nous sommes d'accord.

**François JEGER, Drees**

Ces personnes ne sont pas concernées par l'interrogation principale de cette enquête, qui porte sur les choix de départ à la retraite.

**Cédric AFSA, Insee**

Il faut aussi distinguer la cessation d'activité et la date de liquidation des droits. Il y a une double problématique.

**François TUFFREAU, FNORS**

Quelle est la taille de l'échantillon inter régime des cotisants ? A quoi sert-il en routine ?

**François JEGER, Drees**

L'EIC compte 200 000 personnes nées entre le 1<sup>er</sup> et le 10 octobre des années multiples de quatre. En routine, il permettra de décrire l'ensemble des futurs retraités par rapport au nombre de trimestres validés. Cette description permettra, avec certaines hypothèses, d'anticiper le nombre de trimestres qui seront validés à l'âge de 60 ans. Cet exercice ne peut être réalisé qu'en regroupant l'information en provenance de plusieurs régimes de retraite, et c'est ce que permet l'EIC.

**Jean de KERVASDOUÉ**

Avez-vous des observations ?

*La formation Santé, protection sociale rend un avis d'opportunité favorable à ce projet.*

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

**Hélène MICHAUDON, Drees**

Cette enquête est une réédition d'une enquête menée en 2002. Elle a pour objectif de dresser un panorama des modes d'accueil et de garde auxquels ont recours les parents d'enfants de moins de 7 ans.

Cette enquête sera réalisée au printemps 2007. Elle s'inscrit dans le cadre du schéma général d'évaluation des mesures annoncées lors de la Conférence de la famille de 2003, au premier rang desquelles figure la Paje (Prestation d'Accueil au Jeune Enfant). Cette prestation est composée d'une allocation de base, d'un complément de libre choix d'activité dans l'hypothèse où l'un des parents cesserait complètement ou partiellement son activité professionnelle et d'un complément de libre choix du mode de garde en cas de recours à une assistante maternelle ou à une garde à domicile.

Toutes les familles concernées auront basculé dans ce nouveau dispositif début 2007, raison pour laquelle nous souhaitons mener cette enquête au printemps 2007.

L'objectif de l'enquête sera d'apprécier les changements induits par la Paje en matière d'aide à la garde et en matière de conciliation entre la vie familiale et la vie professionnelle.

Pour atteindre l'ensemble de ces objectifs, l'enquête 2007 interrogera, comme en 2002, sur l'activité professionnelle de chacun des deux parents et sur la combinaison des différents modes de garde, formels ou informels, pour chaque enfant de moins de 7 ans du ménage, selon différentes temporalités. De nouvelles questions seront introduites pour évaluer les modifications induites par la mise en place de la Paje. Nous affinerons notamment l'analyse de la question du libre choix du mode de garde et nous introduirons des éléments qui permettront de prendre en compte la dimension de l'offre en matière de mode de garde (par exemple, des indicateurs comme la proximité des services, les contraintes financières).

Le questionnaire comprendra un module détaillant la situation du répondant et de son conjoint par rapport à l'emploi, avec une description fine des horaires de travail et de l'organisation. Un calendrier de la prise en charge de chaque enfant de moins de 7 ans sur une semaine type permettra d'étudier la combinaison des différents modes d'accueil et de garde dans le cadre d'une situation de pluri-recours. Le questionnaire portera aussi sur les coûts des modes d'accueil, sur les raisons de recours aux modes de garde choisis et sur les difficultés d'accès aux modes de garde.

Cette approche est originale par rapport aux données existantes, essentiellement administratives, qui ne permettent pas de connaître l'ensemble des modes de garde pour un même enfant.

L'échantillon sera de 5 000 familles ayant au moins un enfant de moins de 7 ans. Nous interrogerons en face à face l'un des parents pour une durée maximale de 60 minutes. La constitution de l'échantillon et la collecte seront effectuées par l'Insee. Pour le pilotage de l'enquête et l'exploitation des résultats de l'enquête, nous avons prévu une organisation identique à celle mise en œuvre pour l'opération menée en 2002, avec un groupe de pilotage composé des principaux utilisateurs des résultats (direction de la Sécurité Sociale, DGAS, CNAF, CERC, Insee et la Dares). L'exploitation donnera lieu à des publications de la Drees et des autres membres du groupe d'exploitation.

**Cédric AFSA, Insee**

Envisagez-vous d'apparier le fichier de l'enquête avec des fichiers qui renseigneraient sur l'offre de garde ?

**Hélène MICHAUDON, Drees**

Nous souhaitons le faire, mais c'est difficile. En effet, l'unité géographique pertinente est le niveau communal voire infra communal, alors que les fichiers sont au mieux au niveau départemental. Nous devons arbitrer entre l'intérêt de recueillir ces indicateurs par voie de questionnement et la longueur du questionnaire.

**Cédric AFSA, Insee**

Si les parents ont deux enfants de moins de 7 ans dont les modes de garde sont différents, retiendrez-vous les deux enfants ?

**Hélène MICHAUDON, Drees**

Nous interrogerons les parents pour tous les enfants de moins de 7 ans.

**Jean de KERVASDOUÉ**

Avez-vous des observations ?

*La formation Santé, Protection sociale émet un avis d'opportunité favorable à ce projet.*

#### **4. Enquête sur les demandeurs de l'allocation adulte handicapé**

##### **François JEGER, Drees**

Cette enquête vise à mieux connaître la population qui perçoit l'allocation adultes handicapés (AAH) et à essayer de comprendre les motifs d'un refus ou d'un accord de l'attribution de cette allocation.

Les informations relatives à l'AAH sont aujourd'hui relativement peu nombreuses hormis celles relatives à l'âge et au sexe de l'allocataire. Aucun dispositif administratif ne renseigne sur les déficiences des personnes.

Nous devons aujourd'hui réactualiser la connaissance sur ce thème : la dernière enquête date de 1998 et le nombre de bénéficiaires de cette allocation est en assez forte progression.

Cette enquête permettra de déterminer la répartition des allocataires suivant le type de leur handicap (mental ou physique) et de mieux connaître le handicap à l'origine de la demande d'allocation. Elle fournira également des informations socio-démographiques sur l'environnement familial. Elle permettra de connaître la part des actifs et de vérifier les éléments de statistiques administratives disponibles. Elle permettra de connaître la manière dont est accordée cette allocation et les causes de refus dans le but de comprendre les disparités importantes constatées entre départements.

Il est prévu d'interroger de l'ordre de 4 000 à 6 000 personnes de moins de 60 ans. Des données administratives seront recueillies dans les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) qui seront créées à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006. Conjointement, les demandeurs seront interrogés à leur domicile sur les questions relatives à leur situation familiale et professionnelle.

Il est envisagé de mener cette enquête dans dix à vingt départements assurant une représentativité nationale tout en sélectionnant des groupes de départements dans lesquels les bénéficiaires de l'AAH sont nombreux et d'autres dans lesquels ils sont peu nombreux pour essayer de répondre aux questions sur les disparités entre départements.

Cette enquête aurait lieu au 3<sup>ème</sup> trimestre 2006 pour des premiers résultats fin 2006 compte tenu du souhait du ministère de vouloir obtenir ces informations rapidement.

##### **Jean de KERVASDOUÉ**

Il faudrait analyser les variations de l'offre dans la prise en charge des handicapés, car il existe des variations départementales considérables.

##### **François JEGER, Drees**

Les différences constatées au niveau de l'offre (CAT, etc.) n'expliquent pas à elles seules les disparités locales.

##### **François TUFFREAU, FNORS**

Concernant l'APA, il n'existe pas de lien entre l'offre et le nombre de bénéficiaires.

Sur la période de collecte de l'enquête, je rappelle que le décret relatif à la création des maisons départementales des personnes handicapées n'a pas encore été publié. Nous sommes donc dans une période intermédiaire. Je m'étonne que le calendrier de réalisation de cette enquête soit lié à la mise en place des MDPH.

##### **François JEGER, Drees**

Nous sommes conscients de ce problème. Nous veillerons à sélectionner des départements où la transition sera stabilisée. Cependant, je conviens du fait qu'il aurait été certainement préférable de mener cette enquête un an plus tard. Toutefois, la demande a été forte pour que celle-ci soit menée dès 2006.

##### **Philippe CUNEO, Drees**

Nous considérons que le calendrier de mise en place des maisons départementales rend tenable le protocole envisagé et permettra de collecter efficacement les informations utiles à cette enquête.

## **Alain PELC, CNSA**

La Drees a proposé une date moyenne de réalisation de cette enquête. Elle ne pouvait pas être conduite plus tôt car les CDES et les Cotorep sont en situation de transition. Cependant, il existe un véritable besoin de connaissance de ces populations : on ne pouvait donc pas en retarder davantage la réalisation.

Cette enquête concerne une population de demandeurs et non une population d'attributaires. Aujourd'hui il y a un vrai biais de connaissance entre les deux populations car il y a deux filtres, à savoir la commission elle-même et les ressources, et on a très peu de connaissance sur ces deux filtres.

## **Jean de KERVASDOUÉ**

Avez-vous des observations sur cette enquête importante ?

*La formation Santé, Protection sociale émet un avis d'opportunité favorable à ce projet.*

## **5. Enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé**

### **Chantal CASES, Drees**

Ce projet d'enquête a déjà été présenté à la formation qui avait accordé en mai 2000 un avis d'opportunité favorable. Le comité du label qui a examiné le nouveau protocole que nous souhaitons mettre en œuvre a accordé son label sous réserve que l'avis d'opportunité soit confirmé, en considérant qu'il était périmé.

Nous proposons de mener une enquête unifiée pour l'ensemble des opérateurs. Lors de la collecte de l'enquête précédente, nous avons fait le constat que l'enquête était relativement lourde à conduire. Nous avons donc identifié les informations importantes, collectables efficacement dans le cadre de ce questionnaire, et nous l'avons ainsi réduit de 32 pages à 6 pages.

Les thèmes abordés visent à décrire le plus clairement possible les contrats proposés par les opérateurs sur le cœur du marché. Les opérateurs seront interrogés sur les trois premiers contrats individuels et les deux contrats collectifs les plus souscrits. Le questionnaire demandera également quelques informations succinctes sur l'activité de l'organisme complémentaire, en particulier sur la part de l'assurance santé dans le chiffre d'affaires. Il demandera aussi des informations simplifiées sur la population couverte.

Le cœur du questionnaire portera sur l'offre de contrats et sur la description des éléments permettant de distinguer les différents types d'offre. Ces éléments sont notamment le niveau de remboursement des honoraires et des soins ambulatoires, le niveau de remboursement des médicaments, la prise en charge de l'appareillage, le remboursement de l'optique, du dentaire et des frais d'hospitalisation.

Cette enquête sera menée sur la base d'un échantillon de sociétés d'assurance et de mutuelles et auprès de l'ensemble des institutions de prévoyance, peu nombreux. Cette enquête est annuelle. De manière à mieux ajuster le calendrier et en accord avec les opérateurs, nous avons renoncé à mener une enquête sur l'exercice 2004. La prochaine enquête portera sur l'exercice 2005 et sera réalisée au printemps 2006.

Le test que nous avons mené a permis d'évaluer le temps de réponse au questionnaire et d'apprécier la facilité de réponse. En moyenne, ce questionnaire est rempli en trois heures.

A la demande des opérateurs, un groupe de suivi se réunira périodiquement pour examiner les résultats intermédiaires de l'enquête ainsi que d'autres données concernant l'assurance complémentaire. Ce groupe se réunira pour la première fois au mois de novembre.

Les résultats de l'enquête précédente ont fait l'objet d'une première publication sur la description de diversité des contrats ([Etudes et résultats n°402](#) - mai 2005). Une prochaine publication portera sur la typologie des contrats.

La modification du calendrier de l'enquête doit nous permettre d'obtenir des résultats plus rapidement et d'améliorer nos délais de publication. Nous souhaitons que cette enquête rentre dans le rang des opérations statistiques régulières.

Il est vraisemblable que le contenu de l'enquête variera en fonction des évolutions probables du système réglementaire relatif à l'assurance complémentaire. Il pourra par exemple, à terme, inclure les contrats responsables prévus dans la loi Assurance maladie.

#### **Pierre VOLOVITCH, Ires**

L'Irdes a mené un travail sur l'accès des individus aux complémentaires en fonction des revenus et des catégories sociales, j'espère que cela continuera. Cette enquête fournira une description plus fine des contrats offerts. Reste à savoir qui est bénéficiaire de quel type de contrat. A ma connaissance le Credes avait réalisé un travail sur le lien entre contrats choisis et niveau de revenus des assurés, tout en soulignant la complexité de ce lien suivant que l'on étudiait les contrats individuels ou les contrats collectifs. Cette enquête permettra-t-elle de savoir qui accède à quelle couverture complémentaire ?

#### **Chantal CASES, Drees**

Cette question est un troisième volet très important. L'enquête Santé permet de donner quelques informations succinctes sur les populations couvertes par une complémentaire, mais pas sur la qualité des contrats.

Je voudrais souligner que les travaux du Credes ont été très utiles à la préparation de notre enquête, notamment pour identifier les points à observer pour différencier les contrats.

#### **Dominique POLTON, CNAMTS**

Je réponds en tant qu'ancienne directrice de l'Irdes. Nous travaillons ensemble pour construire progressivement un dispositif permettant de donner une visibilité sur les différentes facettes du domaine. L'enquête menée auprès des assurés permet de connaître le stock de contrats sur un échantillon de population sur lequel nous avons par ailleurs toutes les caractéristiques socio-démographiques et d'état de santé. Nous pouvons ainsi analyser le lien entre le type de contrat et les caractéristiques individuelles. L'enquête menée auprès des organismes complémentaires permettra d'obtenir sur l'étendue des garanties des informations plus précises que dans une enquête en population générale.

Au-delà de ces deux enquêtes, nous pourrions également envisager de renouveler l'enquête menée autrefois par l'Irdes auprès des entreprises qui souscrivent des contrats collectifs. Cette enquête permettrait d'approfondir notre connaissance de ces contrats. Le complément d'enquête mené par l'Irdes auprès d'un échantillon d'entreprises avait permis de donner un éclairage inédit sur les contrats collectifs en fonction des caractéristiques des entreprises.

Toutes ces enquêtes permettent de donner des informations complémentaires.

#### **Christine MEYER, FNMF**

L'enquête qui nous est présentée a été préparée avec les représentants des organismes complémentaires et nous remercions la Drees de la façon dont les besoins et les difficultés rencontrées lors des précédentes enquêtes ont été prises en compte.

L'enquête portant sur l'exercice 2006 devra être revue, mais les résultats 2005 de cette enquête seront intéressants car ils permettront de donner un point d'observation avant la mise en place des contrats responsables.

Nous devons mener un travail de consolidation des travaux menés par la Drees et ceux de l'Irdes sur la base de l'échantillon Assurance Maladie. Nous ne pourrions pas répondre à la question posée par Pierre Volovitch sans travailler de manière fine sur des données appariées entre les régimes obligatoires et les régimes complémentaires. En effet, pour apprécier pleinement la réalité de la couverture complémentaire, nous devons absolument avoir des informations sur la couverture obligatoire, sur la couverture complémentaire et sur les caractéristiques des personnes : il s'agit selon moi d'un chantier du ressort de l'Institut des données de santé (IDS).

**Philippe CUNEO, Drees**

Ce travail est absolument indispensable, il doit être mené en collaboration et il faut en parler très rapidement. En revanche, définir s'il doit être mené par l'IDS est une autre question. Mais nous ne saurons rien sur le reste à charge ni sur la manière dont il varie suivant les caractéristiques socio-démographiques des personnes tant que nous ne disposerons pas d'un échantillon apparié de données de remboursement sur les assurances de base et les assurances complémentaires.

**Jean de KERVASDOUÉ**

Avez-vous des observations ?

*La formation Santé, Protection sociale émet un avis d'opportunité favorable à ce projet.*

Souhaitez-vous que nous profitions de cette discussion pour que notre formation émette un vœu faisant suite aux interventions de Christine Meyer et de Philippe Cuneo ?

**Philippe CUNEO, Drees**

Ce vœu a déjà été formulé.

**Christine MEYER**

Nous pouvons réaffirmer le vœu exprimé au printemps, cependant je pense qu'il faut le relier à l'IDS. En effet, nous ne pourrions pas progresser sur la question de la constitution d'un échantillon avec des données appariées régimes obligatoires-régimes complémentaires si nous ne progressons pas sur la question de l'IDS.

**Philippe CUNEO, Drees**

C'est un point de vue. Il me semble difficile de mettre en préalable à une question de fond une réponse institutionnelle. Cela étant, nous sommes tout à fait prêts à participer à cet institut.

### **III. Demande d'accès à des données au titre 7 bis de la loi de 1951**

#### **Données individuelles sur les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie détenues par les Conseils généraux**

**François JEGER, Drees**

Cette demande porte sur le recueil de données administratives individuelles sur les bénéficiaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) auprès des Conseils généraux.

Nous disposons actuellement de données agrégées sur les bénéficiaires de l'APA : information par sexe, par âge, par GIR, etc. En 2003, nous avons mené une enquête auprès des bénéficiaires, à leur domicile, pour les interroger sur ce que l'APA leur apportait concrètement.

L'information individuelle issue de fichiers administratifs des Conseils généraux a pour objectif d'améliorer notre connaissance des bénéficiaires. Elle permettra également d'améliorer notre capacité à faire des projections et des modélisations sur cette population.

L'information individuelle demandée aux Conseils généraux porterait principalement sur la date d'entrée dans l'APA, le niveau de GIR, l'âge, la date de sortie de l'APA, le type d'aides choisies par les bénéficiaires (prestataires, mandataire, gré à gré). Je précise que nous voulons connaître l'âge d'entrée et de sortie dans l'APA afin de pouvoir suivre régulièrement la durée de vie passée en APA et, à terme, améliorer les prévisions de bénéficiaires de l'APA.

Nous envisageons de mener cette enquête auprès d'une dizaine de Conseils généraux en demandant l'information pour tous les bénéficiaires des départements concernés. Nous estimons que 100 000 bénéficiaires seraient concernés. Le choix des Conseils généraux sera effectué en fonction de la disparité de la distribution de l'APA sur le territoire. Le recueil d'informations administratives aura lieu début 2006 pour des résultats dans le courant de l'année.

**Jean de KERVASDOUÉ**

Allez-vous collecter des données sur la nature du logement du bénéficiaire de l'APA ? Par ailleurs, les aidants sont-ils les membres de la famille ?

**François JEGER, Drees**

Nous collecterons des informations sur le logement puisque les prestations APA ne sont pas les mêmes suivant que le bénéficiaire reste à son domicile ou est accueilli dans un établissement.

**Jean de KERVASDOUÉ**

Au-delà, collecterez-vous des informations sur la structure du logement et sur la nature de la famille du bénéficiaire ?

**François JEGER, Drees**

Nous collecterons ces informations dès lors qu'elles seront disponibles dans les fichiers de gestion des Conseils généraux. Nous n'avons pas actuellement une vision globale des systèmes d'information des conseils généraux.

**Jean de KERVASDOUÉ**

Comme nos enquêtes ont un effet structurant sur les informations des Conseils généraux, je pense qu'il serait utile de réfléchir à l'opportunité d'inclure ce type d'information dans nos demandes.

**Gilles de la GORCE, DGAS**

Pourquoi les établissements sous dotation globale sont-ils exclus du champ de l'enquête ?

**François JEGER, Drees**

Nous pensons que les Conseils généraux n'ont pas une information individuelle sur les bénéficiaires de l'APA qui sont dans ces établissements.

**Jean-Pierre PUIG, Secrétaire général du Cnis**

Le problème de la disparité territoriale rencontré pour les bénéficiaires de l'AAH se pose-t-il avec la même intensité pour les bénéficiaires de l'APA ?

**François JEGER, Drees**

Nous avons commencé à étudier cette question sur la base de données agrégées : la disparité est plus faible pour l'APA que pour l'AAH. Ces disparités s'expliquent essentiellement par les structures socioprofessionnelles du département. Toutes choses égales par ailleurs, nous savons que les départements ruraux et les départements où les revenus sont plus faibles comptent davantage de bénéficiaires de l'APA. De la même manière, nous savons que, à âge égal, les ouvriers sont plus dépendants que les cadres.

**Alain PELC, CNSA**

Nous n'avons pas d'outil de classification du handicap. Nous n'avons donc aucune information sur le lien qui peut exister entre la nature du handicap, sa gravité et l'attribution de l'AAH. En revanche, pour l'APA, il existe un outil national de classification de la dépendance.

**Jean de KERVASDOUÉ**

Il existe néanmoins des variations inexplicables suivant les départements. L'évolution de la demande est également très différenciée suivant les départements.

**François JEGER, Drees**

Pour la métropole, si nous corrigeons les résultats de la structure socio-démographique du département, alors le nombre de bénéficiaires pour 1 000 habitants varie de 150 à 200. Cette variation peut être considérée comme raisonnable.

**Jean de KERVASDOUÉ**

Avez-vous des observations ?

*La formation Santé, Protection sociale émet un avis favorable à cette demande d'accès.*

#### **IV. Les indicateurs de la loi de santé publique**

**Chantal CASES, Drees**

Je vais parler sous le contrôle des représentants de la DGS qui pourront intervenir pour compléter mes propos, notamment Alain Fontaine qui a été l'un des piliers du groupe de travail en charge de la définition des indicateurs de la loi de santé publique.

La loi de santé publique, parue au mois d'août 2004, a pour objectif d'organiser la politique de santé publique. Elle prévoit que l'Etat fixe des objectifs pluriannuels, si possible exprimés en termes quantifiables et portant en général sur l'état de santé de la population, pour la politique de santé publique et que le Parlement en débat avant de les voter. La loi organise la mise en œuvre de la politique de santé publique au travers des plans stratégiques pluriannuels et des programmes et actions spécifiques aussi bien au niveau national que régional. Un groupement régional de santé publique relaiera la préparation et la mise en œuvre de ces programmes au niveau régional et déterminera lui-même un programme éventuellement assorti d'objectifs et d'indicateurs complémentaires.

La loi de santé publique consolide les moyens d'actions nécessaires à la conduite de la politique de santé publique. Elle renforce la sécurité sanitaire et organise la formation en santé publique avec la création d'une école des Hautes Etudes. La loi formalise également le recueil d'informations et de sources de données utiles à l'analyse et à la compréhension de l'état de santé de la population (*via* la centralisation des certificats de santé des enfants ou des données relatives aux accidents du travail, par exemple).

La loi fixe cent objectifs d'amélioration de l'état de santé de la population. Ces objectifs ont été définis par un groupe d'experts. Ils ont été assortis d'une liste d'indicateurs de suivi qui figurent dans le rapport annexé à la loi. Un groupe de travail a réfléchi pendant plus d'un an à la définition précise et opérationnelle de ces indicateurs de suivi, de leur recueil et de leur analyse. Ce travail a été copiloté par la DGS et la Drees. Un groupe projet a été constitué : il a réuni mensuellement pendant toute l'année 2004 les principaux producteurs de données en santé et en données populationnelles, et des représentants des principaux utilisateurs des données en santé (Haut Comité de Santé publique, directions du ministère dans leur composante opérationnelle, Drass et acteurs régionaux, représentants des usagers). Des experts ont été consultés en fonction des thèmes abordés. Le groupe a finalisé son rapport au cours des premiers mois de l'année 2005. Ce rapport figure sur le site Internet du ministère depuis cet été.

Le groupe projet s'est appuyé sur le travail mené par un groupe restreint composé de membres de la DGS et de la Drees en charge d'effectuer une analyse préalable des objectifs, des indicateurs, des sources de données existantes et de leurs limites. Le travail du groupe restreint donnait lieu à la rédaction de fiches, lesquelles étaient remises aux membres du groupe projet avant chacune de leurs réunions mensuelles.

Le premier chapitre du rapport liste des indicateurs transversaux et de cadrage permettant d'apprécier l'état de santé de la population et la performance globale du système de santé (espérance de vie, espérance de vie sans incapacité, taux de mortalité, taux de mortalité prématurée, éléments sur la santé perçue et sur la santé fonctionnelle, indicateurs sur les années de vie perdues, etc.). Ces indicateurs transversaux seront utilisés pour une comparaison internationale des systèmes de santé. Il faut d'ailleurs souligner que l'analyse de ce qui était disponible et utilisé, voire envisagé au niveau international a toujours été déterminante dans le choix de ces indicateurs transversaux.

Les chapitres suivants sont organisés par objectif. Les indicateurs choisis sont, pour l'essentiel, des indicateurs de résultats à atteindre pour chaque objectif en termes d'état de santé ou d'exposition au risque. Pour les objectifs spécifiques conçus en termes d'actions à mener, des indicateurs de suivi

d'actions ont été définis : c'est le cas notamment pour les actions de dépistage du cancer. Il a également parfois été nécessaire de clarifier et d'interpréter les objectifs tels qu'ils avaient été votés par les parlementaires. En l'occurrence, il a été nécessaire de réinterpréter un ou deux de ces objectifs pour lesquels la définition donnée était erronée. Pour les autres, la règle a été d'illustrer les objectifs tels qu'ils avaient été votés par les parlementaires. Nous avons parfois dû opter pour des indicateurs approchés, par exemple des indicateurs de mortalité à défaut de prévalence pour certaines pathologies.

Nous avons ajouté des indicateurs de contexte (âge et sexe de la population, données sur la structure sociale de la population) pour chaque objectif et chaque lot d'indicateurs par objectif afin de pouvoir analyser leur évolution dans le temps et dans l'espace. Ces indicateurs de contexte permettront d'explicitier les évolutions et les disparités constatées.

Par ailleurs, pour chaque objectif et chaque indicateur nous nous sommes interrogés sur l'opportunité d'une déclinaison régionale des indicateurs. Un sous-groupe de travail a spécifiquement approfondi cette question. Dans la mesure où il est difficile d'avoir des indicateurs localisés issus d'enquêtes nationales, le sous-groupe a réfléchi à la possibilité de construire des indicateurs régionaux sur la base de grandes données administratives, au premier rang desquelles figurent les données de l'assurance maladie et les données de mortalité. Le sous-groupe a également réfléchi sur la modélisation possible de certains résultats à partir de modélisations des déterminants des états de santé au niveau régional et de leur application aux données connues. Le sous-groupe a également recensé les études spécifiques portant sur la définition d'indicateurs particuliers ainsi que les enquêtes réalisées localement, dans une ou plusieurs régions, pour illustrer l'un ou l'autre des objectifs du rapport.

Les indicateurs figurant au rapport vont évoluer, au moins dans leur disponibilité. Nous ne nous sommes pas limités aux indicateurs déjà disponibles qui sont, pour la plupart, issus des grands systèmes d'information existants (systèmes administratifs, systèmes d'enquêtes périodiques et en population). Le groupe projet s'est également basé sur des indicateurs potentiellement disponibles à expertiser. Il s'agit par exemple d'indicateurs issus d'exploitations du PMSI chaîné pour les individus ayant effectué des séjours multiples. Le groupe s'est également appuyé sur des indicateurs en cours de développement : une mine d'indicateurs pourra être constituée à partir du Sniiram ou des fichiers disponibles en amont (par exemple, les fichiers d'ALD), après expertise et comparaison avec d'autres sources de données. Enfin dans certains cas les indicateurs n'existent pas et devront être créés. Cela nécessitera parfois de mener des recherches spécifiques pour imaginer le système d'information à créer pour les constituer, mais aussi de réfléchir à ce qu'il faut mesurer. La rédaction de certains objectifs précise d'ailleurs que des recherches seront à effectuer dans certains domaines. Nous avons alors proposé des travaux à réaliser. Il faudra les prioriser et commencer à les mettre en œuvre.

Le rapport du groupe projet comporte des chapitres par objectif et un chapitre transversal. Chaque chapitre comprend un compte rendu des questions que le groupe a identifiées comme étant des questions à trancher ou à débattre lors de la validation de la liste des indicateurs ainsi que les réponses apportées par le groupe projet. Pour chaque indicateur retenu, un cahier des charges précis a été rédigé : il comprend des éléments sur la pertinence de l'indicateur au regard de l'objectif (indicateur de proximité ou indicateur directement lié à l'objectif), mais aussi sur l'origine des données, leur disponibilité, leur périodicité, leur mode de calcul, leur qualité, leur comparabilité internationale et leur déclinaison régionale.

Le recueil des indicateurs est effectué par les producteurs de données. Ils transmettront en même temps que ces données un commentaire des résultats obtenus. Le travail de suivi de ces indicateurs est coordonné par la Drees. Une synthèse par objectif sera réalisée par les différents producteurs.

Nous espérons publier un premier rapport de suivi de la loi avant l'été 2006, avec les indicateurs actuellement disponibles et peut-être avec certains éléments d'expertises des indicateurs de la deuxième catégorie.

Le rapport de suivi des indicateurs de la loi sera complété par un rapport annuel sur l'évolution de la politique de santé publique, les programmes, les plans réalisés sous l'égide de la DGS. La loi prévoit par ailleurs une évaluation plus complète tous les cinq ans, réalisée par le Haut Conseil de santé publique.

**Jean de KERVASDOUÉ**

Quel est le montant de votre budget ?

**Chantal CASES, Drees**

Le travail mené jusqu'alors a été conduit sur les moyens propres de la DGS et de la Drees. Par ailleurs, des appels d'offres ont été lancés par la DGS pour la conduite de travaux complémentaires.

**Alain FONTAINE, DGS**

Le travail du groupe projet a effectivement été réalisé sur les moyens propres de nos institutions et sur le volontariat des personnes ayant composé les groupes de travail.

Nous avons identifié des domaines pour lesquels il était nécessaire de mener des travaux de recherche préalables pour définir des indicateurs. Un appel d'offres a été lancé sur les possibilités de transposition des indicateurs synthétiques utilisés par l'OMS.

D'autres travaux devront suivre : ces arbitrages seront faits dans les semaines qui viennent. Il existe des domaines pour lesquels nous disposons de peu d'informations, notamment concernant la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Dans ce domaine, nous devons chercher à définir des indicateurs pertinents. D'autres projets de la sorte pourront être lancés et feront appel à des ressources extérieures.

**François TUFFREAU, FNORS**

Ma question ne porte pas sur le travail mené dont nous apprécions tous la qualité. Ma question rejoint celle posée par Bertrand Garros dans la revue AdSP qui s'interrogeait sur le pilote de ces cent objectifs. Je sais que ce n'est pas le rôle du Cnis de réfléchir à cette question. Cela étant, nous sommes conduits à nous poser la question des moyens qui seront accordés pour la mise en œuvre de ces objectifs et leur pilotage.

Je m'interroge également sur la régionalisation. La loi 2004 a induit une inversion de curseur : en 1996, émergeaient les programmes régionaux de santé avec une politique basée sur des états des lieux régionaux. Aujourd'hui, les objectifs de santé publique doivent être définis au plan national. Nous savons pourtant qu'il existe des écarts considérables entre les régions. Je me demande donc comment ce dispositif pourra être traduit en programmes et actions.

**Jean de KERVASDOUÉ**

Ce n'est effectivement pas une question qui relève du Cnis. Pour ma part, je pense que ce travail ne manque pas de panache alors que nous sommes dans la totale incapacité politique d'agir sur certains indicateurs. Je pense notamment aux indicateurs portant sur la consommation de sel ou d'alcool.

**Alain FONTAINE, DGS**

Cette démarche est une volonté politique d'afficher des déterminants de santé sur lesquels nous avons les connaissances et les moyens techniques d'obtenir des améliorations à échéance de cinq ans. Nous affichons ainsi que ces améliorations sont possibles et que nous quantifions les évolutions. Dans cinq ans, une instance indépendante – le Haut Conseil de santé publique qui sera mis en place au début de l'année prochaine – aura pour mission de dire quelles auront été les évolutions constatées après ce délai de cinq ans. Il existe donc une volonté politique : nous essayons de faire au mieux pour lui donner une traduction la plus concrète possible.

La loi prévoit également une responsabilité importante au niveau régional. Des plans régionaux de santé publique seront établis : dans ce cadre, des objectifs prioritaires doivent être définis au niveau régional. Un ajustement devra être opéré entre la tradition centralisatrice française et la volonté d'obtenir des résultats pour l'ensemble du territoire. Un dispositif sera mis en place pour permettre cette interaction : nous devons lui donner sa chance.

**Jean-Pierre PUIG, Secrétaire général du Cnis**

Les indicateurs ont-ils pour seule vocation de mesurer ? Au contraire, s'agit-il d'indicateurs avec une cible ?

Par ailleurs, cette opération a-t-elle un lien avec le pilier social des indicateurs de développement durable ?

**Chantal CASES, Drees**

Les cibles ne sont pas dans les indicateurs. Le cas échéant, il y a des cibles dans les objectifs. Quand il n'y en a pas, nous devons interpréter l'évolution de l'indicateur au regard de l'objectif tel qu'il est décrit.

**Alain FONTAINE, DGS**

La commande politique initiale portait sur la définition d'objectifs quantifiés à cinq ans. Toutefois, tous les objectifs ne peuvent pas être quantifiés soit par manque de connaissances sur l'état actuel, soit sur la quantification des progrès qui peuvent être réalisés. Dans tous les cas, l'indicateur est construit, chaque fois que possible, pour suivre l'évolution de l'état de santé visée par l'objectif, même si l'amélioration visée n'est pas quantifiée.

**Chantal CASES, Drees**

Nous avons essayé de coordonner ce travail avec la définition des indicateurs de développement durable. Il s'agit cependant d'un travail difficile.

**Jean de KERVASDOUÉ**

Je vous félicite du travail que vous avez mené : ces indicateurs sont très intéressants. Cependant, il faut souligner que nous ne connaissons pas toujours la chaîne de causalité qui permet d'améliorer ces indicateurs. De plus, quand cette chaîne de causalité est connue, nous ne sommes pas toujours capables de l'utiliser.

**Pierre VOLOVITCH, Ires**

La dernière édition du bulletin épidémiologique hebdomadaire rappelle le rôle des inégalités sociales dans les situations de santé. Deux objectifs portent sur les inégalités sociales : ce sont les objectifs 33 et 34.

En page 20 du document, il est précisé que l'analyse des disparités sociales portant sur les problèmes de santé spécifiques dans la survenue ou la gravité est associée à des déterminants sociaux. La même précision est apportée concernant les indicateurs de comportement. Après une lecture certainement trop rapide de ce rapport, il n'apparaît pas de manière évidente que la dimension inégalités sociales sera prise en compte partout où les déterminants sociaux pourraient avoir un rôle. Cela tient-il à un manque de données en la matière ? Dans ce cas, des recherches seront-elles menées pour disposer des données nécessaires, et à quelle échéance ? De manière générale, un des objectifs pourrait être de faire diminuer les inégalités sociales pour certains problèmes de santé, par exemple pour la carie dentaire ou le recours à l'IVG.

**Chantal CASES, Drees**

Nous avons réfléchi pour quasiment tous les indicateurs à la nécessité de faire une analyse en termes de disparités sociales. Cette information est peu présente dans le système d'information actuel. Nous avons apporté cette précision partout où elle avait un sens si l'information était disponible. Cependant, les éléments d'information sur cette question restent insuffisants. Nous devons les compléter à l'avenir.

Ce travail de complémentation ne passera peut-être pas uniquement par celle de la liste des indicateurs. D'autres travaux sont en cours sur les inégalités sociales de santé et permettront d'apporter d'autres réponses. Je pense néanmoins qu'il s'agit de l'un des thèmes sur lesquels nous devons travailler.

**Alain FONTAINE, DGS**

Le fait que les objectifs portant sur les inégalités sociales figurent aux rangs 33 et 34 n'a pas de signification particulière : les objectifs ne sont pas hiérarchisés. Cet ordre tient au fait que nous nous sommes appuyés sur la classification internationale des maladies (CIM).

Les inégalités de santé liées à des facteurs sociaux ont été une dimension forte pour la sélection de tous les objectifs de tous les problèmes de santé. Cette dimension a été mise en avant dès le début de notre travail. Le plus souvent, elle se traduit dans la rédaction des objectifs. Elle se traduit aussi dans la définition des indicateurs hormis lorsque ces informations ne sont pas disponibles. Des personnes pouvant avoir un certain recul par rapport à l'exercice dans lequel nous avons été plongés pourront nous signaler les éventuels manques. En effet, nous avons peut-être parfois été dominés par la disponibilité de l'information en oubliant de préciser que cette information serait utile. Le chapitre consacré aux indicateurs transversaux porte également cette dimension des inégalités sociales.

**Jean de KERVASDOUÉ**

Je vous remercie de votre participation.

*La séance est levée à 11 heures 30.*

---

### **Adoption du compte rendu**

Le présent compte rendu sera modifié en fonction des observations que vous voudrez bien faire parvenir au Secrétariat du Cnis avant le 23 décembre 2005. Ces modifications seront prises en compte dans le rapport annuel d'activité 2005.

---

## DOCUMENTS PRÉPARATOIRES OU DISTRIBUÉS EN SÉANCE

---

### DOCUMENTS PRÉPARATOIRES

- Fiches descriptives d'enquêtes
- Fiche de demande d'accès à des données
- Indicateurs de suivi de l'atteinte des cent objectifs du rapport annexé à la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique - Document disponible sur le site de la Drees

[http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapport\\_indicateurs\\_drees.pdf](http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/rapport_indicateurs_drees.pdf) (6Mo)

## **AVIS D'OPPORTUNITÉ**

---

- Enquête auprès des femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse 21
- Enquête complémentaire à l'échantillon inter régime de cotisants .....23
- Enquête sur les modes d'accueil et de garde des jeunes enfants .....24
- Enquête sur les demandeurs de l'allocation adulte handicapé .....25
- Enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé.....26

## **AVIS SUR UNE DEMANDE D'ACCÈS À DES FICHIERS AU TITRE DE L'ARTICLE 7BIS DE LA LOI DE 1951 MODIFIÉE**

---

- Données individuelles sur les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie détenues par les Conseils généraux .....27

## **AVIS D'OPPORTUNITÉ**

### **Enquête auprès des femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse**

---

*Programme* : 2006

*Émetteur* : 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.

Au cours de sa réunion du 4 novembre 2005, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête auprès des femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse.

Cette enquête a pour objectif de contribuer à une meilleure connaissance du recours des femmes à une IVG, du contenu de ces recours, de leurs déterminants ainsi que des parcours de soins (accès direct, *via* le médecin traitant, prise en charge en ville...) et de la perception qu'en ont les femmes concernées. Elle se situe dans le contexte de la mise en œuvre de la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 modifiant notamment les délais de recours à l'IVG et de ses décrets d'application. L'enquête contribuera à fournir des éléments d'évaluation de ces différents textes.

Parmi les thèmes abordés dans le questionnaire rempli par les femmes, en dehors des questions socio-démographiques habituelles (âge, diplôme, profession, nationalité, domicile, ressources, ...), on peut citer le statut contraceptif lors du début de grossesse, l'origine de la décision d'interruption, les relations avec le système de santé autour de l'intervention. Le cas particulier des mineures sera pris en compte par un questionnaire et un échantillonnage spécifique. Les revenus, la couverture sociale, le coût de l'IVG, (le ressenti sur l'intervention et ses suites seront abordés au cours d'un entretien téléphonique avec les femmes en ayant accepté le principe. Ces informations seront complétées par des données médicales concernant l'intervention recueillies auprès du médecin.

Un questionnaire rempli par les structures d'accueil échantillonnées abordera l'organisation et les moyens, l'activité du centre et l'insertion du service dans l'hôpital.

L'enquête aura lieu en 2006. Un échantillon d'environ 140 établissements pratiquant des IVG est envisagé. L'enquête portera sur toutes les IVG réalisées pendant une période donnée. Une interrogation sur un mois entier permettrait de collecter près de 8 000 questionnaires médicaux concernant des femmes ayant eu recours à une IVG. Il faudrait prévoir une extension sur deux mois au moins pour les mineures afin de distribuer près de 800 fiches pour cette sous-population particulière. L'auto questionnaire et l'enquête téléphonique auprès des femmes concerneront, parmi les 8 000 femmes échantillonnées, celles qui auront accepté de répondre. A la demande de certaines DRASS, des extensions régionales pourront être réalisées, soit de l'ensemble de l'enquête, soit de la partie de l'enquête se déroulant dans les établissements.

Le renseignement de la fiche d'activité par le secrétariat de la structure et du questionnaire (déjà rempli pour partie avec le bulletin IVG) par le médecin durera cinq minutes environ. La réponse à

l'auto questionnaire par les femmes durera environ 15 minutes. La réponse au questionnaire téléphonique durera environ 20 minutes.

Le comité de concertation réunissant, outre les membres du groupe de travail (représentants de la Drees, des directions concernées du ministère chargé de la santé, de l'INED, de l'INSERM, deux gynécologues, une infirmière, un représentant de l'INPES, un représentant de «fil santé jeunes» ainsi qu'un représentant régional des Drass), les fédérations hospitalières, professionnels, usagers et associations concernées, sera consulté sur le projet et à divers points du déroulement des opérations de test et de collecte.

Les résultats seront publiés par la DREES : "Études et résultats" et "Solidarité Santé". Plus généralement, outre les membres du comité de suivi, les données seront accessibles aux chercheurs dans le respect bien sûr du secret statistique.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** à cette enquête.

## AVIS D'OPPORTUNITÉ

### Enquête complémentaire à l'échantillon inter régimes de cotisants

---

*Programme* : 2007

*Émetteur* : 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.

Au cours de sa réunion du 4 novembre 2005, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête complémentaire à l'échantillon inter régimes de cotisants.

Cette enquête a pour objectif de mieux connaître les droits des cotisants et leurs intentions de départ à la retraite en complétant les informations de l'échantillon inter régimes de cotisants. Elle vise à répondre à la demande d'évaluation de la loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, et aux demandes prospectives du conseil d'orientation des retraites ou d'autres organismes.

Parmi les thèmes abordés on peut citer la date envisagée ou prévue de départ à la retraite, la composition du ménage, le service national, les ressources du ménage, les facteurs susceptibles d'influencer le départ (état de santé, pénibilité et intérêt du travail,...).

L'enquête aura lieu en 2007 auprès d'un échantillon de 4 000 personnes des générations 1946 et 1950, voire 1954, ayant été affiliées au moins une fois à un régime de retraite français. La collecte se fera par interview en face à face, avec une durée de questionnement estimée à une heure environ.

Il n'est pas prévu de comité de concertation. Un groupe de pilotage réunissant notamment des membres de la Direction de la sécurité sociale, de la Cnav et de l'Insee sera animé par la Drees.

Les résultats seront publiés par la Drees en 2008. Le fichier de l'enquête sera diffusé aux utilisateurs potentiels dans le cadre d'un groupe d'exploitation.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** à cette enquête.

## AVIS D'OPPORTUNITÉ

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

---

*Programme* : 2007

*Émetteur* : 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.

Au cours de sa réunion du 4 novembre 2005, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête sur les modes d'accueil et de garde des jeunes enfants.

Cette enquête a pour principal objectif de décrire les conditions de garde des enfants de moins de 7 ans et d'apprécier ainsi les changements en matière d'aide à la garde et à la conciliation vie familiale/vie professionnelle induits par la mise en place du dispositif de la Paje au 1<sup>er</sup> janvier 2004. Elle a aussi comme objectif d'étudier les modes de garde des enfants de 3 à moins de 7 ans. L'enquête s'inscrit dans le cadre du schéma général d'évaluation des mesures annoncées lors de la Conférence de la famille de 2003. Elle fait suite à l'enquête Modes d'accueil et de garde des jeunes enfants réalisée en 2002.

Parmi les thèmes abordés on peut citer :

- Les modes de garde et d'accueil principaux pour chaque enfant de moins de 7 ans ;
- Les combinaisons des modes d'accueil et de garde pour chaque enfant de moins de 7 ans 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 difficultés d'accès aux services d'accueil ;
- Les raisons du recours à un service d'accueil.

L'enquête aura lieu au printemps 2007 auprès d'un échantillon de 5 000 familles ayant au moins un enfant de moins de 7 ans. L'enquête sera réalisée en principe en face à face avec l'un des parents de(s) l'enfant(s) pour une durée moyenne qui ne pourra excéder soixante minutes.

Il n'est pas prévu de comité de concertation. Un groupe de pilotage réunissant notamment des membres de la Direction de la sécurité sociale, de la Dgas, de la Cnaf, du Cerc, de l'Insee et de la Dares sera animé par la Drees.

Les résultats seront diffusés dans le cadre des publications de la Drees (Etudes et résultats) et des autres participants au groupe d'exploitation.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** à cette enquête.

## AVIS D'OPPORTUNITÉ

### Enquête sur les demandeurs de l'allocation adulte handicapé

---

*Programme* : 2006

*Émetteur* : 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.

Au cours de sa réunion du 4 novembre 2005, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête sur les demandeurs de l'allocation adulte handicapé (AAH).

Cette enquête a pour objectif de connaître les caractéristiques de la population demandant l'AAH et de comprendre les raisons de l'accord ou de refus de l'attribution de l'allocation.

Parmi les thèmes abordés on peut citer le type de handicap, le profil socio-démographique, la formation initiale et les trajectoires des demandeurs vis-à-vis de l'emploi, la nature des emplois occupés, la décision d'attribution de l'AAH et le bénéfice des autres prestations liées au handicap, les conditions de vie, de santé, de logement ; le niveau de vie, les difficultés financières ; la sociabilité.

L'enquête aura lieu au second semestre 2006 auprès d'un échantillon de 4 000 à 6 000 demandeurs de l'AAH, en privilégiant les premières demandes. Les demandeurs seront sélectionnés dans les bases de gestion administratives des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) d'environ 10 à 20 départements (certains avec peu de demandeurs, d'autres avec de nombreux demandeurs) choisis pour assurer la représentativité nationale. L'enquête comportera deux volets : un recueil d'informations contenues dans les dossiers des demandeurs (à la MDPH) et une interview réalisée au domicile du demandeur, en face à face, d'une durée moyenne d'environ une heure.

Il n'est pas prévu de comité de concertation. Un groupe de pilotage animé par la Drees réunira notamment des membres de la CNSA, de la Dares, de la DGAS, de la DGEFP et des organismes sociaux (CNAF, CCMSA).

Les résultats feront l'objet d'études dans la publication (Etudes et résultats) de la Drees. Les données seront mises à disposition des chercheurs ou des organismes intéressés dans le cadre d'un groupe d'exploitation piloté par la Drees .

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** à cette enquête.

## AVIS D'OPPORTUNITÉ

### Enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé

---

*Programme* : 2006-2010

*Émetteur* : 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.

Au cours de sa réunion du 4 novembre 2005, la formation Santé, protection sociale a examiné le projet d'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé.

Cette enquête a pour objectif de mieux connaître l'activité des organismes offrant des couvertures complémentaires santé, la population qu'elles couvrent et les garanties qu'elles offrent. L'enquête s'inscrit dans le cadre du schéma général d'information sur le marché des couvertures complémentaire santé proposé pour les différents type d'organismes complémentaire (groupements mutualistes, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance).

Parmi les thèmes abordés on peut citer :

- l'activité de l'organisme complémentaire,
- la population couverte par les trois premiers contrats individuels et les deux contrats collectifs les plus souscrits,
- l'offre de contrat : niveau de remboursement des honoraires et soins ambulatoires, des médicaments, prise en charge de l'appareillage, remboursement de l'optique, du dentaire, de l'hospitalisation.

L'enquête aura lieu chaque année début mars auprès d'organismes offrant des couvertures complémentaires santé (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance). L'enquête sera réalisée par voie postale ; la durée moyenne de réponse au questionnaire est en moyenne de trois heures.

La préparation de l'enquête a fait l'objet de consultations auprès des différentes fédérations des organismes complémentaires (FNMF, FFSA et CTIP) et de quelques organismes complémentaires, réunis en un comité de suivi. Ce comité doit se réunir à plusieurs reprises chaque année, notamment pour suivre le bon déroulement de l'enquête et anticiper les évolutions éventuelles du questionnaire.

Les résultats de cette enquête, adossée aux données administratives, feront l'objet d'une ou deux publications annuelles, via la collection « Études et résultats » de la Drees.

La formation émet un **avis d'opportunité favorable** à cette enquête.

**AVIS DU CNIS SUR UNE DEMANDE D'ACCES A DES DONNEES**

**AU TITRE DE L'ARTICLE 7BIS DE LA LOI DU 7 JUIN 1951 MODIFIEE**

**Données individuelles sur les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie détenues par les Conseils généraux**

---

*Emetteur* : Ministère de la santé et des solidarités- Ministère de l'emploi, de la cohésion sociale et du logement - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Au cours de sa réunion du 4 novembre 2005, la formation Santé, protection sociale a examiné la demande de la Drees d'accès à des données individuelles sur les bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie détenues par les Conseils généraux.

La demande a pour objectif de fournir des informations précises sur le parcours des bénéficiaires de l'Apa afin notamment d'améliorer les prévisions à moyen terme du nombre de bénéficiaires, et à appréhender l'évolution du dispositif (plans d'aide initiaux et montants effectivement versés).

Les données seront recueillies auprès d'une dizaine de conseils généraux pour tous les bénéficiaires d'un conseil général donné (à l'exception des données concernant les bénéficiaires hébergés dans des établissements sous dotation globale), soit un échantillon de l'ordre de 100 000 bénéficiaires de l'Apa. Les bénéficiaires considérés sont ceux qui ont perçu l'Apa au cours de l'année 2005, qu'il soient encore bénéficiaires de l'allocation en fin d'année ou qu'ils en soient sortis. Les données obtenues seront représentatives des bénéficiaires de métropole.

Les données demandées portent d'une part sur les caractéristiques des bénéficiaires :

- Mois, année de naissance, sexe, situation matrimoniale légale
- Zonage en aire urbaine / espace rural de la résidence principale (rural isolé, pôle rural, pôle urbains, couronne périurbaine, commune multipolarisée, ...) pour ceux qui résident à leur domicile
- Lieu de résidence (domicile, EHPA, accueil familial)
- Date d'entrée en établissement ou de début d'accueil
- GIR, date de la dernière évaluation du GIR
- Ressources mensuelles (au sens de l'Apa)
- Bénéfice d'autres prestations du département (ASH...)

Et d'autre part sur la gestion de l'allocation :

- Dates de la première demande d'Apa, de l'attribution, de la dernière révision (et motif) ou du dernier renouvellement : ces informations permettront d'établir un historique de l'allocation
- Informations sur les montants notifiés et versés au titre de l'Apa (part du conseil général, participation du bénéficiaire et répartition entre aide humaine et aides techniques)
- Type de service d'aide : prestataire / mandataire / gré à gré
- Type de barème

- Date et motif de cessation définitive d'attribution de l'Apa.

La transmission des données s'effectuerait tous les deux ans, avec un premier recueil au premier semestre 2006 portant sur la situation des bénéficiaires de l'Apa sur l'ensemble de l'année 2005. Le prochain recueil serait effectué en 2008 (au titre de l'exercice 2007), sans chaînage des informations au niveau individuel.

Les études menées grâce à cette enquête donneront lieu à publication dans la collection « Etudes et résultats » de la Drees.

La formation émet un **avis favorable** à la demande d'accès aux données.

## TABLE DES SIGLES

AAH	Allocation adulte handicapé
AFSSA	Association française de sécurité sanitaire des aliments
AFSSE	Agence française de sécurité sanitaire environnementale
ALD	Affections de longue durée (santé)
APA	Allocation personnalisée d'autonomie
CAT	Centre d'aide par le travail
CCMSA	Caisse centrale mutualité sociale agricole
CDES	Commission départementale d'éducation spéciale (handicap)
CERC	Conseil de l'emploi, des revenus et de la cohésion sociale
CIM	Classification internationale des maladies
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COTOREP	Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel
CSMF	Confédération des syndicats médicaux français
CTIP	Centre technique des institutions de prévoyance
DARES	Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Travail , emploi)
DGAS	Direction générale de l'action sociale
DGEFP	Délégation générale à l'emploi et à la formation professionnelle
DIV	Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain
EHPA	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées
EIC	Echantillon inter régimes de cotisants (retraite)
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif
FFSA	Fédération française des sociétés d'assurance
FNMF	Fédération nationale de la mutualité française
GIR	Groupe iso ressource (évaluation de la dépendance d'une personne)
IAAT	Institut atlantique d'aménagement des territoires
IDS	Institut des données de santé
INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
INVS	institut national de veille sanitaire
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé
IRES	Institut de recherche économique et sociale
IVG	Interruption volontaire de grossesse
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORS	Observatoire régional de la santé
PAJE	Prestation d'accueil du jeune enfant
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
SNIIRAM	Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie
UFSBD	Union française pour la santé bucco-dentaire
UNIOPSS	Union nationale interfédérale des oeuvres et des organismes privés sanitaires et sociaux