

Cartographie des productions de statistiques publiques dans les domaines de la santé et de la solidarité

Rapport

Erik RANCE

Nicole ROTH

Jean-Marc BETEMPS

**Membres de l'inspection générale des affaires
sociales**



INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES

2020-102R

Membre de l'inspection générale de l'INSEE



N°2021_32

Juin 2021

SYNTHÈSE

Par lettre du 29 octobre 2020, les ministres de l'économie des finances et de la relance et des solidarités et de la santé ont demandé aux inspections générales de l'Insee et des affaires sociales de conduire une mission conjointe sur la cartographie des productions de statistiques publiques en matière de solidarité et de santé.

La lettre de mission demande « que soit explicité le rôle des différents partenaires et opérateurs du ministère (caisses, agences, etc.) qui ont à traiter des données dans le cadre de leurs activités, en produisent et en publient tout ou partie, et que soient décrites la gouvernance et l'articulation de ces travaux de production de données et des statistiques avec ce que fait la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), pour viser à une amélioration de l'efficacité et de la qualité du système dans son ensemble. »

Après dix ans de réduction d'environ 18 % de ses moyens tant financiers qu'humains de la Drees, le ministre des comptes publics a accordé en 2021 des moyens financiers supplémentaires à cette direction, (+ 2,050 M€ soit + 22 % en AE et + 1,320 M€, soit + 13 % en CP) en lien notamment avec les besoins liés à la crise sanitaire, mais les arbitrages globaux rendus sur les emplois du ministère ont conduit à diminuer encore les effectifs de la Drees en 2021 (-1,6 ETP soit environ - 1 %). En tout état de cause, le ministère des comptes publics a subordonné les décisions à prendre sur les moyens de la Drees pour les années à venir à la réalisation de la présente mission.

La mission a circonscrit son champ d'investigation à la définition des statistiques publiques donnée par la loi du 7 juin 1951 modifiée *sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques*. Ce champ recouvre la production de statistiques diffusées *à des fins d'information générale et en toute indépendance professionnelle* : sont donc retenus les organismes ayant une mission de service public qui diffusent leurs statistiques sur des supports ouverts à tous, sans restriction d'usage pour les indicateurs agrégés et dans le respect des règles de protection des données personnelles. Pour autant, le champ des politiques sanitaires et sociales est extrêmement large et fragmenté et fait intervenir, en termes de productions statistiques, une quarantaine d'organismes sans compter les 108 conseils départementaux et territoires d'outre-mer et les 18 agences régionales de santé (ARS) : au-delà du service statistique ministériel que représente la Drees, ce champ recouvre, en effet, l'activité statistique des Caisses nationales de sécurité sociale, de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) qui pilote la nouvelle branche autonomie, de diverses agences sanitaires, de groupements d'intérêt public.

Le présent rapport a été réalisé au cours d'une période marquée par la crise sanitaire liée à la Covid-19 qui a fortement mobilisé les organismes du champ qu'il couvre. Sans pouvoir prétendre à l'exhaustivité compte tenu des délais impartis et de la grande étendue du champ couvert, la mission présente dans le présent rapport, pour chacun des grands champs thématiques sous revue, les sources statistiques qu'elle s'est efforcée de recueillir auprès d'eux. Malgré la crise sanitaire, ils ont quasiment tous produit ces éléments dans la forme standardisée proposée par la mission.

Il ressort de l'exploitation de ces réponses peu de redondances entre producteurs de statistiques. La mission ayant par ailleurs interrogé les organismes utilisateurs de statistiques, et notamment les Hauts conseils et Haute autorité dans le champ concerné, elle a en revanche identifié un certain nombre de besoins exprimés insuffisamment couverts qu'elle liste dans chaque partie thématique. Cette cartographie fait ressortir un net besoin de coordination accrue dans le domaine des statistiques produites sur le champ de la santé en vue de bâtir des indicateurs de référence partagés et un besoin de standardisation des informations remontées par les collectivités locales dans le domaine des politiques de solidarité. Elle montre également un besoin de recentrage des indicateurs d'évaluation de la politique de lutte contre la pauvreté et d'informations complémentaires, dans le domaine de la famille, sur les nouveaux modes de vie familiale.

Au terme de ses investigations, la mission propose trois axes d'amélioration du pilotage des statistiques publiques dans les domaines de la santé et de la solidarité.

En premier lieu, la mission propose d'améliorer la gouvernance d'ensemble de la fonction statistique.

C'est ainsi que la mission propose que les directions d'administration centrale structurent mieux leur fonction statistique et que la Drees organise, auprès de ces directions, une fonction d'appui et de conseil plus active qu'actuellement.

Par ailleurs, si compte tenu de la crise sanitaire, la mission n'a pu contacter que deux agences régionales de santé (ARS), des marges de progrès existent dans l'organisation mutualisée des travaux ou des échanges entre l'ensemble des agences régionales. Aussi, la mission approuve le projet de la Drees de renforcer son rôle d'appui au pilotage des indicateurs et d'animation des études des ARS. Ceci suppose que ces dernières, sous l'égide du secrétariat général des ministères sociaux, structurent leurs équipes statistiques de façon à disposer d'un réseau de référents correspondants de la Drees.

En matière de santé publique, la mission propose également que soit constitué un comité stratégique de pilotage des indicateurs de santé piloté par la Direction générale de la santé (DGS) et la Drees et regroupant les producteurs de statistiques et les utilisateurs pour valider ces indicateurs de référence et en suivre l'actualisation.

Les conventions d'objectifs et de gestion et les contrats d'objectifs et de performance conclus entre les organismes relevant du champ et leurs administrations de tutelle devraient par ailleurs comprendre un volet spécifique organisant les productions statistiques de chacun et les échanges de données, la Drees devant systématiquement être associée à l'élaboration de ce volet. Une attention particulière doit être portée aux relations entre Santé publique France et la Drees pour lesquelles la mission a identifié des difficultés récurrentes en matière de coordination.

La mission souligne la nécessité que les organismes participent pleinement aux instances de la statistique publique. Ainsi, le Conseil national de l'information statistique (Cnis) est une instance de coordination et de concertation entre producteurs et utilisateurs. Les producteurs de statistiques dans les champs de la santé et de la solidarité devraient être tenus de lui communiquer leur programme de travail annuel. Ce n'est aujourd'hui le cas ni de Santé Publique France (SpF), ni de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), de l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Pourtant, l'examen des programmes de travail par le Cnis est un gage de leur cohérence et le label des enquêtes est à l'évidence une garantie de qualité.

En dehors des enquêtes et des programmes, il existe un dispositif de labellisation des statistiques produites par les administrations, sous l'égide de l'Autorité de la statistique publique (ASP). Ce dispositif est cependant très peu mobilisé et il conviendrait de le développer, en identifiant pour les organismes producteurs les règles auxquelles ils devraient se conformer pour que leurs statistiques présentent les garanties de qualité et d'indépendance reconnues par les standards professionnels.

En deuxième lieu, la mission propose d'enrichir la production statistique sur le champ sanitaire et social pour répondre aux besoins de suivi et d'évaluation des politiques publiques.

Tout d'abord, la mission souligne que la Drees a une longue expérience d'exploitation et d'appariement des données administratives, acquise notamment via la constitution de bases inter-régimes, en tant que tiers de confiance. Cette pratique des appariements est d'ailleurs amenée à se développer avec l'ouverture croissante des données. Elle sera facilitée par le nouveau service de code statistique non signifiant mis en place par l'Insee. La mission considère donc nécessaire de renforcer la capacité de la Drees, en lien avec ses partenaires, dans la production de nouvelles bases statistiques de référence.

Par ailleurs, si une structuration des données du dossier médical partagé (DMP) qui fait défaut actuellement était envisagée, la Drees devrait y être associée pour anticiper les usages statistiques qui pourraient être faits de ces données. Toutefois, ces données étant couvertes par le secret médical, leur exploitation ne pourrait être envisagée qu'à la stricte condition qu'elles soient pseudonymisées et agrégées et que les patients et les médecins donnent leur accord à une telle exploitation.

S'agissant des statistiques sur les politiques sociales décentralisées, l'hétérogénéité des systèmes d'information et des données remontées au niveau national par les conseils départementaux, tant dans le domaine de l'autonomie que de l'aide sociale à l'enfance, identifiée de longue date, n'est pas durablement acceptable dans la mesure où ces politiques sont menées avec des financements publics. Elle le devient d'autant moins depuis la création d'une cinquième branche autonomie dont une des missions prioritaires est de réduire les inégalités de prise en charge entre collectivités. La mission préconise donc, sur le champ de l'autonomie, que la Drees et la CNSA étudient la faisabilité de consolider annuellement des données détaillées sur les caractéristiques des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et leur accompagnement.

En outre, la Drees devrait produire annuellement un compte de l'autonomie. De même, au regard de l'importance prise par cette thématique, la Drees devrait étudier avec les partenaires concernés la possibilité de publier régulièrement un compte de la prévention en matière de santé.

La mission propose aussi de réaliser au plus vite le transfert à la Drees et la refonte du dispositif d'observation longitudinal des mineurs relevant de l'aide sociale à l'enfance de l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE).

Enfin, la Drees devrait expertiser et prioriser les besoins insuffisamment couverts à ce jour listés par la mission dans le présent rapport et étudier avec ses partenaires les modalités les plus adaptées pour les couvrir.

En troisième et dernier lieu, la mission estime nécessaire de renforcer les garanties de fiabilité des statistiques publiées en matière de santé et de solidarité et d'augmenter les moyens de la Drees pour la conforter dans ses missions de service statistique ministériel.

La Drees dispose en effet- de la maîtrise des outils des concepts, des nomenclatures et de la démarche qualité indispensables pour garantir la robustesse et la comparabilité des statistiques.

Dans ce cadre, les missions opérationnelles de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) justifient son transfert à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) tout en maintenant les travaux d'expertise statistique et de projections au sein de la Drees.

Enfin, comme l'a montré la crise sanitaire de façon emblématique, les statistiques tiennent une place essentielle dans le pilotage des politiques sanitaires et sociales. Les méthodes et compétences du service statistique public garantissent la confiance que les citoyens peuvent accorder aux données

qui leur sont fournies et viennent à l'appui des débats démocratiques. Au terme des propositions du présent rapport, la Drees devrait donc occuper, sur ces politiques qui mobilisent plusieurs centaines de milliards d'euros, un rôle de coordination et d'expertise bien plus affirmé qu'aujourd'hui.

Or, alors que les moyens humains et financiers de cette direction ont diminué depuis dix ans, la complexité des politiques publiques qu'elle doit observer et le nombre des organismes concernés n'a cessé de croître. Au demeurant, la Drees dispose de cinq fois moins de statisticiens que l'ensemble des organismes du champ de la santé et de la solidarité. Dans ce contexte, la mission estime que la Drees aurait besoin de façon pérenne d'une dizaine d'emplois supplémentaires, en partie finançables par redéploiements et en partie par relèvement du plafond d'emplois du ministère. Elle devrait également, de par la nature de ses missions qui s'inscrivent dans la durée notamment pour les grandes enquêtes, pouvoir disposer d'une visibilité pluriannuelle sur ses moyens.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable et contributeurs	Échéance
Thème 1 Améliorer la gouvernance d'ensemble				
4	Instaurer une fois par an une réunion stratégique du Comité d'animation du système d'agences (CASA), co-pilotée avec la Drees, pour faire le point sur les productions statistiques et croiser les programmes de travail.	1	DGS Drees	2021 et sq
13	Utiliser les COG des caisses nationales et les COP des agences sanitaires comme levier d'une meilleure gouvernance de la statistique dans les champs de la santé et de la solidarité. Développer dans chaque COG et COP un volet statistique indiquant les objectifs généraux dans ce domaine et précisant les modalités d'échanges annuels entre l'organisme concerné et la Drees sur leurs programmes de travail. Associer systématiquement la Drees à l'élaboration de ce volet des COG et des COP.	1	DAC Caisses nationales de SS Agences sanitaires Drees	A chaque renouvellement de COG et COP
11	Mettre en place dans les directions d'administration centrale une organisation leur permettant de centraliser leurs besoins statistiques et d'instaurer des procédures de coopération avec la Drees pour les satisfaire.	1	DAC Drees	2021 et sq
12	Structurer sous l'égide du SG les relations entre la Drees et les agences régionales de santé (ARS) : - Instaurer une réunion annuelle des directeurs des ARS pilotée par le secrétariat général et la Drees pour faire le point sur les productions et les besoins. - Structurer un réseau de référents des ARS correspondants de la Drees - Faire jouer à la Drees un rôle d'animation des études, d'appui au pilotage et de partage des bonnes pratiques.	1	SG ARS Drees	2022 et sq
7	Mettre en place un comité stratégique de pilotage des indicateurs de santé co-présidé par la DGS et la Drees et regroupant les producteurs et les utilisateurs pour : - Valider les indicateurs de référence et déterminer les priorités sur les indicateurs à produire - Veiller à l'actualisation de la base d'indicateurs et à leur documentation	1	Drees DGS Ensemble des organismes producteurs	2022

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable et contributeurs	Échéance
19	Soumettre les opérateurs à la démarche de labellisation de leurs statistiques par l'Autorité de la statistique publique, afin qu'elles soient conformes au cadre d'assurance qualité de la statistique publique (code des bonnes pratiques).	1	ASP Ensemble des organismes Producteurs Drees	2022
20	Systématiser la présentation des programmes statistiques annuels des opérateurs auprès du Cnis et les inciter à demander la labellisation de leurs principales enquêtes.	1	Cnis Ensemble des organismes Producteurs Drees	2021
6	Mener une évaluation sur la gouvernance, la qualité, l'efficacité et les usages des registres de surveillance épidémiologique ainsi que sur le système des maladies à déclaration obligatoire, dans le contexte notamment des évolutions liées au développement de la e-santé.	2	DGS SpF HCSP Drees	2022
Thème 2 Enrichir la production statistique				
3	Dans le contexte de la création de la branche autonomie et en complément des annexes correspondantes au PLFSS produire annuellement, sous l'égide de la Drees des comptes de l'autonomie.	1	Drees CNSA DGCS DSS	2022 et sq
2	Evaluer, sous l'égide de la Drees, selon quelle méthodologie et à quelle périodicité produire des comptes de la prévention en santé.	2	Drees DGS DSS DGOS Cnam CNSA ATIH	2022
1	Procéder à une revue de la nomenclature des comptes des départements pour s'assurer qu'elle produit des agrégats suffisamment détaillés pour rendre compte des dépenses sociales des départements. En fonction de cette revue, se rapprocher de la DGFIP et de la DGCL pour voir comment apporter d'éventuels ajustements à cette nomenclature.	2	Drees DAC DGFIP DGCL Départements	2022
5	Si une structuration du dossier médical partagé (DMP) était envisagée, étudier les possibilités d'une exploitation statistique des données strictement pseudonymisées et agrégées qui pourrait en être faite après accord des médecins et des patients et associer la Drees à cette réflexion.	1	DNS Cnam Drees Professionnels de santé	2022

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable et contributeurs	Échéance
8	Développer le potentiel des appariements permis par le nouveau service de code statistique non signifiant développé par l'Insee pour produire des sources combinant les dimensions sanitaire et socio-économiques et offrant ainsi un éventail de possibilités plus vaste pour les statistiques.	1	Drees Insee	2022
10	<p>Proposer un recentrage des différents indicateurs d'évaluation de la stratégie de lutte contre la pauvreté.</p> <p>Structurer le dispositif d'observation des personnes sans domicile sous l'égide de l'Insee et de la Drees, en associant les collectivités locales et les associations du secteur.</p> <p>Confier à la Drees le pilotage des enquêtes sur l'aide alimentaire.</p>	<p>1</p> <p>1</p> <p>2</p>	<p>Drees Insee DGCS Départements Associations</p> <p>Drees Insee DGCS Collectivités territoriales Associations</p> <p>Drees DGCS Associations</p>	<p>2021</p> <p>2022</p> <p>2021</p>
14	Etudier la faisabilité de consolider annuellement des données détaillées sur les caractéristiques des bénéficiaires de l'APA et de leur accompagnement.	1	Drees CNSA Départements	2022
15	<p>Structurer la fonction statistique à la Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie (CNSA)</p> <p>La doter de 5 ETP supplémentaires, conformément aux préconisations du rapport IGF-IGAS sur la COG CNSA.</p>	1	CNSA DGCS DSS	2022
Thème 3 Clarifier les missions et renforcer les moyens de la Drees				
16	Rattacher l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) à la DGOS, tout en maintenant le rôle de la Drees en matière de production de statistiques et d'établissement de projections de la démographie des professions de santé.	2	Drees DGOS	2022
9	<p>Finaliser le transfert du dispositif d'observation longitudinale individualisée de la protection de l'enfance (Olinpe) de l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) à la Drees.</p> <p>Recentrer le dispositif de façon à assurer l'exhaustivité et la qualité des informations.</p>	1	Drees Drees Départements	2022

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable et contributeurs	Échéance
17	<p>Doter la Drees de façon pérenne d'une dizaine d'ETP supplémentaires en partie financés par redéploiement et en partie par relèvement du plafond d'emplois ministériel pour lui permettre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - de mettre en œuvre les recommandations suivantes de la mission : <p>Jouer un rôle d'appui aux directions en matière de gestion des données, recensement des besoins, et orientation vers les producteurs les plus idoines</p> <p>Disposer des moyens pour mener la mission d'appui aux ARS</p> <p>Piloter le comité projet des indicateurs de santé et actualiser régulièrement la base déjà constituée</p> <p>Consolider des données détaillées sur les bénéficiaires de l'APA et leur accompagnement</p> <p>Refondre Olinpe en concertation avec les conseils départementaux</p> <p>Animer, avec l'Insee, la démarche d'observation régulière des personnes sans domicile</p> <p>Elaborer les comptes de l'autonomie et de la prévention</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'exercer le rôle d'administrateur ministériel des données du ministère 	1	SG DB	2022
18	<p>Produire dans le cadre des discussions budgétaires 2022 et suivantes une vision à 3 ans des missions et besoins de la Drees et fixer les moyens humains et financiers nécessaires pour les assurer.</p>	2	Drees SG DB	2022 et sq

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	7
RAPPORT	13
1 LES STATISTIQUES PUBLIQUES DANS LE DOMAINE SANITAIRE ET SOCIAL : QUEL PERIMETRE ?.....	14
1.1 LES STATISTIQUES PUBLIQUES AU SENS DE LA LOI DE 1951 MODIFIEE.....	14
1.2 LE CADRE DE GOUVERNANCE DES STATISTIQUES PUBLIQUES	14
1.3 LE PERIMETRE RETENU PAR LA MISSION	18
1.3.1 <i>De nombreux organismes concourent à la production statistique pour une partie de leur activité</i>	<i>18</i>
1.3.2 <i>Les sources statistiques doivent se conformer à des standards professionnels.....</i>	<i>19</i>
1.3.3 <i>La multiplication des données constitue un enjeu pour la statistique et le débat public.....</i>	<i>20</i>
1.4 LA METHODE DE TRAVAIL ADOPTEE PAR LA MISSION.....	20
2 UNE CARTOGRAPHIE THEMATIQUE DES STATISTIQUES EN MATIERE DE SANTE ET DE SOLIDARITE	21
2.1 LES PRODUCTIONS STATISTIQUES TRANSVERSALES DE L'INSEE.....	21
2.1.1 <i>Les grandes enquêtes transversales</i>	<i>21</i>
2.1.2 <i>Les bases de données territoriales.....</i>	<i>22</i>
2.2 LES COMPTES : DES INFORMATIONS DE QUALITE, MAIS DES DEPENSES DE PREVENTION EN SANTE ET EN FAVEUR DE L'AUTONOMIE A PRODUIRE REGULIEREMENT ET A ENRICHIR DAVANTAGE.....	23
2.2.1 <i>Les comptes agrégés élaborés par la Drees.....</i>	<i>23</i>
2.2.2 <i>Les comptes agrégés des branches de la Sécurité sociale</i>	<i>24</i>
2.2.3 <i>Les comptes de l'Etat.....</i>	<i>25</i>
2.2.4 <i>Les comptes agrégés des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance) assurant une couverture santé.....</i>	<i>25</i>
2.2.5 <i>Les comptes agrégés des départements.....</i>	<i>26</i>
2.2.6 <i>Observations générales sur les comptes.....</i>	<i>26</i>
2.3 LES STATISTIQUES RELATIVES A LA SANTE ET A L'OFFRE DE SOINS: UNE COORDINATION DES OPERATEURS A RENFORCER POUR PRODUIRE DES INDICATEURS DE REFERENCE	28
2.3.1 <i>Les producteurs de sources statistiques</i>	<i>30</i>
2.3.2 <i>Les principales sources statistiques</i>	<i>33</i>
2.3.3 <i>Un enjeu de gouvernance globale du dispositif d'observation statistique à renforcer notablement</i>	<i>38</i>
2.3.4 <i>Un enjeu de standardisation des indicateurs produits et de mutualisation des travaux à accroître</i>	<i>41</i>
2.3.5 <i>Besoins exprimés et insuffisamment couverts.....</i>	<i>42</i>
2.4 LES STATISTIQUES RELATIVES AUX RETRAITES : UNE ORGANISATION DE LA PRODUCTION STATISTIQUE QUI REpond AUX PRINCIPAUX BESOINS	44
2.4.1 <i>Les producteurs de sources statistiques</i>	<i>45</i>
2.4.2 <i>Les principales sources statistiques</i>	<i>46</i>
2.4.3 <i>Une articulation des productions satisfaisante, perfectible à la marge, mais un enjeu à anticiper avec la mise en place du RGCU</i>	<i>48</i>
2.4.4 <i>Besoins exprimés et insuffisamment couverts.....</i>	<i>49</i>
2.5 LES STATISTIQUES RELATIVES A L'AUTONOMIE : UNE HETEROGENEITE DES SYSTEMES D'INFORMATION ENTRE COLLECTIVITES TERRITORIALES	50
2.5.1 <i>Les acteurs pilotant la politique de l'autonomie.....</i>	<i>50</i>
2.5.2 <i>Les producteurs de statistiques</i>	<i>51</i>
2.5.3 <i>Les principales sources statistiques</i>	<i>51</i>
2.5.4 <i>L'articulation des productions</i>	<i>54</i>
2.5.5 <i>Besoins exprimés et insuffisamment couverts.....</i>	<i>55</i>
2.6 LES STATISTIQUES RELATIVES A LA PROTECTION DE L'ENFANCE : LA NECESSITE DE RECENTRER LE DISPOSITIF D'OBSERVATION LONGITUDINALE DU PARCOURS DES MINEURS PRIS EN CHARGE	56
2.6.1 <i>Les acteurs pilotant la politique de la protection de l'enfance</i>	<i>56</i>
2.6.2 <i>Les producteurs de statistiques</i>	<i>56</i>

2.6.3	<i>L'articulation des productions</i>	58
2.6.4	<i>Besoins exprimés insuffisamment couverts</i>	59
2.7	LES STATISTIQUES RELATIVES A LA PAUVRETE ET MINIMA SOCIAUX : LA NECESSITE DE RECENTRER LES INDICATEURS D'ÉVALUATION DE LA STRATEGIE NATIONALE DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETE ET DE MIEUX CONNAITRE LA POPULATION DES PERSONNES SANS DOMICILE	59
2.7.1	<i>Les acteurs pilotant la politique de lutte contre la pauvreté</i>	59
2.7.2	<i>Producteurs de statistiques</i>	60
2.7.3	<i>Principales sources statistiques</i>	60
2.7.4	<i>L'articulation des productions</i>	61
2.7.5	<i>Besoins exprimés ou insuffisamment couverts</i>	62
2.8	LES STATISTIQUES RELATIVES A LA FAMILLE, LA JEUNESSE ET L'ENFANCE : LA NECESSITE DE MIEUX PRENDRE EN COMPTE LES NOUVEAUX MODES DE VIE FAMILIALE	63
2.8.1	<i>Les acteurs pilotant la politique de la famille et de l'enfance</i>	63
2.8.2	<i>Les producteurs de statistiques</i>	64
2.8.3	<i>Principales sources statistiques</i>	64
2.8.4	<i>Articulation des productions</i>	66
2.8.5	<i>Besoins exprimés et insuffisamment couverts</i>	66
3	LA GOUVERNANCE STATISTIQUE DU CHAMP DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE DOIT ETRE RENFORCEE TANT EN MOYENS QU'EN COORDINATION	67
3.1	LA GOUVERNANCE DES PRODUCTIONS NATIONALES DE STATISTIQUES.....	67
3.1.1	<i>La Drees, compte tenu de l'étendue du champ qu'elle couvre, est représentée dans nombre d'instances et d'organismes de coordination</i>	67
3.1.2	<i>La Drees doit se voir confier un rôle accru pour appuyer les directions d'administration centrale</i>	67
3.1.3	<i>La coordination entre la Drees et les agences régionales de santé doit être renforcée et les productions de ces agences mutualisées</i>	68
3.1.4	<i>Certaines directions ont pris l'initiative de coordination en matière statistique avec les différents organismes dans leur domaine de compétences mais celle-ci doit être systématisée</i>	69
3.1.5	<i>La Drees a pris une initiative en matière de coordination des acteurs nationaux concernés par la thématique « autonomie » qui pourrait être étendue</i>	70
3.1.6	<i>La collaboration institutionnelle entre la Drees et Santé Publique France d'une part, et la Cnam d'autre part doit être renforcée</i>	71
3.1.7	<i>Doter la cinquième branche autonomie des moyens statistiques nécessaires</i>	72
3.2	LES MOYENS DE LA DREES ACCUSENT UNE BAISSSE SENSIBLE DEPUIS DIX ANS MALGRE L'EXERCICE DE NOUVELLES MISSIONS ...	74
3.2.1	<i>L'évolution des effectifs entre 2010 et 2020</i>	74
3.2.2	<i>L'évolution des dépenses de la Drees entre 2011 et 2019</i>	75
3.3	LA COMPARAISON DES MOYENS DES ORGANISMES PRODUCTEURS DE STATISTIQUES DANS LES CHAMPS DE LA SANTE ET DE LA SOLIDARITE AVEC CEUX DE LA DREES MONTRE QUE CES ORGANISMES DISPOSENT DE MOYENS HUMAINS CONSEQUENTS	76
3.4	IL CONVIENT DE DONNER A LA DREES LES MOYENS LUI PERMETTANT DE REMPLIR SES MISSIONS ET DE LUI ASSURER UNE VISIBILITE PLURIANNUELLE SUR SES MOYENS	79
3.4.1	<i>La diminution continue des moyens de la Drees compromet l'accomplissement de ses missions</i>	79
3.4.2	<i>La nature-même des missions de la Drees nécessite de lui donner une visibilité pluriannuelle sur ses moyens</i>	83
3.5	DES INSTANCES DE LA STATISTIQUE PUBLIQUE INSUFFISAMMENT UTILISEES	84
3.5.1	<i>Élargir le champ des statistiques couvert par l'Autorité de la statistique publique (ASP) et élaborer une charte de bonnes pratiques pour les opérateurs</i>	84
3.5.2	<i>Rendre obligatoire la présentation des programmes de travail au Cnis pour donner une plus grande visibilité aux utilisateurs</i>	85
	LETRE DE MISSION	87
	LISTE DES ANNEXES	89
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	91

RAPPORT

Introduction

Par lettre du 29 octobre 2020, les ministres de l'économie des finances et de la relance et des solidarités et de la santé ont demandé aux inspections générales de l'Insee et des affaires sociales de conduire une mission conjointe sur la cartographie des productions de statistiques publiques en matière de solidarité et de santé.

La lettre de mission demande que soit explicité le rôle des différents partenaires et opérateurs du ministère (caisses, agences, etc.) qui ont à traiter des données dans le cadre de leurs activités, en produisent et en publient tout ou partie, et que soit décrites la gouvernance et l'articulation de ces travaux de production de données et des statistiques avec ce que fait la Drees, pour viser à une amélioration de l'efficacité et de la qualité du système dans son ensemble.

La lettre de mission indique ainsi : « La mission s'attachera à dresser cette cartographie raisonnée des acteurs et de la production statistique dans les champs du sanitaire et du social, ainsi que des moyens afférents déployés. Elle examinera globalement, par grands thèmes, la pertinence des statistiques produites au regard de leurs usages et d'éventuels manques qui pourraient justifier un redéploiement et/ou un ajustement de ressources pour le combler (en ne s'appesantissant pas sur la question spécifique des statistiques de causes de décès, qui fait l'objet d'une mission dédiée déjà en cours). Elle pourra émettre des recommandations pour améliorer l'efficacité globale de cette production. »

La commande de cette mission trouve son origine dans la discussion entre le ministère de la santé et des solidarités et le ministère des comptes publics sur les moyens de la Drees qui ont fortement décliné ces dernières années ; le ministère des comptes publics a accru, en 2021, les crédits d'intervention de la Drees mais le plafond d'emplois de la Drees a encore diminué compte tenu des arbitrages globaux rendus sur les effectifs du ministère et déclinés entre services par le secrétaire général des ministères sociaux.

En tout état de cause, le ministère des comptes a subordonné les décisions à prendre sur les moyens de la Drees pour les années à venir à la réalisation de la présente mission.

Cette mission a été confiée à Nicole Roth, inspectrice générale de l'Insee, et à Jean-Marc Bétemps et Erik Rance, membres de l'inspection générale des affaires sociales (Igas). Elle s'est déroulée de décembre 2020 à avril 2021. La mission s'inscrit donc dans un contexte particulier, celui d'une période marquée par la crise sanitaire qui a fortement sollicité les organismes entrant dans son champ. Par conséquent, les inspecteurs ont dû maintenir l'équilibre entre des sollicitations des organismes indispensables à la réalisation de la cartographie demandée et la préoccupation de ne pas entraver leur activité prioritaire consacrée à la lutte contre la pandémie. C'est ainsi que la mission n'a pu interroger que deux agences régionales de santé. Elle a, par ailleurs, pu avoir des contacts avec tous les organismes qu'elle a contactés mais n'a pu obtenir de certains d'entre eux les tableaux standards recensant précisément les sources statistiques tels que présentés en annexe. Après avoir rappelé les règles de fonctionnement de la statistique publique, le présent rapport dresse une cartographie synthétique des sources statistiques transversales puis par grand thème (santé, retraites, autonomie, protection de l'enfance, pauvreté, famille), le détail des sources étant renvoyé en annexe. Même si la mission s'est efforcée de couvrir l'ensemble du champ, cette cartographie ne

prétend pas à l'exhaustivité compte tenu du délai imparti. Enfin, la mission s'est, dans une troisième partie, attachée à dresser un diagnostic du fonctionnement de la gouvernance des statistiques publiques dans le champ concerné et à émettre des recommandations en la matière.

1 Les statistiques publiques dans le domaine sanitaire et social : quel périmètre ?

1.1 Les statistiques publiques au sens de la loi de 1951 modifiée

La lettre de mission porte sur le champ des statistiques publiques. Celles-ci ont fait l'objet d'une définition formalisée dans le cadre de la loi fondatrice n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée « *sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques* », qui indique dans son article 1 (dans sa version modifiée suite à la loi de modernisation de l'économie de 2008) :

« *Les statistiques publiques regroupent l'ensemble des productions issues :*

- *des enquêtes statistiques dont la liste est arrêtée chaque année par un arrêté du ministre chargé de l'économie ;*
- *de l'exploitation, à des fins d'information générale, de données collectées par des administrations, des organismes publics ou des organismes privés chargés d'une mission de service public.*

La conception, la production et la diffusion des statistiques publiques sont effectuées en toute indépendance professionnelle. »

Le second alinéa de cette définition emporte donc un périmètre potentiellement très large, qui dépasse le cercle des producteurs du Service Statistique Public (SSP), c'est-à-dire l'Insee et les services statistiques ministériels, dont la Drees en tant que service statistique ministériel (SSM) du ministère de la santé et des solidarités. Ce champ recouvre potentiellement l'activité statistique des caisses de sécurité sociale, de diverses agences sanitaires, de groupements d'intérêt public, etc.

1.2 Le cadre de gouvernance des statistiques publiques

Outre la question de la finalité, la loi de 1951 modifiée se réfère explicitement aux modalités d'élaboration et de diffusion des statistiques publiques, en spécifiant la notion « *d'indépendance professionnelle* ».

La loi définit aussi les modalités de gouvernance de la statistique publique, en distinguant trois piliers :

- Le **Service statistique public (SSP)**, composé de l'Insee et des Services Statistiques ministériels (SSM), qui sont des services d'administration centrale des ministères et dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de l'économie, pris après avis de l'Autorité de la statistique publique (voir l'arrêté du 11 septembre 2020). La spécificité des missions des SSM impose un cadre particulier d'exercice de leur activité avec à la fois des obligations en terme d'indépendance et de qualité et des droits spécifiques d'accès aux données (**cf. encadré 1**).

- **L'Autorité de la statistique publique (ASP)** veille à l'indépendance professionnelle dans la conception, la production et la diffusion de statistiques publiques¹. Elle assure une vigilance quant au respect des principes d'objectivité, d'impartialité, de pertinence et de qualité des données produites, en référence aux recommandations européennes en matière de bonnes pratiques.

Un des domaines d'action de l'ASP est relatif aux données qui ne sont pas produites par le système statistique public c'est-à-dire par l'Insee et les services statistiques ministériels mais qui proviennent de l'exploitation, à des fins d'information générale de données collectées par des administrations ou des organismes privés chargés d'une mission de service public. Il entre alors dans les missions de l'ASP de s'assurer que ces statistiques sont produites et diffusées en respectant le code européen des bonnes pratiques. L'ASP a ainsi défini une procédure de labellisation qui a été effectivement mise en œuvre pour un certain nombre de statistiques produites par les caisses de sécurité sociale, comme la Caisse nationale d'assurance maladie, la Caisse nationale d'assurance vieillesse, la Caisse nationale d'allocations familiales, la Mutualité sociale agricole, ou par le Service des retraites de l'Etat.

- **Le Conseil national de l'information statistique (Cnis)** est une instance de coordination et de concertation entre producteurs et utilisateurs². Il permet des échanges sur différents sujets thématiques ou transversaux, au travers de groupes de travail organisés régulièrement entre producteurs et utilisateurs pour approfondir un sujet et faire des propositions d'évolutions. Il est aussi le lieu d'échange sur les programmes de travail des producteurs de la statistique publique pour l'année suivante. Tous les cinq ans, le Cnis procède à une analyse prospective des besoins à moyen terme et des changements à apporter au système d'information à cet horizon.

Le Cnis examine les nouveaux projets d'enquête présentés par l'Insee et les services statistiques ministériels ou par d'autres organismes ayant des missions de service public, sur la base du volontariat. L'examen porte sur la finalité du projet, sa place dans le système d'information et les conditions prévues de sa diffusion. Le Cnis statue sur l'opportunité de chaque opération en vérifiant qu'elle répond à un besoin d'intérêt général et ne fait pas double emploi avec d'autres sources existantes. Le label de qualité statistique et d'intérêt général³ délivré par le Cnis peut être attribué à des enquêtes réalisées par des organismes ayant des missions de service public hors du cercle du SSP. Pour mémoire, ce label permet l'inscription des enquêtes au Programme des enquêtes de la statistique publique, il est assorti éventuellement du caractère obligatoire, ce qui est de nature à favoriser la réponse aux enquêtes et à réduire les biais potentiels liés au volontariat.

L'avis du Cnis est requis pour que l'Insee ou les SSM puissent accéder à des fichiers administratifs afin de répondre à des finalités statistiques. L'avis du Cnis sera aussi requis dorénavant pour autoriser les appariements entre sources, à partir du « *code statistique non signifiant (CSNS)* ». Ce nouveau service permettra de simplifier fortement les procédures administratives et d'industrialiser les techniques d'appariements, ce qui lèvera un certain nombre de freins et permettra une plus grande richesse de l'information statistique produite (**cf. encadré 2**).

¹ <https://www.autorite-statistique-publique.fr/>

<https://www.insee.fr/fr/information/5008696?sommaire=5008710>

² <https://www.cnis.fr/>

³ <https://www.insee.fr/fr/information/5008698?sommaire=5008710>

Au-delà de l'aspect formel ou procédural de la gouvernance de la statistique publique, il convient de souligner quels sont les objectifs poursuivis. Il s'agit avant tout de produire des statistiques dans un cadre de neutralité et de transparence des méthodes utilisées, pour en permettre la bonne appropriation par l'ensemble des usagers ; il faut aussi que les méthodes employées soient conformes aux règles de l'art et reconnues comme vérifiant les standards professionnels en la matière (échantillonnage, redressement de la non-réponse, calage, etc.). Il faut qu'elles soient pertinentes et répondent aux besoins des usagers. A ces principes visant à la production de statistiques de confiance, s'ajoutent deux critères, d'économie de moyens (pour ne pas complexifier la tâche des répondants au-delà de ce qui est nécessaire) et de diffusion large des résultats mais aussi des micro-données à des fins d'études et de recherche, en veillant au respect de la confidentialité.

Encadré 1 : Le cadre général d'action des services statistiques ministériels

Les services statistiques ministériels (SSM) constituent avec l'Insee le service statistique public, tel que défini par la loi 51-711 du 7 juin 1951 modifiée sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques et dont l'Insee assure la coordination.

Les SSM exercent six grandes catégories de missions :

- La mission première est la production de statistiques publiques à partir d'enquêtes ou de sources administratives, à des fins d'information générale et pour éclairer le débat public. Le programme de travail des SSM est présenté au Conseil national de l'information statistique (Cnis), qui assure la concertation entre producteurs et utilisateurs de la statistique publique.
- S'ajoute à la mission de production, celle de diffuser les statistiques publiques produites dans le respect des règles de secret, notamment celles du secret statistique.

En plus de ces missions de base, comme le précise la charte des SSM élaborée par l'Insee, les SSM ont vocation à remplir 4 autres missions :

- la réalisation d'analyses et d'études, valorisant la production statistique ;
- un appui aux administrations pour le pilotage des politiques publiques via des analyses, l'élaboration de statistiques, d'indicateurs, de tableaux de bord, répondant aux besoins des ministères de rattachement et qui ne sont pas soumises à l'obligation de diffusion publique qui s'impose aux statistiques publiques ;
- la contribution à l'harmonisation des nomenclatures et des concepts au sein du service statistique public pilotée par l'Insee ;
- la contribution aux statistiques internationales.

Le code de bonnes pratiques de la statistique européenne

Les SSM sont tenus de respecter le code des bonnes pratiques de la statistique européenne, qui fixe seize principes parmi lesquels l'indépendance professionnelle pour l'élaboration, la production et la diffusion des statistiques, l'impartialité, l'objectivité, la pertinence, la qualité des données produites, la solidité de la méthodologie, l'adéquation des ressources et la protection du secret statistique.

L'indépendance professionnelle requiert en particulier que le SSM ait toute liberté, notamment par rapport à son administration de rattachement, pour fixer les méthodes et les processus de la production statistique ainsi que les modalités de la diffusion des résultats, qui doit clairement se distinguer de toute communication ministérielle, le ministère pouvant ensuite articuler sa communication en reprenant les chiffres déjà publiés par le SSM. Pour autant, ce principe n'implique pas que le SSM agisse en toute autonomie.

L'ASP veille à la bonne mise en œuvre de ces principes par les SSM, pour laquelle l'Insee intervient en sa qualité de coordinateur, conformément au décret n°2009-250 du 3 mars 2009.

Des droits spécifiques pour accéder aux données

Les SSM bénéficient de par la loi d'un accès privilégié aux données détenues par l'Insee et les autres SSM, à des données administratives non couvertes par un secret légal et à des données privées. Cet accès est autorisé à des fins exclusives d'établissement de statistiques publiques et sous certaines conditions, telles l'avis du Cnis pour l'accès à des données administratives et l'avis du Comité du secret statistique pour les données individuelles détenues par l'Insee ou d'autres SSM.

Le secret statistique

Le secret statistique est régi par la loi n° 51-711 du 7 juin 1951 modifiée et constitue une forme particulière de secret professionnel applicable à tout organisme relevant de la statistique publique, notamment les services statistiques ministériels.

Le secret statistique interdit de divulguer ou de communiquer à des tiers des informations individuelles concernant des personnes physiques ou morales :

- recueillies par voie d'enquête statistique, que celle-ci soit obligatoire ou non ;
- transmises par des tiers à des fins exclusives d'établissement de statistiques, notamment des données administratives.

Il permet donc d'apporter une garantie de confidentialité quant à leur vie privée, personnelle et familiale aux personnes physiques et de respect du secret commercial aux entreprises, qui fournissent des informations utilisées pour l'établissement de statistiques. Ainsi, les résultats issus de ces données individuelles sont communiqués ou diffusés sous une forme agrégée ne permettant pas la ré-identification d'informations individuelles.

Toutefois, par dérogation à l'interdiction de communiquer des données individuelles, des autorisations peuvent être accordées par l'administration des Archives après avis du Comité du secret statistique auprès duquel des demandes d'accès peuvent être formulées. S'agissant des données collectées par voie d'enquête statistique, ces exceptions sont limitées :

- à des finalités de statistique publique ou de recherche scientifique ou historique, s'agissant des données individuelles concernant des personnes physiques ;
- à des utilisations n'ayant pas pour finalité le contrôle fiscal ou la répression économique, s'agissant de données concernant des entreprises.

Encadré 2 : Le « code statistique non signifiant »

Les administrations disposent de nombreux fichiers comportant des données personnelles protégées par les dispositions de la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978. Ces fichiers sont une source d'information très riche pour la statistique publique et pour la recherche. Le moyen le plus sûr pour garantir un appariement de qualité entre deux fichiers est de recourir au numéro d'identification au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR) dit aussi numéro de sécurité sociale. En raison de son caractère signifiant, il a été historiquement réservé au secteur de la sécurité sociale.

La CNIL en a progressivement élargi les usages possibles. Pour faciliter l'usage du NIR dans les travaux de la statistique ou de la recherche publique, l'article 34 de la loi pour une République numérique a donc créé une procédure spécifique permettant de créer un code statistique non signifiant (CSNS), dérivé du NIR, traduite dans l'article 30 de la loi informatique et libertés modifiée.

Le décret n° 2016-1930 du 28 décembre 2016, portant simplification des formalités préalables relatives à des traitements à finalité statistique ou de recherche, en a défini les modalités d'application en distinguant deux cas d'usage : un code pérenne pour les usages dans le domaine statistique d'une part, un code à durée limitée pour la recherche d'autre part, ce numéro étant spécifique à l'étude, afin d'éviter tout croisement ultérieur de données.

Le projet code statistique non signifiant (CSNS) développé au sein de l'Insee a pour ambition de proposer une aide aux appariements de données. En facilitant les appariements, ce projet devrait permettre notamment de réduire la charge statistique d'enquêtes auprès des ménages.

Le projet a aussi pour objectif de proposer une organisation facilitant la diffusion raisonnée du CSNS au sein du système statistique public (SSP), de façon sécurisée. Le produit final est un service offert à l'ensemble du SSP, qui consiste à délivrer un CSNS à un responsable de traitement, ce dernier ayant en amont fourni soit un NIR, soit des éléments d'état civil permettant de le déterminer. Pratiquement, le CSNS est obtenu par une opération cryptographique consistant, à l'aide d'une clé secrète, à transformer le NIR en un identifiant non porteur d'information, d'où sa dénomination « code statistique non signifiant ». Ce processus est éventuellement précédé d'une étape d'identification au Répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) si le NIR n'est pas connu du responsable de traitement mais que seuls des éléments d'état civil (traits d'identité) sont fournis.

1.3 Le périmètre retenu par la mission

1.3.1 De nombreux organismes concourent à la production statistique pour une partie de leur activité

Pour circonscrire le périmètre sous revue qui est très large, la mission a retenu le principe de diffusion à *des fins d'information générale* : sont donc retenus les organismes ayant une mission de service public qui diffusent leurs statistiques sur des supports ouverts à tous, sans restriction d'usage pour les indicateurs agrégés et dans le cadre du respect des règles de protection des données personnelles.

Elle ne s'est pas limitée, ni au Service statistique public, ni aux organismes qui sont labellisés formellement par l'ASP pour une partie de leurs statistiques, ou qui présentent leurs enquêtes ou leur programme de travail au Cnis ou y participent régulièrement.

Une telle limitation aurait en effet écarté un certain nombre d'organismes importants qui concourent régulièrement à la diffusion de statistiques dans les domaines sanitaire et social. Nombre de statistiques ne relevant pas de la loi de 51 sont en effet régulièrement mobilisées par l'Etat pour mener à bien ses missions ou par différentes parties prenantes à l'occasion des débats publics, même si on peut regretter cet éloignement relatif par rapport aux règles qui régissent la statistique publique.

Le choix des organismes sous revue reste cependant raisonné. La mission s'est ainsi efforcée de se restreindre aux principaux organismes ayant une compétence nationale ou ayant une tête de réseau nationale.

Les organismes retenus le sont pour la partie de leur production qui fait l'objet d'une diffusion à *des fins d'information générale*, en écartant a priori ce qui relève de leur communication institutionnelle. Ont aussi été écartées les données qui concourent au pilotage de l'activité des directions d'administration centrale ou des organismes sous tutelle. Ces statistiques visent à satisfaire une finalité métier dans un objectif de gestion interne. Elles s'inscrivent donc dans une logique différente, de nature contractuelle entre différents services ou entre un opérateur et sa tutelle. Elles ont donc été exclues du champ examiné par la mission.

La mission a inclus les comptes financiers dans le champ de sa cartographie, bien que les comptes en tant qu'exercice de synthèse répondent à un mode de production différent de celui relatif à la production de données, y compris financières, résultant de l'exploitation de sources administratives, de répertoires ou d'enquêtes

Enfin la mission a exclu de son champ d'investigation les traitements de données effectués à des fins exclusives de recherche.

1.3.2 Les sources statistiques doivent se conformer à des standards professionnels

La mission s'est attachée à identifier les principales sources statistiques, et non pas l'ensemble des bases de données ou système d'information existants.

Les bases (ou jeux) de données se définissent comme un ensemble de données brutes, rassemblées selon certaines règles, notamment administratives.

Les sources statistiques requièrent quant à elles un travail supplémentaire pour qualifier les données brutes : elles impliquent des retraitements pour définir les concepts que l'on cherche à mesurer, pour contrôler les dates ou périodes de référence, pour expliciter le champ représenté ou l'unité observée, ainsi que l'ensemble des méthodes de redressements permettant de contrôler leurs biais éventuels ou leur précision. En conclusion, une source statistique doit être en mesure de fournir des métadonnées attestant de ses qualités métrologiques (biais éventuels par rapport au champ et aux concepts visés, mode de calcul et précision des principaux indicateurs).

Les sources statistiques examinées peuvent être issues soit d'enquêtes, soit d'un retraitement de sources administratives, soit d'une combinaison des deux.

La tendance à recourir à des bases administratives pour produire des sources statistiques s'est en effet développée depuis de nombreuses années, pour des raisons à la fois de coût et de meilleure précision à des niveaux géographiques fins.

Cette tendance concerne de nombreux domaines, comme l'emploi (à partir de la déclaration sociale nominative), les revenus des ménages (à partir des sources fiscales et sociales), l'offre de soins (à partir du Système national de données de santé ou des répertoires de professionnels). Les sources ou les exploitations statistiques qui en découlent demandent un travail parfois conséquent de définition des concepts (pour passer des concepts administratifs aux concepts statistiques) et de mise en qualité (pour qualifier les données en termes de biais et de précision). Généralement, les sources statistiques s'inscrivent aussi dans un objectif de cohérence temporelle, afin de fournir une mesure fiable des évolutions, ce qui suppose une pérennité des méthodes de traitements : le cas échéant, il est nécessaire de rétroscander les séries, ou a minima de réaliser des études d'impact en cas de choc sur les données recueillies ou sur les traitements effectués, afin de permettre une mesure fiable des évolutions temporelles.

Les enquêtes restent quant à elles le moyen privilégié pour recueillir l'information lorsque celle-ci n'est pas directement mobilisable à partir de sources administratives, par exemple pour identifier les besoins des populations, mesurer leurs comportements ou des caractéristiques socio-démographiques ou de contexte ne figurant pas dans les bases administratives. Les enquêtes permettent en général de mieux maîtriser les concepts. En revanche, leur coût important rend généralement impossible leur déclinaison territoriale à des niveaux fins et peut limiter à fois leur nombre et leur récurrence.

De plus en plus souvent, les enquêtes sont enrichies de données externes issues de bases administratives, par appariement sur des traits d'identité et/ou sur le numéro d'identification au RNIPP, lorsque celui-ci est disponible. Ces appariements permettent ainsi de compléter les données déclaratives de données issues de bases administratives, par exemple pour déterminer le niveau de vie ou disposer des données précises de consommations de soins, qui viennent compléter les données recueillies par enquête.

1.3.3 La multiplication des données constitue un enjeu pour la statistique et le débat public

L'ouverture des données prônée notamment par le rapport Bothorel (Pour une nouvelle ère de la politique publique de la donnée) ainsi que les perspectives de développement des sources d'information en matière de e-santé, vont conduire à une ouverture et à une démultiplication des jeux de données disponibles.

Ces nouvelles possibilités offertes en matière de données vont constituer un enjeu accru pour alimenter les débats publics et pour en extraire des statistiques pertinentes (répondant à des besoins), interprétables quant à leur champ (représentatives) et robustes en termes d'évolution temporelle.

La mission considère que la prolifération des données est à la fois porteuse de potentialités mais aussi de risques d'exploitation et de diffusion de statistiques dont la qualité n'est pas maîtrisée.

En effet toute donnée n'est pas en soi une statistique car la production de statistiques fiables suppose la maîtrise des outils, des concepts, des nomenclatures et doit s'accompagner d'une démarche qualité indispensable pour garantir leur robustesse, leur comparabilité et leur cohérence.

1.4 La méthode de travail adoptée par la mission

Compte tenu de son ampleur, le champ de la solidarité et de la santé a été découpé en différents domaines. Pour chacun des domaines examinés (santé, retraites, autonomie, protection de l'enfance, pauvreté, famille), la mission a d'abord identifié les principaux acteurs de la production statistique, que ce soit à partir d'enquêtes ou de bases administratives.

Pour certains domaines examinés, il a été utile d'identifier aussi en amont les producteurs de ces sources administratives, mais aussi certains acteurs jouant un rôle transversal en matière de structuration ou de référencement des données administratives produites.

La mission a ensuite cartographié les principales sources statistiques existantes et leurs principaux usages. Cependant, s'il est possible de décrire les objectifs des sources statistiques et les principaux indicateurs produits, la description exhaustive des indicateurs produits par chaque source a semblé apporter peu de lisibilité sur un champ aussi vaste. Une approche détaillée par indicateurs, même en se limitant aux indicateurs de référence, se heurte par ailleurs à différents écueils, compte tenu de la multiplicité des usages de chaque source, mais aussi compte tenu de leur constante évolution, notamment dans le cadre de l'open-data.

La mission a ainsi davantage cherché à appréhender les enjeux de cohérence globale de l'organisation de la production statistique. L'approche en majeur par source est aussi apparue préférable parce qu'elle présente l'avantage de raisonner au niveau le plus structurant en termes de coût de la production statistique. Il n'en reste pas moins que la cohérence des indicateurs produits par différents utilisateurs potentiels à partir d'une même source reste un sujet important, qui renvoie par ailleurs à la transparence des méthodes de calcul utilisées.

Compte tenu de l'ampleur du champ, la mission a privilégié les sources statistiques récurrentes, produites avec une certaine périodicité, qui peut être annuelle, infra-annuelle ou supra-annuelle (voire parfois irrégulière).

S'agissant d'une mission portant sur les statistiques publiques, la mission a opéré une distinction entre les sources produites au sein des organismes retenus. La capacité de la source à représenter un phénomène sans biais (de champ, d'auto-sélection) a été un attribut important pour délimiter le champ investigué par la mission.

Enfin, pour chaque domaine, la mission a identifié les principales difficultés ou les redondances éventuelles. Les besoins d'information non satisfaits ont été recueillis au travers des avis des producteurs eux-mêmes, des instances de gouvernance ou de régulation existantes comme les hauts conseils, autorités, observatoires thématiques ou de quelques associations représentant les usagers, ainsi qu'au travers des avis du Cnis. Une investigation auprès d'un champ d'acteurs plus vaste n'était pas envisageable dans les délais impartis.

2 Une cartographie thématique des statistiques en matière de santé et de solidarité

Cette partie descriptive vise à proposer une cartographie synthétique des sources statistiques transversales puis par grand thème (santé, retraites, autonomie, protection de l'enfance, pauvreté, famille), le détail des sources étant renvoyé en annexe. Les sources de l'Insee et les comptes financiers sont présentés en premier en raison de leur caractère transversal.

2.1 Les productions statistiques transversales de l'Insee

Sont décrites ici les principales sources statistiques produites par l'Insee sur la connaissance des revenus et des conditions de vie.

2.1.1 Les grandes enquêtes transversales

L'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS), annuelle, vise à analyser les revenus suivant des critères sociodémographiques usuels (catégorie socioprofessionnelle et âge des personnes composant le ménage, taille du ménage, activité de chaque individu etc.) et à mesurer le niveau de vie et la pauvreté monétaire des personnes. Les revenus sont mesurés par appariement d'un échantillon issu de l'enquête Emploi avec les données fiscales, complétées d'information en provenance des caisses de sécurité sociale pour connaître les prestations non imposables.

L'enquête Statistiques sur les revenus et les conditions de vie (SRCV) constitue la partie française du dispositif européen SILC (survey on income and living conditions). Elle a pour vocation de permettre la production d'indicateurs structurels sur la répartition des revenus, de la pauvreté et de l'exclusion selon des concepts comparables pour chacun des pays de l'Union Européenne. SRCV est un dispositif multi-thèmes : revenus (pauvreté financière), privations matérielles, logement, emploi, santé, bien-être, garde d'enfants). Le questionnaire de l'enquête se compose d'une partie stable dans le temps (données dites « primaires ») et de modules secondaires qui changent chaque année et visent à mieux comprendre certains aspects de la pauvreté (conditions de logement, accès aux services, transmission intergénérationnelle de la pauvreté, etc...). Tous les 3 ans, SRCV comprend un module santé (dont l'assurance complémentaire). D'autres modules sont reconduits tous les 6 ans (2020 : Surendettement, patrimoine, consommation ; 2021 : Familles recomposées ou enfants de

parents séparés ; 2022 : Qualité de vie, participation sociale et culturelle ; 2023 : Transmission des inégalités – Difficultés de logements ; 2024 : Accès aux services – Transferts sociaux en nature ; 2025 : Sujet à définir par la commission européenne). En 2021, des questions sur l'impact de la crise sanitaire ont été rajoutées, ainsi que les difficultés administratives et l'aide alimentaire afin de mieux éclairer l'effet de la crise sur les plus démunis.

Le fichier local social et fiscal (Filosofi) a été mis en œuvre afin de permettre une observation du revenu disponible des ménages aux échelons géographiques fins. L'exploitation conjointe des sources fiscales et sociales permet de reconstituer un revenu déclaré (avant redistribution et imputation des revenus financiers non déclarés) et un revenu disponible (après redistribution et imputation des revenus financiers non déclarés) avec une estimation précise des prestations réellement perçues à des niveaux locaux fins, jusqu'à la commune, ainsi qu'à des niveaux infra-communaux (IRIS, quartiers « politique de la ville »).

L'échantillon démographique permanent (EDP), est un panel sociodémographique mis en place pour étudier la fécondité, la mortalité, les parcours familiaux, les migrations géographiques au sein du territoire national, la mobilité sociale et la mobilité professionnelle, les carrières salariales et les niveaux de vie ainsi que les interactions possibles entre ces différents aspects. Il est élaboré par appariement de diverses sources administratives et des recensements de population. Par sa taille, l'échantillon démographique permanent permet des analyses fines qui peuvent notamment prendre en compte les effets de génération et des différenciations selon les qualifications, l'origine, la localisation géographique.

L'enquête mensuelle de conjoncture auprès des ménages (Camme) vise à mesurer un indicateur de confiance des ménages. Elle comporte aussi des parties variables, (bien-être ; pratiques environnementales). Depuis octobre 2020, l'enquête a été enrichie de questions sur les variations mensuelles de revenus, et depuis janvier 2021 sur le recours à l'aide alimentaire.

Par ailleurs, l'Insee réalise régulièrement d'autres enquêtes sur le patrimoine, le logement (enquête dorénavant confiée au service statistique du ministère en charge du logement), les parcours et conditions de vie des personnes selon l'origine migratoire (enquête Trajectoires et origines, avec l'Ined).

Enfin, l'Insee est responsable de l'établissement des statistiques de mortalité (Etat civil). En 2020, les statistiques habituellement annuelles ont été diffusées à un rythme hebdomadaire, pour chiffrer l'excès de mortalité toutes causes jusqu'au niveau départemental. Pour mémoire, la statistique des causes de mortalité est produite par le CepiDc, unité de recherche de l'Inserm.

2.1.2 Les bases de données territoriales

L'Insee diffuse de nombreuses données territorialisées, sur son site de données locales⁴. On peut notamment identifier la diffusion réalisée dans le cadre des indicateurs pour le suivi national des objectifs de développement durable. L'Assemblée générale de l'Organisation des Nations unies (ONU) a en effet adopté 17 objectifs de développement durable (ODD), déclinés en 169 cibles pour la période 2015-2030. Trois buts essentiels sont poursuivis : lutter contre les inégalités, l'exclusion et les injustices ; faire face au défi climatique ; mettre fin à l'extrême pauvreté.

⁴ <https://www.insee.fr/fr/information/3544265>

À l'issue d'une concertation menée sous l'égide du Conseil national de l'Information statistique (Cnis) un tableau de bord de 98 indicateurs qui constituent le cadre national pour le suivi des progrès de la France dans l'atteinte des 17 ODD a été défini. Il est publié annuellement par l'Insee. Le tableau de bord comprend notamment 2 rubriques : éradication de la pauvreté et santé et bien-être⁵.

2.2 Les comptes : des informations de qualité, mais des dépenses de prévention en santé et en faveur de l'autonomie à produire régulièrement et à enrichir davantage.

2.2.1 Les comptes agrégés élaborés par la Drees

Ces comptes sont élaborés en comptabilité nationale et produits annuellement.

2.2.1.1 Les comptes annuels de la protection sociale

Les comptes de la protection sociale (CPS) décrivent les prestations versées ainsi que les opérations qui contribuent à leur financement. Ces comptes agrègent les interventions des administrations publiques et certaines interventions de la sphère privée.

La plupart des séries des comptes de la protection sociale remontent jusqu'en 1959. Comptes satellites des comptes nationaux, ils permettent d'apprécier la contribution de la protection sociale aux grands agrégats des finances publiques (déficit public, prélèvements obligatoires, etc.), de mesurer son importance dans l'activité économique nationale et d'apprécier son rôle dans le revenu des ménages.

Par ailleurs, les CPS constituent le fondement du questionnaire annuel obligatoire du système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (Sespros), supervisé par Eurostat. Les analyses en comparaisons internationales qui en découlent resituent la protection sociale française dans son contexte européen et font ressortir les priorités accordées par les États membres aux différents risques sociaux. Enfin, ces comptes servent également de base à des évaluations plus complètes des dépenses sociales et fiscales ciblant certaines populations.

2.2.1.2 Les comptes annuels de la santé

Les comptes de la santé retracent les dépenses et analysent de façon détaillée la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en France et les financements correspondants, qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages.

Ils servent également de base à l'élaboration des comptes de la santé présentés dans les instances internationales (système SHA de l'OCDE, d'Eurostat et de l'OMS) et permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales sur des bases fiables et harmonisées.

Chaque année, ses principaux enseignements sont présentés en septembre lors de la Commission des comptes de la santé. Les comptes de la santé constituent l'un des satellites des comptes nationaux de l'Insee, dont ils adoptent la méthodologie.

⁵ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2654964>

2.2.1.3 Les comptes sectoriels

La Drees produit également des comptes sectoriels (prévention, handicap, autonomie etc...) à des périodicités très variables et dépendantes des moyens humains qu'elle peut ou non y consacrer (voir en annexe les années de production de ces différents comptes).

2.2.2 Les comptes agrégés des branches de la Sécurité sociale

Ces comptes sont présentés en comptabilité générale. Ils figurent dans le rapport annuel de la Commission des comptes de la sécurité sociale ainsi que dans les annexes au PLFSS et ils sont par ailleurs certifiés par la Cour des comptes.

2.2.2.1 La Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS)

Créée en 1979, la commission des comptes de la Sécurité sociale a pour mission d'analyser les comptes des différents régimes. Ses travaux servent de référence pour comprendre la situation financière de la Sécurité sociale, avec à la fois la présentation des résultats de l'exercice passé mais aussi des prévisions sur l'année à venir.

La CCSS reçoit communication des comptes des régimes de sécurité sociale établis pour l'année antérieure et des comptes prévisionnels établis pour l'année en cours et l'année suivante. En outre, elle prend connaissance des comptes des régimes complémentaires de retraite rendus obligatoires par la loi, ainsi que d'un bilan relatif aux relations financières entretenues par le régime général de la Sécurité sociale avec l'État et les autres institutions concernées.

La CCSS livre ses rapports deux fois par an et livre également des comptes mensuels qui donnent des informations plus fines sur la situation infra-annuelle de la Sécurité sociale.

2.2.2.2 Les annexes aux lois de financement de la sécurité sociale

Ces annexes sont élaborées par la direction de la sécurité sociale en lien avec d'autres directions du ministère (notamment DGS, DGOS, Drees) et avec les Caisses nationales de sécurité sociale.

Les annexes qui présentent des informations sur les comptes sont les annexes 2, 4, 7, 8 et 10 (voir détail de leur contenu en annexe).

2.2.2.3 La certification des comptes du régime général de sécurité sociale par la Cour des comptes

En application des dispositions de l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières, la Cour des comptes établit chaque année un rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale, qu'elle remet au Parlement et au Gouvernement au titre de sa mission constitutionnelle d'assistance au Parlement et au Gouvernement dans le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale (article LO 111-3 du code de la sécurité sociale)

Dans ce cadre, la Cour des comptes certifie la régularité, la sincérité et l'image fidèle donnée sur la situation financière et le patrimoine du régime général de sécurité sociale.

2.2.3 Les comptes de l'Etat

Bien que l'Etat tienne ses comptes d'une part en comptabilité budgétaire avec la particularité propre à cette comptabilité d'être décomposée en autorisations d'engagement (AE) et en crédits de paiement (CP), d'autre part en comptabilité générale, ce sont les comptes en comptabilité budgétaire qui rendent compte en détail de ses dépenses dans le champ sanitaire et social.

Ces comptes sont principalement élaborés par les responsables des programmes budgétaires des différents ministères et centralisés par la direction du budget.

Ils sont présentés par missions et programmes dans des documents prévisionnels intitulés « Projets annuels de performance » (PAP) annexés aux lois de finances et dans des documents d'exécution intitulés « Rapports annuels de performance » (RAP) annexés aux lois de règlement.

Dans l'ensemble du champ investigué par la mission, les dépenses de l'Etat figurent dans la Mission « Santé » qui est composée de deux programmes, les programmes 204 et 183, dans la Mission « Solidarité, insertion et égalité des chances » et principalement dans deux programmes, les programmes 304 et 157, dans la Mission « Cohésion des territoires » et principalement dans le programme 177, dans une Mission interministérielle intitulée « Régimes sociaux et de retraite » et dans un Compte d'affectation spéciale (CAS) intitulé « Pensions » (voir détail de leur contenu en annexe).

2.2.3.1 Les autres annexes aux lois de finances

Figurent également en annexe aux lois de finances deux types de documents qui délivrent des informations financières complémentaires de celles figurant dans les PAP et les RAP, les Documents de politique transversale (DPT) et les Jaunes. Dans le champ sanitaire et social deux DPT et quatre Jaunes sont particulièrement à signaler. (voir détail de leur contenu en annexe)

2.2.4 Les comptes agrégés des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance) assurant une couverture santé

Ces comptes sont compilés par la Drees et figurent dans un rapport produit annuellement sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

Ce rapport, transmis au Parlement en vertu de l'article L 862-7 du code de la sécurité sociale, est élaboré à partir d'états statistiques⁶ recueillies par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et de données transmises par le Fonds de la Complémentaire santé solidarité.⁷

Il présente les organismes du marché de l'assurance complémentaire santé et leur démographie., décrit tour à tour les principaux aspects de leur activité (cotisations collectées, prestations reversées, charges de gestion, rentabilité) et analyse leur solvabilité financière globale et leur respect des règles prudentielles.

⁶ Ces états statistiques sont décrits dans le décret 2015-1121 du 4 septembre 2015 modifiant les états statistiques des entreprises d'assurance, des mutuelles et des institutions de prévoyance en matière de protection sociale complémentaire

⁷ A noter que ce fonds a disparu au 1^{er} janvier 2021 et que sa gestion sera reprise directement par la Cnam et l'ACOSS

2.2.5 Les comptes agrégés des départements

Ils sont mis en ligne par l'Observatoire des finances et de la gestion publique locale à partir des données des balances comptables des départements fournies par la DGFIP.

Les comptes des départements ne font pas l'objet d'une certification générale par la Cour des comptes ; un processus d'expérimentation de la certification de leurs comptes par certains départements volontaires a toutefois été lancé aux termes de l'article 110 de la loi n° 2015-991 du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République.

2.2.6 Observations générales sur les comptes

Si la fiabilité des comptes et leur documentation est globalement de grande qualité et accessible, leur lisibilité est rendue parfois problématique à cause d'agrégats trop vastes et de la diversité des comptabilités et des nomenclatures comptables utilisées

Par ailleurs il paraît nécessaire de fournir un effort d'investissement important sous l'égide de la Drees pour produire de façon régulière et davantage enrichir les comptes de l'autonomie et de la prévention en santé

2.2.6.1 La fiabilité des comptes

Les comptes de la Sécurité sociale et de l'Etat sont élaborés dans le cadre d'un processus permanent et auditable de contrôle interne comptable qui garantit notamment la qualité, l'exhaustivité et la bonne passation des écritures comptables ; ces comptes n'appellent pas d'observations particulières, hormis les réserves que la Cour des comptes peut être amenée à faire lors de leur certification.

2.2.6.2 L'agrégation des comptes

L'agrégation des comptes, lorsqu'elle est trop importante, pose des problèmes de lisibilité. Le Haut conseil du financement de la protection sociale a signalé cette problématique en recommandant dans son rapport 2019 sur le bilan des lois de financement de la sécurité sociale de « documenter en annexe au PLFSS les éléments constitutifs de la dépense des branches de la sécurité sociale (grandes catégories de prestations, masses financières correspondantes aux évolutions récentes, populations concernées...) de manière à donner plus de sens aux agrégats votés par le Parlement et mieux piloter les dépenses sociales » (recommandation n°226).

2.2.6.3 La diversité des comptabilités

L'existence de trois comptabilités différentes, comptabilité nationale, comptabilité générale et comptabilité budgétaire s'explique par la diversité de leur finalité.

Toutefois elle n'est pas sans poser des problèmes de lisibilité et de comparabilité si l'on s'avise d'en mélanger les enseignements ; le Haut conseil du financement de la protection sociale l'a par exemple signalé en recommandant « de garantir un cadre comptable unique pour la sécurité sociale, en évitant d'y ajouter des éléments issus de la comptabilité nationale ou de la comptabilité budgétaire afin de s'assurer de la cohérence et de la lisibilité du pilotage financier » (recommandation n°21).

2.2.6.4 La diversité des nomenclatures

Véritables ossatures des comptes, les nomenclatures permettent au comptable de typer l'ensemble des opérations de recettes et de dépenses d'un organisme qui ne peuvent être restituées automatiquement par les logiciels comptables qu'aux différents niveaux de l'arborescence de la nomenclature comptable : la conception et la granularité des nomenclatures comptables, mais également de toute nomenclature associée à un système d'information ou à une base de données administratives, revêt donc une importance toute particulière, au regard des restitutions et exploitations statistiques ultérieures qui n'en seront que le reflet.

Des nomenclatures spécifiques ayant pour objet de rendre compte de la diversité des dépenses d'intervention ont été créés dans le champ sanitaire et social :

- Le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale
- Les nomenclatures budgétaires propres à chacun des programmes du budget de l'Etat
- La nomenclature des agences régionales de santé
- La nomenclature M 21 relative aux établissements de santé
- La nomenclature M 22 relative aux établissements et services médico-sociaux
- La nomenclature M 52 relative aux départements⁸

Cette dernière nomenclature qui rend compte de l'ensemble des dépenses des départements intègre une nomenclature fonctionnelle qui permet dans le champ social d'isoler des agrégats de dépenses (APA, PCH et RSA) à la fois en valeur absolue et par habitant. En revanche les autres dépenses d'aide sociale, et particulièrement celles d'aide sociale à l'enfance, sont très globalisées. Enfin, les versements des départements aux ESMS ne sont pas facilement repérables si ce n'est dans une annexe à leurs comptes relatifs aux subventions versées.

Recommandation n°1 Procéder à une revue de la nomenclature des comptes des départements pour s'assurer qu'elle produit des agrégats suffisamment détaillés pour rendre compte des dépenses sociales des départements. En fonction de cette revue, se rapprocher de la DGFIP et de la DGCL pour voir comment apporter d'éventuels ajustements à cette nomenclature.

2.2.6.5 La délimitation des périmètres

Le périmètre du champ sanitaire et social n'est pas totalement stabilisé du fait de l'absence d'un « bloc de compétences générales », tant en matière de dépenses (portées par la SS, l'Etat et les départements), de financements (cotisations, impôts, prélèvements sur recettes) que de gouvernance. La présentation des comptes comporte donc toujours des précisions sur le périmètre retenu et ses éventuelles modifications et se heurte à des difficultés importantes particulièrement dans deux domaines, la prévention et l'autonomie.

⁸ Cette nomenclature M 52 sera automatiquement remplacée au 1^{er} janvier 2024 par une nouvelle nomenclature M 57 qui dans l'intervalle peut d'ores et déjà être adoptée par les départements qui le souhaitent

De l'aveu même des auteurs du Document de politique transversale consacré à la prévention en santé (cf. en annexe), la mise en évidence des dépenses publiques consacrées à la prévention est particulièrement malaisée du fait notamment de la multiplicité des acteurs et des financements ainsi que des problèmes méthodologiques rencontrés.

La Drees qui avait finalisé en 2018 une approche des dépenses non institutionnelles de prévention, avait envisagé de réitérer cet exercice pour l'automne 2021 mais n'a pu maintenir ce calendrier en raison de la crise sanitaire.

L'amélioration de ces comptes reste cependant une priorité forte pour la DSS et la DGS qui l'a rappelée à la Drees dans une note commune du 18 juin 2020 dans laquelle ces deux directions mentionnent l'investissement important qu'il conviendrait de fournir notamment pour la réalisation des comptes de la prévention non-institutionnelle, c'est-à-dire la prévention réalisée par les professionnels de santé dans leurs activités courantes de soin.

L'importance des politiques de prévention pour contribuer à l'amélioration de l'état de santé et à la maîtrise des finances sociales justifie par ailleurs pleinement cet investissement.

Recommandation n°2 Evaluer, sous l'égide de la Drees, selon quelle méthodologie et à quelle périodicité produire des comptes de la prévention en santé.

Bien que la première partie de l'annexe nouvelle au PLFSS concernant la branche autonomie soit la plus pédagogique possible, sa lecture rend bien compte de la difficile consolidation comptable de cette branche.

La seconde partie de cette annexe consacrée à l'effort de la Nation en faveur de l'autonomie est un exercice intéressant qu'il faudra renouveler et approfondir.

L'enjeu consiste à documenter davantage et consolider les dépenses de prestations des départements (APA et PCH) de l'Etat (AAH et GRTH) de la Cnam (risque invalidité) ainsi que les dépenses des structures et services intervenant dans la prise en charge des personnes âgées et handicapées, sans oublier de rendre compte des flux croisés de financements entre l'Etat, la CNSA, la Cnaf et les départements.

Recommandation n°3 Dans le contexte de la création de la branche autonomie et en complément des annexes correspondante au PLFSS produire annuellement, sous l'égide de la Drees des comptes de l'autonomie.

2.3 Les statistiques relatives à la santé et à l'offre de soins: une coordination des opérateurs à renforcer pour produire des indicateurs de référence

Le domaine de la santé apparaît particulièrement complexe, que ce soit en terme d'acteurs participant à la définition des politiques publiques en matière de santé ou d'organisation des soins et d'opérateurs (une dizaine au niveau national) intervenant dans la prise en charge sanitaire des personnes et participant au suivi statistique des politiques menées.

Le champ de la santé est piloté par trois directions d'administration centrale du ministère : la Direction générale de la santé (DGS), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction de la sécurité sociale (DSS). S'y ajoutent la Direction du numérique (DNUM), qui a autorité sur le Service à compétence nationale des SI Mutualisés des Agences régionales de santé (ARS), ainsi que le Secrétariat général des ministères des affaires sociales (SGMAS), qui coordonne l'activité et le pilotage des agences régionales de santé (ARS).

Enfin, rattachée directement au ministre des Solidarités et de la santé, la Délégation au Numérique en Santé (DNS) assure le pilotage de l'ensemble des chantiers de transformation du numérique en santé. La DNS pilote la feuille de route ministérielle du numérique en santé. Elle travaille en lien étroit avec l'Agence du Numérique en Santé (ANS), qui a repris les missions de l'Agence des systèmes d'information partagée en santé (ASIP) créée en 2013 sous forme d'un GIP, dont les membres fondateurs sont l'État, la Cnam et la CNSA. La DNS et l'ANS jouent un rôle structurant dans l'élaboration de services et l'administration des données concernant les systèmes d'information sur l'offre de soins. Ce rôle est amené à s'accroître avec la montée en puissance des services numériques en santé⁹ et à court terme dans le domaine de l'administration des répertoires (cf. encadré sur les référentiels socles).

Les référentiels socles

1. Pour assurer l'interopérabilité des systèmes d'information, les personnes recourant au système de soins (par un professionnel, un établissement, un service ou un organisme mentionné à l'article R. 1111-8-3 du Code de santé publique) sont depuis le 1er janvier 2021 identifiées par **l'identifiant national de santé (INS)**.

2. Par ailleurs, deux répertoires structurent le référencement des personnes morales ou physiques assurant l'offre de soins.

- Le **Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (FINESS)** constitue la référence en matière d'inventaire des structures et équipements des domaines sanitaire, médico-social, social et de formation des professions de ces secteurs. Il est actuellement mis en œuvre et maintenu par la Drees.

<https://Drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/le-fichier-national-des-etablissements-sanitaires-et-sociaux-finess>

- Le **Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de santé (RPPS)** est le répertoire de référence permettant d'identifier les professionnels de santé. Il rassemble et publie les informations des professionnels de santé, sur la base d'un numéro RPPS attribué au professionnel toute sa vie. Les professions actuellement enregistrées dans le RPPS sont : médecins ; chirurgiens - dentistes ; sages-femmes ; pharmaciens ; masseurs - kinésithérapeutes ; pédicure - podologues.

- Un troisième répertoire, le **répertoire opérationnel des ressources (ROR)** est en cours de constitution. Il permettra d'identifier, pour chaque structure de santé, son offre de soins, ses lits installés et ses lits disponibles. Il comprendra l'exhaustivité de l'offre sanitaire, dont les données concernant la disponibilité des lits de réanimation et soins critiques (soins intensifs et surveillance continue). Les structures sanitaires et médico-sociales décrites dans le ROR sont identifiées à partir de FINESS ; les cabinets libéraux sont identifiés à partir du RPPS. Les données descriptives des composants du ROR au niveau régional sont alimentées par les structures sous le contrôle des ARS. A terme, sous réserve du contrôle de son exhaustivité et des nomenclatures décrivant l'offre de soins, le ROR permettra de connaître en temps réel les capacités de prise en charge.

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/e-sante/sih/article/repertoire-operationnel-des-ressources-ror>

⁹ <https://esante.gouv.fr/>

2.3.1 Les producteurs de sources statistiques

2.3.1.1 La Drees

Dans le domaine de la santé, la sous-direction Observation de la santé et de l'assurance maladie de la Drees assure la maîtrise d'ouvrage de toutes les enquêtes du Service statistique public sur les thèmes de la santé, à l'exception cependant du champ de la santé au travail, qui est suivi par la Direction de l'animation de la recherche et des statistiques (Dares), le SSM du Ministère en charge de l'emploi et de la formation professionnelle, qui intervient sur le champ santé au travail et invalidité¹⁰.

La Drees abrite par ailleurs deux observatoires, **l'Observatoire national des professions de santé (ONDPS) et l'Observatoire national du suicide (ONS)**.

2.3.1.2 Les autres organismes au niveau national

Au niveau national, on dénombre une dizaine d'opérateurs intervenant dans le champ de la production de SI ou de sources statistiques, que ce soit au titre de la prise en charge des soins par l'assurance maladie, de la gestion ou du suivi l'offre de soins, ou sur des missions spécifiques comme la politique du médicament, les risques sanitaires en lien avec l'alimentation ou l'environnement. Plusieurs organismes sont à la fois producteurs de systèmes d'information et de sources statistiques, avec un certain continuum entre les deux. Pour certains, la dimension recherche est prédominante, la fonction statistique est alors plus discrète ou moins régulière. D'autres enfin ont des missions plus opérationnelles de surveillance épidémiologique, recourant à des modalités de collecte spécifiques au regard des critères usuels de la statistique publique.

- La **Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam)** a notamment pour missions de développer la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et de produire le système national des données de santé (SNDS) (cf. infra) et notamment sa composante inter-régimes le Système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM).
- **L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)** a pour mission de recueillir l'ensemble des données des établissements de santé publics et privés français et de les coder (selon la nomenclature GHM dont elle assure la gestion). Elle produit les bases PMSI qui font partie intégrante du SNDS et les indicateurs sur la qualité des soins au sein des établissements de santé, pour le compte de la HAS.
- La **Haute Autorité de santé (HAS)** a pour missions de recommander les bonnes pratiques professionnelles, d'élaborer des recommandations vaccinales et de santé publique, d'évaluer les produits de santé et de mesurer et améliorer la qualité dans les hôpitaux, cliniques, en médecine de ville, dans les structures sociales et médico-sociales. La HAS a une mission spécifique de certification des établissements de santé. A ce titre, elle est notamment responsable de systèmes d'information sur la qualité des soins et sur les événements indésirables associés aux soins.

¹⁰ La Dares est ainsi responsable des enquêtes Conditions de travail et Risques psychosociaux, à une fréquence triennale, et environ tous les 7 ans, des enquêtes Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels (Sumer), dont l'objectif est de permettre de définir des actions prioritaires de prévention pour les acteurs impliqués dans le domaine de la santé au travail.

- **Santé publique France (SpF)** a en charge la mise en œuvre d'un système national de veille et de surveillance afin de détecter et d'anticiper les risques sanitaires et d'apporter les éléments de décision à la puissance publique. Outre ses activités de surveillance épidémiologique, SpF développe des enquêtes en population, soutient ou participe à des recherches, contribue à des évaluations d'impact sur la santé, à la conception de programme et de projets de prévention et à leur évaluation.
- **L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** est responsable de l'évaluation scientifique et technique de la qualité, de l'efficacité et la sécurité d'emploi des médicaments et produits biologiques et de la surveillance continue des effets indésirables des produits des produits de santé. Elle produit deux bases de données à partir de données de signalement, la base nationale de pharmacovigilance et la base nationale d'hémovigilance.
- **L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses)** assure des missions de veille, d'expertise, de recherche et de référence sur un large champ couvrant la santé humaine, la santé et le bien-être animal ainsi que la santé végétale. Outre ses activités de surveillance ou liées à l'observation de la qualité nutritionnelle des aliments, l'Anses mène des enquêtes sur les données de consommation et les habitudes alimentaires.
- **L'Institut national du cancer (Inca)** est l'agence d'expertise sanitaire et scientifique en cancérologie de l'État chargée de coordonner les actions de lutte contre le cancer. L'Inca assure notamment le suivi des registres sur les cancers.
- **L'Agence de Biomédecine (ABM)** gère des registres de donneurs et de receveurs, à des fins opérationnelles, mais aussi de suivi et d'évaluation.
- **L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)** exerce des missions de recherche biologique, médicale et en santé humaine. Plus spécifiquement, au sein de l'Inserm, le Pôle Santé Publique contribue à l'animation de la recherche dans l'ensemble des disciplines et domaines concernés par la santé des populations ainsi qu'au processus de qualification des Registres épidémiologiques, à l'appui logistique aux cohortes et grandes enquêtes en santé et facilite l'accès des équipes de recherche aux bases de données médico-administratives. Le **CepiDc**, unité spécialisée de l'Inserm, produit la statistique des causes médicales de mortalité (répondant ainsi à un règlement européen et alimentant le SNDS)¹¹.
- **L'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes)** a une double mission de recherche appliquée et de production de données sur les champs de l'assurance maladie et du médico-social. Notamment, il participe au développement de la statistique publique au moyen d'enquêtes, appariements de bases de données, élaboration et suivi d'indicateurs. L'Irdes intervient désormais sous la coordination de la Drees¹².
- **L'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)** a pour objet d'éclairer les pouvoirs publics, les professionnels du champ et le grand public sur le

¹¹ Cf. rapport IGAS-IGENR-IG Insee sur les statistiques de mortalité

¹² Cf. rapport IGAS « Audit stratégique de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) »

phénomène des drogues et des addictions (y compris depuis 2020, sur les jeux de hasard et d'argent et la question de l'abus d'écrans).

- Le **Centre National de Gestion des Praticiens Hospitaliers et des Personnels de Direction de la Fonction Publique Hospitalière (CNG)** a en charge la gestion des praticiens hospitaliers, des personnels de direction, des praticiens hospitalo-universitaires, des contrats d'engagement de service public pour les étudiants et internes de médecine, des concours d'internats. Ses bases statistiques en fin d'année sont mises à disposition notamment de la Drees.

A ces organismes, s'ajoute le **Health Data Hub » (HDH)**, créé par arrêté du 29 novembre 2019 pour faciliter le partage des données de santé, issues de sources très variées afin de favoriser la recherche. Sa création a pour ambition de répondre au défi de l'usage des traitements algorithmiques dans le domaine de la santé¹³. Les missions du HDH, qui sont prévues par l'article L. 1462-1 du Code de la santé publique, sont multiples. Elles consistent à :

- réunir, organiser et mettre à disposition des données, issues notamment du système national des données de santé (SNDS) et promouvoir l'innovation dans l'utilisation des données de santé ;
- informer les patients, promouvoir et faciliter l'exercice de leurs droits ;
- contribuer à l'élaboration des référentiels de la CNIL ;
- faciliter la mise à disposition de jeux de données de santé présentant un faible risque d'impact sur la vie privée ;
- contribuer à diffuser les normes de standardisation pour l'échange et l'exploitation des données de santé ;
- accompagner, notamment financièrement, les porteurs de projets sélectionnés dans le cadre d'appels à projets lancés à son initiative et les producteurs de données associés aux projets retenus.

2.3.1.3 Les organismes au niveau régional

Au niveau régional, les **agences régionales de santé (ARS)** pilotent le système de santé en région.

Les agences régionales travaillent en lien avec les **Cellules interrégionales d'épidémiologie (CIRE) pilotées par SpF** et les **Observatoires régionaux de la santé (ORS)**, fédérés par la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors). Les ARS ou les ORS peuvent mener des enquêtes ponctuelles, voire régulières auprès de certains publics (santé scolaire) ou auprès des ESMS.

¹³ Le HDH a été créé suite aux préconisations du rapport de C. Villani de mars 2018 intitulé « *Donner un sens à l'intelligence artificielle : pour une stratégie nationale et européenne* ».

Les projets de recherche menés sur la plateforme technologique doivent être autorisés par la CNIL lorsqu'ils ne peuvent faire l'objet d'une déclaration de conformité à une méthodologie de référence. Ils devront préalablement à cette autorisation avoir obtenu un avis :

- d'un comité de protection des personnes (CPP) mentionné à l'article L. 1123-6 du Code de la santé publique pour les recherches impliquant la personne humaine ;
- du comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (CESREES), pour les recherches n'impliquant pas la personne humaine.

2.3.2 Les principales sources statistiques

On détaille ici les principaux dispositifs d'observation statistiques. Au premier rang de ces sources se situe le Système national des données de santé (SNDS) issu des systèmes de gestion exhaustifs de l'assurance maladie obligatoire, de l'activité des établissements sanitaires (et médico-sociaux à terme) et des déclarations de décès. Sur l'état de santé des populations, outre ce qui peut être dérivé de l'assurance maladie, les principaux dispositifs relèvent d'enquêtes auprès des populations, ou de rapports de déclarations effectuées par des professionnels dans le cadre de dispositifs de suivi épidémiologique. Enfin, le suivi des structures et des professionnels de santé mobilise des enquêtes spécifiques pour compléter les sources administratives ou les répertoires existants, par exemple sur les pratiques professionnelles.

2.3.2.1 Le Système national des données de santé (SNDS)

Le SNDS a été créé par la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Le législateur a souhaité ouvrir l'accès aux données de santé collectées par les personnes publiques afin que « leurs potentialités soient utilisées au mieux dans l'intérêt de la collectivité ». Le SNDS répond à cet objectif en mettant à disposition des données de santé sur la santé, l'offre de soins, la prise en charge médico-sociale et leur qualité ainsi que sur les dépenses.

Le SNDS est géré de façon opérationnelle par la Cnam qui en assure la constitution. Les bases disponibles dans le SNDS sont à ce jour : les données de l'Assurance Maladie (base SNIIRAM) ; les données des hôpitaux (base PMSI) ; les causes médicales de décès (base sur les causes de mortalité du CépiDC). A terme, doivent se rajouter notamment : les données relatives au handicap (en provenance des MDPH - données de la CNSA) un échantillon de données en provenance des organismes d'assurance maladie complémentaire, les données recueillies par les services de protection maternelle et infantile, les données recueillies lors des visites médicales et de dépistage en milieu scolaire. L'accès au SNDS, hors usages historiques, passe maintenant par le HDH (*cf. supra*)

Le **SNIIRAM** est un entrepôt de données anonymes regroupant les informations issues des remboursements effectués par l'ensemble des régimes d'assurance maladie pour les soins du secteur libéral.

Le **PMSI** (géré par ATIH) permet d'analyser l'activité médicale des établissements hospitaliers. Tout séjour dans un établissement de santé, public ou privé, fait l'objet d'un recueil systématique et minimal d'informations administratives et médicales qui sont utilisées principalement pour le financement des établissements de santé (tarification à l'activité) et pour l'organisation de l'offre de soins (planification).

La **Base de Causes Médicales de Décès (BCMD)** est gérée par le CépiDc de l'Inserm. Depuis 1968, l'Inserm est chargé d'élaborer annuellement la statistique nationale des causes médicales de décès en collaboration avec l'Insee. La finalité première de ce recueil est d'élaborer la statistique des causes médicales de décès permettant ainsi d'étudier l'évolution de la mortalité par cause médicale en France et de faire des comparaisons internationales, ainsi que pour l'analyse de la mortalité évitable ou de la mortalité prématurée.

La Cnam a par ailleurs développé depuis 2012 une **cartographie médicalisée des dépenses (Objectif national des dépenses d'assurance maladie -ONDAM- médicalisé)**. Cette cartographie, fondée sur des algorithmes de repérage des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins, permet de répondre aux questions sur les pathologies les plus fréquemment prises en charge par le système de santé, le nombre de patients pris en charge par pathologie et les ressources financières

qui sont mobilisées pour assurer ces soins. Les résultats de cet outil d'analyse sont présentés annuellement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

2.3.2.2 Les sources statistiques sur l'état de santé

L'état de santé ne peut pas être appréhendé uniquement à partir des bases médico-administratives issues de l'assurance maladie. Des enquêtes déclaratives sont nécessaires pour mesurer l'état de santé des personnes, en lien avec les déterminants notamment sociaux de cet état de santé, de façon à appréhender des thématiques liées à la couverture des besoins et aux inégalités de prévalence de comportements ou de prise en charge, voire au renoncement au soins pour motif économique.

Ces enquêtes sont portées par la Drees, qui réalise notamment, avec l'Irdes, l'enquête européenne de santé (EHIS), qui fait l'objet d'un règlement communautaire. Cette enquête a lieu tous les 6 ans, conformément au règlement européen. SpF réalise des baromètres annuels sur l'état de santé déclaratif et les attitudes et comportements vis-à-vis de la santé.

D'autres dispositifs viennent compléter ces deux enquêtes en population générale sur les questions plus spécifiques de périnatalité (Inserm-Drees), de santé scolaire (Drees), de comportements addictifs (OFDT), ou faisant suite à des préoccupations ou des événements particuliers. Parmi les enquêtes les plus récentes, on peut citer, l'enquête Epicov sur la prévalence de la Covid-19 et ses déterminants, menée par la Drees et l'Inserm (avec l'appui de l'Insee). On peut aussi citer deux enquêtes récentes de SpF sur les suites de l'incendie Lubrizol de Rouen et sur la mesure de l'imprégnation aux pesticides dans les zones viticoles.

Enfin, des enquêtes sont menées sur la couverture santé complémentaire, information qui n'est pas actuellement disponible à partir des bases médico-administratives du SNDS, sous le pilotage de la Drees (sur les contrats « modaux » proposés par les assureurs), de l'Irdes et de la Drees (sur la couverture maladie et la prévoyance en entreprise) ou de l'Insee (sur le reste à charge après remboursement par les assurances obligatoire et complémentaire). Ces enquêtes sont actuellement les seules qui permettent d'appréhender le sujet de la couverture santé complémentaire et du reste à charge.

La plupart de ces enquêtes s'inscrivent dans le cadre de la statistique publique, coordonné par le Cnis, qu'elles émanent de la Drees, de l'Inserm, de l'OFDT ou de l'Irdes. Une exception notable concerne SpF qui ne rentre dans ce cadre de coordination et d'assurance qualité (via l'attribution du label de qualité statistique et d'intérêt général) que de façon ponctuelle.

Ce défaut de participation de SpF aux instances de coordination est jugé problématique par la mission car il induit des risques d'incohérence entre sources, de surcoûts globaux par manque de coordination des différents dispositifs, voire des problèmes de qualité statistique. L'enquête de Baromètre de SpF se fait ainsi sur un échantillonnage aléatoire de numéros de téléphone, selon une technique qui ne permet pas d'en qualifier les biais éventuels de sélection. A titre d'exemple, la mission a aussi identifié sur le site de SpF une enquête sur les suites des attentats de 2015 (5 ans après les événements), dont les conditions de recrutement sur la base du volontariat et de la connaissance même de l'existence de l'enquête ne semblent pas compatibles avec un exercice de quantification précis, qui paraît visé par le questionnaire proposé.

Enfin, s'agissant des enquêtes de la Drees, la mission a relevé l'enjeu d'enrichir ces enquêtes par des appariements d'une part avec les sources du SNDS et d'autre part avec les sources socio-fiscales, afin de compléter les informations recueillies par le questionnaire (comme dans le cas de l'enquête européenne de santé EHIS). La mission souligne la complexité de ces techniques, mais aussi leur intérêt majeur pour disposer d'une information complète sur les comportements en matière de

santé, de recours aux soins, mais aussi de déterminants socio-économiques, voire environnementaux en mobilisant les informations de localisation des personnes et des indicateurs de contexte.

Hors enquêtes, mais relevant de cette logique d'appariements, il convient enfin de mentionner l'EDP-Santé, qui vise à répondre au besoin d'évaluation de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022. Il s'agit d'un enrichissement par la Drees des données de l'échantillon démographique permanent (EDP) géré par l'Insee et d'informations issues du système national des données de santé (SNDS). Il doit permettre de mettre en regard des données sanitaires les informations relatives à la vie personnelle (situation familiale), la vie professionnelle (diplôme, situation professionnelle) et aux revenus et niveaux de vie.

2.3.2.3 Les sources épidémiologiques sur l'état de santé

La connaissance de l'état de santé fait également l'objet de suivis de type épidémiologique à partir de nombreux dispositifs de surveillance, de déclarations dans le cadre de registres ou de cohortes. Nombre de sources ou de statistiques mentionnées par les organismes rencontrés par la mission s'inscrivent dans ces logiques.

- La mission a considéré que les dispositifs de type cohortes relèvent d'une logique quelque peu différente du périmètre retenu ici, à la fois en raison de leur gouvernance, de leurs méthodes et de leurs produits (à visée d'études et de recherche plutôt que d'établissement de séries statistiques).

Les dispositifs de cohortes relèvent en effet d'infrastructures de recherche, avec une gouvernance propre aux instances et au financement par le MESR. Par ailleurs, comme l'indique le rapport de l'Igas et de l'IGENR sur « les cohortes pour les études et la recherche en santé », les cohortes privilégient plutôt « *la validité interne, fondée sur la description précise de l'état de santé des personnes incluses et la catégorisation fine des types de pathologies et des facteurs de risques, plutôt que la représentativité statistique des populations d'intérêt (validité externe)* ».

- S'agissant des registres de morbidité, il s'agit de bases de données repérant un ou plusieurs événements de santé survenus dans une population géographiquement définie (par exemple en matière de cancer). Le principe est que les registres soient exhaustifs sur leur champ, ce qui dépend néanmoins du processus de collecte mis en œuvre pour assurer leur complétude et leur suivi, que ce soit en incidence ou en prévalence.

Ils font aussi l'objet d'une gouvernance spécifique : le Comité d'évaluation des registres (CER), comité indépendant, est chargé depuis 2014 de l'évaluation scientifique des registres et d'émettre des recommandations sur le fonctionnement et les activités de recherche et de surveillance du registre évalué. Il fait des propositions au Comité stratégique des registres (CSR), qui est chargé de prendre des décisions d'orientation de la politique des registres, par exemple en matière de priorité de couverture ou de financement.

Le Directeur général de la santé a par ailleurs demandé au HCSP « *d'évaluer les besoins et les attentes en matière de registres utiles aux politiques nationales de santé publique et de recherche, compte tenu de l'existant et de leur capacité à détecter des signaux faibles ; et de déterminer la place des registres dans les cinq ans à venir pour surveiller la population au regard des autres outils épidémiologiques disponibles et des développements attendus de la plateforme des données de santé (Health Data Hub)* ». Ce rapport doit être produit courant 2021.

- Enfin, la dernière catégorie de dispositif épidémiologique renvoie aux dispositifs de surveillance, pilotés notamment par SpF dans son activité d'alerte et de veille sanitaire. La mission a obtenu une liste des dispositifs mobilisés par SpF, mais dans le contexte de tension des moyens et de priorité au suivi de la Covid-19, elle n'a pas pu obtenir de description détaillée des indicateurs produits, avec leurs méthodes d'élaboration. La DGS a indiqué à la mission son souhait de mettre en place un dispositif d'autoévaluation de ces dispositifs, pour permettre de juger de leur qualité, projet qui a lui aussi été différé compte tenu de la pandémie.

Dans ce contexte, les rapporteurs ont considéré qu'ils n'étaient pas en mesure d'approfondir davantage ces sujets dans le cadre de la présente mission. Ils considèrent cependant nécessaire au regard de l'importance des moyens dédiés à ces activités (cf. 3.2) de mener une évaluation plus précise de ces dispositifs d'observation, pour s'assurer de leur qualité et de leur efficacité, à un moment plus opportun en termes de disponibilité des opérateurs pilotant ces outils.

2.3.2.4 Un cas d'usage : le suivi en temps réel de la crise de la Covid-19

Un cas particulier de ces outils de suivi épidémiologique mérite cependant une attention particulière compte tenu de son importance. Le suivi de la Covid-19 est piloté par SpF, qui produit un vaste ensemble d'indicateurs (données hospitalières, données des urgences, données SOS Médecins, données des laboratoires de ville...) et les met à disposition via son observatoire cartographique Géodes, par région, département, sexe et classe d'âge.

Les indicateurs clés sont aussi mis à disposition sur le site du Ministère et sur l'application Tousanticovid. SpF produit aussi des analyses, via son bulletin épidémiologique hebdomadaire (BEH), éclairant l'évolution des chiffres-clés, étoffés de nombreux autres éclairages complémentaires.

Les données sont issues des réseaux de partenaires mobilisés par SpF elles sont actualisées chaque jour. Les principaux indicateurs sont :

- Le suivi des hospitalisations est réalisé à partir de l'outil **SI-VIC**.
- Le suivi des dépistages est réalisé par **SI-DEP**.
- Le suivi de la vaccination est réalisé par le système d'information Vaccin Covid (**VAC-SI**).

La mission a noté lors de ses entretiens des difficultés au début de la crise sanitaire, concernant la production de statistiques entre le système national piloté par SpF et ses cellules régionales et les besoins des ARS pour assurer leur mission de veille sanitaire, en lien avec les préfets : afin d'assurer la consolidation des données et leur cohérence, certains indicateurs devaient être validés au niveau national avant d'être rediffusés aux niveaux régionaux et départementaux, en principe avec un délai d'un jour. Des travaux en double et des chiffres incohérents (ou apparemment incohérents car ne mesurant pas les mêmes concepts) ont ainsi pu être diffusés dans les premiers mois de la crise sanitaire. Ces difficultés se sont ensuite résorbées, mais elles témoignent de la difficulté d'articuler les besoins nationaux et les besoins régionaux, tout en assurant la cohérence des indicateurs diffusés.

Outre le suivi de l'épidémie en temps réel avec la production des indicateurs quotidiens, différentes enquêtes ont été menées pour fournir une cartographie précise du statut immunitaire de la population, assorti d'indicateurs sur l'état de santé, les conditions de vie et les inégalités sociales, ainsi qu'un suivi de la dynamique épidémique à court et moyen terme. L'enquête la plus importante est l'enquête Epicov pilotée par la Drees et l'Inserm, avec l'appui de l'Insee, menée en juin 2020, avec une deuxième vague à l'automne 2020, suivie d'une troisième vague à la mi-2021. Cette enquête a

été atypique par les moyens mis pour assurer sa représentativité à l'échelon national et aux échelons départementaux, conduisant à sélectionner un échantillon initial de taille importante, puis à déployer un effort méthodologique important avec l'appui de l'Insee pour assurer le contrôle d'éventuels effets de sélection.

D'autres enquêtes ont été menées par SpF (CoviPrev), par l'Irdes (Coclico), dans le cadre des cohortes de l'Inserm (Constances, etc.), ou par l'Institut Pasteur (ComCor), etc. La mission a relevé un certain manque de coordination effective de ces diverses enquêtes, qui peut s'expliquer par les difficultés rencontrées en cette période très spécifique.

2.3.2.5 Les sources sur les établissements et les professionnels

- Le suivi statistique des établissements sanitaires est assuré par l'ATIH, la Drees et la HAS.

Le recueil de l'information dans les établissements de santé dans le cadre du PMSI permet d'effectuer l'analyse de l'activité hospitalière et de proposer une vision globale des hospitalisations en France. Celle-ci est publiée annuellement par l'ATIH.

L'ATIH produit également, pour le compte de la HAS, un ensemble d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS), dont la collecte et la restitution aux établissements sont assurés sur des plateformes sécurisées de l'ATIH (plateforme QualHAS).

Enfin, l'ATIH recueille des indicateurs de satisfaction directement auprès des patients hospitalisés, via un questionnaire dématérialisé par courriel (plateforme e-Satis).

L'ensemble des recueils réalisés auprès des établissements de santé ou des établissements et services sociaux et médico-sociaux mis en œuvre par l'ATIH sont présentés dans une application accessible sur son site à l'adresse <https://recueil.atih.sante.fr>. Ces recueils concernent les domaines d'activité suivant : l'information médicale, les coûts de l'hôpital, les finances, les ressources humaines, la qualité et la sécurité des soins, la logistique (patrimoine hospitalier, les investissements, ...), le tableau de bord du médico-social.

La Drees produit la Statistique annuelle des établissements (SAE) qui est l'une des principales sources de données sur les établissements de santé (hôpitaux publics, établissements privés à but non lucratif et cliniques privées). Elle a pour objectifs de connaître la structure et l'organisation de l'établissement de santé, ses équipements et ses capacités¹⁴, les activités de soins soumises à autorisation, les personnels. A terme, le ROR pourra alimenter la SAE sur les capacités.

La Drees mobilise aussi les données comptables et financières des établissements de santé fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) pour les entités juridiques des hôpitaux publics, et par la société Bureau van Dijk (BvD) pour les cliniques privées à but lucratif. Pour les établissements de santé privés d'intérêt collectif, ce sont les données de l'enquête Comptes financiers, réalisée par l'ATIH qui sont utilisées.

La HAS a aussi développé un système d'information de type surveillance pour produire des statistiques concernant les événements indésirables graves associés aux soins (EIGS) dont elle est destinataire.

¹⁴ Ce sont ainsi les chiffres des capacités des établissements issus de la SAE qui sont mobilisés au dénominateur pour le calcul des indicateurs d'occupation des lits en soins critiques dans le cadre de la Covid-19.

- S'agissant des professionnels libéraux :

La Drees mène un panel avec une ou plusieurs interrogations annuelles pour connaître leur organisation et durée de travail ou leurs pratiques (par exemple lors de la crise sanitaire). SpF avait envisagé un dispositif parallèle en 2019, avant d'y renoncer, suite notamment à la réaction de la Drees qui craignait un doublon.

S'agissant des statistiques d'emploi salarié et de rémunérations dans le secteur sanitaire, la Drees mobilise les sources générales de l'Insee sur l'emploi, au sein desquelles il est possible d'identifier les différentes composantes du secteur hospitalier.

La HAS opère le Système d'Information de l'Accréditation des Médecins (SIAM) composé d'une part d'un volet administration de l'accréditation des médecins et d'autre part d'un volet qui constitue une base de retours d'expérience (analyse d'événements indésirables associés aux soins (EIAS)). Elle produit des statistiques à partir de ces remontées.

2.3.3 Un enjeu de gouvernance globale du dispositif d'observation statistique à renforcer notamment

2.3.3.1 Améliorer la coordination des producteurs

Au vu de ces développements, il apparaît que le secteur sanitaire se caractérise par un grand nombre d'acteurs et d'opérateurs, dont les missions peuvent conduire à des risques de chevauchement ou de méconnaissance respective, source de dysfonctionnements.

La mission considère qu'il est nécessaire de se doter d'une instance de coordination stratégique des opérateurs, de façon à articuler les projets de nature statistique, à s'assurer de leur complémentarité et de collaborations éventuelles, voire du co-financement de certains projets.

Cette instance permettrait aussi d'identifier certaines difficultés concernant l'accès à certaines bases de données. La mission a ainsi noté que la Drees avait rencontré des difficultés pour accéder à la base RESID-EHPAD de la Cnam, alors que ce droit lui est pleinement ouvert par la loi de 1951 modifiée.

Recommandation n°4 Instaurer une fois par an une réunion stratégique du Comité d'animation du système d'agences¹⁵ (CASA), co-pilotée avec la Drees, pour faire le point sur les productions statistiques et croiser les programmes de travail.

La mission a par ailleurs noté les évolutions prometteuses qui devraient se faire jour dans le cadre des projets liés aux services en e-santé en cours de développement.

Plusieurs interlocuteurs ont en effet souligné le manque de données sur les diagnostics associés aux soins notamment en ambulatoire. Actuellement, le SNDS contient les données du SNIIRAM qui ne renseigne que des consommations de soins remboursés et du PMSI qui comporte uniquement des données sur les diagnostics hospitaliers. Une piste consisterait donc à étudier la possibilité de déverser dans le SNDS et d'exploiter les données issues des dossiers médicaux partagés et relatives aux diagnostics ambulatoires.

¹⁵ Ce comité présidé par la DGS comprend : Agence de la Biomédecine, Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail, Agence française de sécurité sanitaire des aliments, Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, Etablissement français du sang, Haute Autorité de Santé, Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire, Institut national de la santé et de la recherche médicale, Institut National du Cancer, Santé publique France.

Les données individuelles du dossier médical partagé étant strictement couvertes par le secret médical, un traitement de masse des informations qui en sont issues devrait être absolument pseudonymisé et agrégé. Cela supposerait au préalable un accord des patients et des médecins à ce traitement statistique ainsi qu'une structuration des données du DMP aujourd'hui inexistante au moins en matière de diagnostics ainsi qu'une montée en charge suffisante du nombre et du contenu de ces dossiers pour disposer d'un échantillon représentatif. Si une telle structuration devait être envisagée, il serait utile d'associer la Drees suffisamment en amont pour anticiper un éventuel usage statistique. dans ce domaine¹⁶.

Le recueil de ces données passant par le consentement des personnes, la question du biais de sélection potentiel devra cependant être traitée, ce qui nécessitera un investissement en termes de méthodes statistiques pour en tirer des statistiques représentatives.

Recommandation n°5 Si une structuration du dossier médical partagé (DMP) était envisagée, étudier les possibilités d'une exploitation statistique des données strictement pseudonymisées et agrégées qui pourrait en être faite et associer la Drees à cette réflexion.

Enfin, la mission a pris acte de la décision de transférer la maîtrise d'ouvrage des répertoires socles, dont une partie est encore gérée par la Drees, vers la DNS et leur maîtrise d'œuvre vers l'ANS¹⁷.

La mission souligne cependant que la Drees doit rester impliquée dans les instances de gouvernance, comme cela est prévu dans le cadre des conventions en cours d'élaboration, et qu'il conviendra de veiller à la qualité de l'alimentation du répertoire sur l'ensemble du champ, et plus particulièrement pour ce qui concerne la sphère sociale (hors ESMS).

La Drees se positionnera ainsi davantage en aval de l'usage de ces répertoires sanitaires et sociaux, en lien notamment avec le répertoire Sirene et les sources de l'Insee sur l'emploi et les salaires issues de la déclaration sociale nominative.

2.3.3.2 Développer la participation des opérateurs aux instances de la statistique publique

Comme on le voit à l'issue de la cartographie, le champ sanitaire est à la croisée de différents champs disciplinaires, qui conduisent à la production de différents outils de collecte : d'une part, les enquêtes « classiques » qui cherchent à représenter un phénomène par extrapolation à des univers populationnels bien identifiés (individus, assurés sociaux, ménages, établissements) ; d'autre part, les dispositifs de nature plus épidémiologiques (de surveillance, de registres) qui privilégient l'entrée par patient, pathologie ou par événement de santé, et dont certains répondent à un objectif de veille et d'alerte sanitaire, privilégiant la réactivité.

S'agissant des dispositifs de nature épidémiologique, la mission note qu'ils relèvent d'instances de gouvernance dédiées (Comité d'évaluation et Comité stratégique des registres notamment) qui se prononcent sur leur opportunité et sur leur efficacité. Ces dispositifs n'ont donc pas vocation à être couverts par les instances de la statistique publique.

¹⁶ Recommandation N°31 du rapport sur le dossier médical partagé et les données de santé présenté par M. Cyrille ISAAC-SIBILLE, Député.

¹⁷ Décision entérinée par l'ordonnance n° 2021-581 du 12 mai 2021 relative à l'identification électronique des utilisateurs de services numériques en santé et des bénéficiaires de l'assurance maladie.

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043496464>

Sans avoir pu approfondir ce point, la mission considère que les différentes instances de gouvernance gagneraient à s'informer mutuellement de leur activité, voire à étudier des synergies possibles sur leurs méthodes et champs d'actions respectifs.

S'agissant des enquêtes à visée représentative, la mission a noté qu'elles sont souvent conduites dans le cadre de la statistique publique, via le Cnis. Une exception notable concerne SpF qui ne s'inscrit généralement pas dans ce cadre coordonné. Dans une moindre mesure, c'est aussi le cas de l'ATIH, lorsqu'elle mène un recueil auprès des patients sur la qualité des soins reçus, et non pas à partir des variables de gestion issues de l'activité des établissements. Pour les enquêtes de l'Inserm, certaines sont présentées au Cnis, mais la situation peut varier selon les laboratoires et les habitudes.

Recommandation n°6 Mener une évaluation sur la gouvernance, la qualité, l'efficacité et les usages des registres de surveillance épidémiologique ainsi que sur le système des maladies à déclaration obligatoire, dans le contexte notamment des évolutions liées au développement de la e-santé.

La mission souligne enfin l'intérêt que la Drees soit partie prenante des projets statistiques, dès lors que les enjeux identifiés comportent une dimension sociale et pas uniquement sanitaire. La Drees est en effet la plus à même d'assurer la cohérence avec la dimension sociale des enquêtes, compte tenu de sa proximité institutionnelle avec l'Insee ou d'autres services statistiques ministériels. Elle peut ainsi veiller à l'articulation de ces enquêtes avec les standards mis en œuvre par la statistique publique, par exemple pour l'étude des inégalités sociales. Enfin, elle peut plus aisément réaliser des appariements et des enrichissements avec d'autres sources statistiques, modalité qui devrait être facilitée à l'avenir dans le cadre du nouveau service de « code statistique non signifiant » mis en œuvre par l'Insee.

Enfin, comme le montre l'exemple des statistiques sur la Covid-19, il peut se poser des enjeux de cohérence des statistiques qui sont mises à disposition des décideurs et du grand public. Cet exemple récent montre la nécessité de redresser les statistiques produites, en veillant autant que faire se peut à leur exhaustivité vis-à-vis du périmètre représenté, à la datation précise des événements et à l'élaboration d'indicateurs robustes permettant notamment d'interpréter les évolutions (lissage par moyennes mobiles, corrections des variations saisonnières et des jours ouvrables, etc.). Ces préoccupations d'interprétabilité des séries conjoncturelles renvoient à des techniques statistiques qui sont usuellement développées au sein du service statistique public. L'Insee (Département de la méthodologie statistique) ou la Drees peuvent ainsi apporter une contribution utile à ces travaux.

2.3.3.3 Revoir la périodicité de certaines enquêtes pour répondre aux besoins

La mission a noté que certaines enquêtes de la Drees étaient actuellement très espacées : certaines enquêtes ont lieu tous les 10 ans (par exemple sur les urgences médicales). La mission a aussi relevé des difficultés concernant la régularité des enquêtes de santé scolaire.

L'enquête santé européenne a lieu tous les 6 ans, en conformité avec le règlement européen. Il s'agit d'une enquête lourde, mobilisant de nombreux appariements avec les bases administratives de santé et fiscales. La mission ne recommande pas la réédition de ce type d'enquête à un pas trop rapproché compte tenu de son coût et de son usage structurel. La question d'une enquête légère se pose cependant, ce qui conduit à s'interroger sur son articulation avec le baromètre annuel de SpF.

La Drees a indiqué ne pas avoir les moyens de conception pour mener davantage d'enquêtes que le programme actuel, voire de moyens financiers pour leur collecte, mais ce facteur est jugé moins dirimant que le premier dans la mesure où des cofinancements avec les caisses ou les agences

peuvent être trouvés : cette recherche de cofinancements, si elle mobilise du temps de coordination parfois important présente l'intérêt de favoriser la concertation entre les parties prenantes.

2.3.4 Un enjeu de standardisation des indicateurs produits et de mutualisation des travaux à accroître

2.3.4.1 Un besoin de standardiser la production d'indicateurs de référence territorialisés

Le foisonnement et la richesse des sources disponibles, dont un nombre croissant sont maintenant disponibles en open-data ou via le HDH, créent paradoxalement des difficultés, amplifiées par la complexité d'utilisation de certaines de ces sources, comme le SNDS, qui suppose une expertise avérée nécessitant une formation lourde pour les utiliser à bon escient. Devant la somme des possibilités ouvertes par les différentes sources, certains utilisateurs s'interrogent sur les bonnes pratiques, les définitions, les modalités de calcul, les objectifs, les périmètres de ces indicateurs.

S'agissant des indicateurs et études produits à des niveaux infra-nationaux, la mission a noté des risques de redondances ou d'incohérences. Les ARS peuvent ainsi diligenter des exploitations complémentaires pour répondre à leurs propres besoins, parfois avec des indicateurs légèrement différents de ceux utilisés dans les bases nationales.

Dans le même registre, il existe deux outils alternatifs, Scan-Santé (développé par l'ATIH) et Diamant (développé par l'ARS Ile-de-France), pour extraire des indicateurs des bases PMSI mobilisés à des fins de gestion opérationnelle, les ARS pouvant utiliser l'un ou l'autre outil. Le projet sur la convergence entre les deux outils, envisagé en 2016, est resté sans suite, le statu quo semblant préférable à court terme, par manque de moyens pour le faire. Ce sujet pourrait être réexaminé en lien avec le point 2.3.4.2, concernant la définition d'indicateurs de référence.

A contrario, certains interlocuteurs régionaux ont mentionné un certain manque de dialogue entre le niveau national et le niveau régional pour identifier les besoins des ARS. La non disponibilité de zonages d'intérêt spécifiques, notamment au niveau infra-communal (comme les quartiers prioritaires de la politique de la ville) a été citée comme un frein à l'utilisation des indicateurs produits nationalement (disponibles jusqu'à une maille communale).

2.3.4.2 Une mutualisation accrue des investissements régionaux

Un autre sujet concerne les travaux impulsés au niveau de chaque ARS, souvent en lien avec leur ORS ou d'autres structures locales comme les CREAI. La coordination des investissements entre les ARS sur les indicateurs ou les études ne semble pas organisée pour assurer une mutualisation des travaux. Les ARS ont adopté des organisations différentes, ce qui peut expliquer leur difficulté à fonctionner en réseau et à structurer les investissements de façon collégiale.

S'agissant de l'usage du SNDS, les ARS et les ORS ont un droit d'accès limité à leur seule région, ce qui peut constituer un frein à la mutualisation des investissements. Enfin, la maille du SNDS ne permet pas de descendre au niveau infra-communal, ce qui nécessite parfois des travaux ad hoc à partir des sources par régime, qui sont localisables à des niveaux géographiques fins.

La mission a pris connaissance du rapport remis en 2016 au secrétaire général des ministères sociaux élaboré par un groupe de travail coordonné par la Drees et la DSSIS (devenue depuis la Délégation au numérique en santé) qui préconisait la constitution d'un comité stratégique des producteurs de statistiques en santé publique chargé de sélectionner les indicateurs de référence les plus pertinents parmi l'ensemble de sources identifiées.

Au vu de ces constats, la mission formule les recommandations suivantes :

Recommandation n°7 Mettre en place un comité stratégique de pilotage des indicateurs de santé présidé par la DGS et la Drees et regroupant les producteurs et les utilisateurs pour :

Valider les indicateurs de référence et déterminer les priorités sur les indicateurs à produire

Veiller à l'actualisation de la base d'indicateurs et de leur documentation.

2.3.5 Besoins exprimés et insuffisamment couverts

La mission a relevé lors de ses entretiens avec les opérateurs et les hauts conseils (Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) un certain nombre de besoins insuffisamment couverts.

2.3.5.1 Principales demandes exprimées lors des entretiens

- La santé de l'enfant

Le HCSP a produit en 2019 un rapport sur le dispositif statistique de surveillance et de recherche sur la santé de l'enfant. Le rapport propose un ensemble de recommandations portant sur les aspects et les déterminants de la santé de l'enfant qu'il convient de mieux documenter ou de suivre, pour contribuer à évaluer les politiques publiques vis-à-vis des enfants et des axes de recherche à développer.

Le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) et le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) soulignent que les politiques publiques de l'enfance s'appuient sur des connaissances qui donnent des enfants une image parcellaire. Les deux conseils ont ainsi adopté un avis commun sur les données de recherche et études sur la santé et le développement global de l'enfant¹⁸.

- La connaissance des données cliniques et des pathologies

Différents organismes ont souligné le manque de données concernant à ce jour les résultats cliniques des tests (hors Covid-19), les motifs de recours et le contenu des consultations médicales, les données médicalisées sur l'activité des services d'urgence.

L'Inserm a ainsi indiqué un déficit de données fines et représentatives sur les grandes pathologies (en dehors du cancer), qu'il s'agisse des maladies chroniques (fertilité, périnatalité, croissance et surpoids de l'enfant, troubles neuro-développementaux, diabète, maladies cardiovasculaires, maladies neurodégénératives...).

L'expérience récente de SI-DEP permettant de connaître les résultats des tests pour la Covid-19 pourrait être généralisé (dispositif SI-LAB en cours) et fournir à terme des données sur l'incidence d'autres pathologies.

- La connaissance de la qualité des soins et des parcours

Là aussi, les perspectives ouvertes par l'usage du SNDS et du DMP à terme constituent des voies à expertiser. Il a été noté un besoin de coordination des différents acteurs pour la production et

¹⁸ <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=742>
<https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=744>

l'utilisation des données en matière de mesure de la qualité des soins, notamment pour développer les systèmes d'information clinique nationaux ou interopérables pour la mesure de la qualité. Actuellement le retour au dossier patient pour avoir une évaluation de la qualité des pratiques est consommateur de temps de soignants, temps qui pourrait être économisé par la capacité à requêter les systèmes d'information mobilisés pour la prise en charge des patients.

La HAS notamment a souligné cet enjeu, dans la mesure où il y a une volonté forte de prendre en compte la qualité dans le système de régulation, voire de financement du système de santé. Elle a également souligné la nécessité de renforcer la coordination nationale des déclarations des événements indésirables graves.

- Les déterminants sociaux et environnementaux

Plus généralement, la possibilité de documenter les inégalités socio-économiques, territoriales ou liées à l'origine a été signalée par de nombreux interlocuteurs rencontrés par la mission. Ce point a également été soulevé dans le dernier avis du HCAAM, qui pointe sur le besoin d'agir sur des leviers extérieurs au système de soins (éducation, logement, travail environnement, etc.) pour agir sur la santé¹⁹.

- La connaissance des personnels sanitaires

Le même avis du HCAAM pointe que les ressources humaines « *sont une clé essentielle du changement de notre système de santé, et une prospective à la fois quantitative (effectifs et répartition) et qualitative (compétences, missions, statuts, lieux d'exercice, attractivité...), transversale à l'ensemble des professions, à l'échelle nationale et locale, est nécessaire.* »

La Cour des Comptes²⁰ a consacré un chapitre de son rapport public de 2021 à la réanimation et aux soins critiques soulignant qu'elle n'avait identifié aucun rapport antérieur à la crise sanitaire analysant de façon globale la question des soins critiques en France.

- La prise en charge par l'assurance complémentaire

Malgré les dispositions prévues dans le cadre du SNDS, les organismes complémentaires restent globalement réticents pour fournir les données de remboursements, afin de permettre de connaître le reste à charge autrement que de façon agrégée dans le cadre des comptes de la santé. La connaissance du reste à charge en fonction des caractéristiques socio-économiques et notamment du niveau de vie des personnes est un manque important souligné par de nombreux interlocuteurs.

- Points divers (Cnam et ATIH)

la connaissance de l'activité fine des professionnels de santé libéraux (temps de travail, type de patientèle) ;

une meilleure connaissance des consommations de médicaments à l'hôpital ;

dans l'attente d'une plus grande fiabilisation du ROR, les statistiques capacitaires (lits, places, notamment pour les soins critiques) à jour selon une périodicité infra-annuelle et selon une nomenclature à préciser, en lien avec les besoins structurels liés au vieillissement de la population, ou conjoncturels, en réponse à une crise sanitaire).

¹⁹ <https://www.vie-publique.fr/rapport/279729-avis-du-hcaam-sur-la-regulation-du-systeme-de-sante>

²⁰ <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/le-rapport-public-annuel-2021>

2.3.5.2 Les demandes exprimées via le Cnis

Les besoins exprimés dans le cadre du programme de moyen terme 2019-2022 du Cnis comportent assez peu d'avis spécifiques dans le domaine sanitaire, domaine qui est par ailleurs éclaté entre deux commissions (commission Démographie et questions sociales d'une part et Commission Services publics d'autre part), ce qui ne favorise peut-être pas l'émergence des besoins sur ce thème.

Un 1^{er} avis du Cnis porte sur le phénomène de vieillissement de la population, et plus particulièrement sur le grand âge (conditions de vie et état de santé).

Un 2^e avis porte sur le suivi des conditions de vie des enfants, mais plutôt dans une dimension sociale (ruptures familiales, protection de l'enfance) sans mention explicite de la dimension sanitaire.

Un 3^e avis concerne la consolidation des dispositifs d'observation afin de mieux analyser les interrelations entre l'état de santé des personnes et leur itinéraire professionnel.

Un 4^e avis porte sur le lien entre la qualité de l'environnement et l'état de santé des populations, avec une réflexion à produire sur les indicateurs de suivi du Plan National Santé Environnement (PNSE) et ses déclinaisons territoriales.

Le Cnis a par ailleurs formulé des recommandations de moyen terme plus transversales, concernant :

- La poursuite des efforts du service statistique public pour garantir la cohérence des données territoriales produites et en faciliter l'accès notamment aux acteurs locaux.
- Les attentes exprimées sur la mesure de la satisfaction des usagers des services publics, invitant les services producteurs à engager un travail sur la façon dont l'appareil statistique pourrait prendre en compte cette question.
- La veille sur les nouvelles sources de données produites grâce au développement du numérique, tout en étant attentif à la qualité des statistiques produites.

Plus récemment (décembre 2020), le bureau du Cnis s'est aussi interrogé sur la place de la production de statistiques conjoncturelles sur l'état de santé par le service statistique public. Ces réflexions ont fait suite notamment à l'investissement produit par la Drees dans le cadre de la crise sanitaire.

Recommandation n°8 Développer le potentiel des appariements permis par le nouveau service de code statistique non signifiant développé par l'Insee pour produire des sources combinant les dimensions sanitaire et socio-économiques et offrant ainsi un éventail de possibilités plus vaste pour les statistiques.

2.4 Les statistiques relatives aux retraites : une organisation de la production statistique qui répond aux principaux besoins

Au niveau du ministère, le champ des retraites est piloté par la **Direction de la sécurité sociale (DSS)**.

Le **Conseil d'orientation des retraites (COR)**, créé en 2000, est quant à lui une instance indépendante et pluraliste d'expertise et de concertation, chargée d'analyser et de suivre les perspectives à moyen et long terme du système de retraite français. Il a notamment en charge de produire chaque année avant le 15 juin, un rapport annuel sur les évolutions et perspectives des

retraites en France, fondé sur des indicateurs de suivi et de pilotage visant à mesurer l'adéquation du système à ses objectifs.

2.4.1 Les producteurs de sources statistiques

- La **Drees** joue un rôle de consolidation des pensions perçues par un même retraité depuis la création de l'Echantillon Interrégimes de Retraités (EIR) en 1984, puis des carrières avec l'Echantillon Interrégimes de cotisants (EIC) créé en 2000.

Les deux échantillons relèvent du Code de la sécurité sociale (Articles R161-59 à R161-69). Il est créé un traitement automatisé permanent d'informations nominatives à des fins statistiques en matière de retraite, mis en œuvre par un service statistique placé sous l'autorité du ministre chargé des affaires sociales et composé de :

« 1° L'échantillon interrégimes de cotisants, mentionné au II de l'article 27 de la loi du 23 décembre 2000 susvisée et mis en œuvre dans les conditions définies par un arrêté pris, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, par le ministre chargé des affaires sociales, le ministre de la défense, le ministre chargé du budget et le ministre dont relève l'Institut national de la statistique et des études économiques ;

2° L'échantillon interrégimes de retraités, mentionné à l'article 1er de la loi du 9 juillet 1984 susvisée et mis en œuvre dans les conditions définies par un arrêté pris, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, par le ministre chargé des affaires sociales, le ministre chargé du budget et le ministre dont relève l'Institut national de la statistique et des études économiques. »

La Drees a par ailleurs enrichi ces échantillons au fil du temps, notamment en développant des appariement avec les données fiscales et sociales, qui permettent d'avoir une connaissance plus large des revenus, dont les pensions de retraite, au niveau du ménage et pas seulement de l'individu.

- Les **caisses de retraites** (Cnav, MSA, Agirc-Arrco, SRE) assurent quant à elles une production statistique propre visant à suivre leurs pensionnés et les dépenses de leurs régimes.
- La Cnav est aussi le principal opérateur en charge des services inter-régimes, dont le répertoire de gestion des carrières unique (RGCU) qui a déjà fait l'objet de plusieurs rapports de l'igas. La responsabilité du RGCU relève du **GIP Union Retraite**²¹ qui a en charge le suivi et l'information des assurés sur leurs droits à la retraite : le relevé de carrière récapitule tous les droits acquis par les assurés au cours de leur vie active (régimes de base, régimes complémentaires) et une estimation en montant de la pension globale que les assurés percevront au moment estimé de leur départ à la retraite.

Le GIP Union-Retraite fournit actuellement l'information de carrière aux assurés provenant des bases de carrières (SNGC). Il s'appuiera ensuite sur le RGCU en cours de constitution, qui est un outil inter-régimes ayant vocation à rassembler l'ensemble des données relatives à la carrière de chaque assuré

²¹ <https://www.info-retraite.fr/portail-info/sites/PortailInformationnel/home/qui-sommes-nous/les-membres-de-lunion-retraite.html>

social, dans le but de faciliter le calcul de sa pension de retraite. Le RGPU se substituera, à terme, aux outils de gestion de carrière des différents organismes²².

Les bascules des bases carrières (35 au total) ont démarré en 2020 et devraient s'achever d'ici 2025. Au terme de cette bascule, les régimes ne s'appuieront plus que sur les données du RGPU pour liquider les pensions. Le décret de 2017 définit les entités qui peuvent bénéficier des données du RGPU : outre les régimes de retraite qui sont à la fois les fournisseurs initiaux et les clients finaux, la base sera fournie à la Drees pour des exploitations statistiques.

2.4.2 Les principales sources statistiques

2.4.2.1 Les sources Drees

La Drees produit de nombreuses sources inter-régimes sur les retraites et les publie dans un ouvrage annuel de référence²³. Ces sources sont :

L'échantillon inter-régimes de retraités (EIR) est un panel qui permet d'observer l'évolution du nombre et de la composition des retraités, de décrire les conditions de départ à la retraite et de reconstituer le montant moyen de pension par retraité tous régimes.

L'enquête annuelle auprès des caisses de retraite (EACR) recueille, depuis 2004, des informations sur les effectifs de retraités, les montants des pensions versées par la plupart des caisses de retraite.

ANCETRE est l'acronyme de "Actualisation annuelle par calage pour l'estimation tous régimes des effectifs de retraités". Le modèle ANCETRE permet d'estimer annuellement différentes grandeurs du système de retraite : le nombre de retraités tous régimes, le montant moyen des pensions, les effectifs de nouveaux retraités...

L'enquête annuelle sur le minimum vieillesse vise à décrire les bénéficiaires des allocations du minimum vieillesse (tous régimes).

L'enquête annuelle sur la retraite supplémentaire est collectée auprès des organismes qui distribuent ces produits (sociétés d'assurance (relevant du Code des assurances), mutuelles (relevant du Code de la mutualité) et institutions de prévoyance (relevant du Code de la Sécurité sociale) proposant des produits de retraite supplémentaire) qu'ils soient en phase de constitution ou de liquidation.

L'échantillon inter-régimes de cotisants (EIC) constitue le pendant de l'EIR du côté des cotisants. Il contient des informations correspondant aux droits accumulés par chaque individu de l'échantillon, année par année et régime par régime.

L'enquête Motivations de départ en retraite est conduite tous les 3 à 4 ans auprès des personnes qui viennent de prendre leur retraite. Elle est menée en partenariat avec différents organismes et caisses, dont la Cnav, l'AGIRC-ARRCO, le SRE, la CNRACL et la caisse de retraite de la SNCF (CPRSNCF).

²² cf. article 9 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, puis la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, incluant les régimes de retraite complémentaire

²³ <https://Drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referance/panoramas-de-la-Drees/les-retraites-et-les-retraites-edition>

Le modèle de micro-simulation Trajectoire²⁴ est un modèle de micro-simulation dynamique qui produit des projections de retraités et de leur niveau de pension. Ce modèle permet d'envisager différents scénarios économiques et de simuler des modifications du système de retraite et d'en évaluer l'impact à long terme.

2.4.2.2 Sources statistiques des régimes : Cnav, SRE, MSA, Agirc-Arrco, etc.

Chaque caisse gère son système d'information visant à rendre compte de ses dépenses et des caractéristiques des pensionnés couverts. La plupart des caisses de retraite diffusent des statistiques annuelles, représentatives de la situation de leurs pensionnés à une date donnée.

Chaque année, les caisses rendent compte des évolutions des données démographiques et financières de l'année dans le cadre de la préparation de la Commission des comptes de la Sécurité sociale et de l'élaboration du PLFSS. Elles participent aussi aux travaux et projections du COR et répondent aux demandes d'informations statistiques que leur adressent les parlementaires, la Cour des comptes, la direction du budget ou les ministères. Les caisses ont également participé aux travaux de modélisation des différents scénarios envisagés dans le cadre des réflexions liées à la réforme des retraites, sous l'égide du Haut-Commissariat à la réforme des retraites.

En termes d'usages, il convient de rappeler que les séries statistiques produites par chaque régime sont susceptibles d'être impactées par des évolutions réglementaires concernant les règles de liquidation ou le périmètre des assujettis couverts par le régime. Par exemple, suite à la liquidation unique des régimes alignés (LURA), réalisée à des fins de gestion pour faciliter la liquidation des retraites, les cotisants d'un des trois régimes alignés (régime général, RSI ou MSA Salariés), peuvent désormais percevoir leur retraite de façon globale, auprès du régime principal qui la calcule pour le compte des trois régimes alignés (ce qui a conduit à une réduction du nombre de poly-pensionnés). De même, depuis 2020, le Régime général intègre désormais le régime des indépendants (RSI), les règles de liquidation pour les nouveaux retraités étant désormais fusionnées au sein du régime général.

La plupart des caisses de retraite de base sont représentées dans le cadre des réunions du Cnis, à qui elles adressent leur programme de travail annuel.

- **Cnav (Direction statistiques, prospective et recherche)**

La Cnav diffuse des indicateurs annuels sur l'ensemble de ses retraités et des pensions versées. Il s'agit notamment d'éclairer les évolutions des principaux postes de dépenses du régime général à partir de celles de la population de bénéficiaires de pensions versées par le régime et des niveaux moyens de ces dernières.

Le **SNSP (Système National Statistiques Prestataires)** constitue la source statistique de référence du régime général. Les principales publications de la Cnav sont établies à un rythme annuel (chiffres clefs, abrégés et recueils statistiques)²⁵.

²⁴ Cf. Courrier des statistiques N4-2020 : Une décennie de modélisation du système de retraite : La genèse du modèle de microsimulation TRAJECTOIRE <https://www.insee.fr/fr/information/4497060?sommaire=4497095>

²⁵ <https://www.statistiques-recherches.cnnav.fr/publications.html>

La Cnav a aussi développé un **modèle de projection des retraites (PRISME²⁶)**, qui est depuis 2005 l'outil central de projection du système de retraite du régime général à court, moyen et long terme.

- **MSA (Mutualité sociale agricole)**

Les traitements et analyses statistiques des bases de gestion administratives de la MSA sont assurés par la Direction des Statistiques, des Etudes et des Fonds (DSEF) qui produit, valide et diffuse les statistiques des 4 branches du régime agricole (santé, famille, retraite et recouvrement).

En matière de statistiques de retraites, la MSA mobilise le SIVA (Système d'Information Vieillesse Agricole) et produit des états statistiques par type de droit, par régime de retraite, etc²⁷.

- **SRE (Service des retraites de l'Etat, bureau financier et des statistiques)**

Le service des retraites de l'État (SRE), service à compétence nationale de la DGFIP, gère le régime de retraite de la fonction publique de l'État. Il assure la diffusion d'informations sur le régime de la fonction publique de l'État sur le site internet²⁸.

Le SRE s'est également doté d'outils permettant d'assurer un suivi des flux d'entrées et de sorties des pensions payées pour obtenir une prévision des dépenses à 5 ans. Depuis 2017, il dispose également d'un **modèle de micro-simulation dynamique, Pablo**, permettant de projeter à l'échéance 2070 les affiliés au régime et les pensionnés. Cet outil calcule les engagements de l'État en matière de retraite ainsi que le besoin de financement actualisé du régime.

- **Agirc-Arrco**

Les traitements et analyses statistiques sont réalisés à partir de l'entrepôt du Système d'Information Décisionnel de la Retraite Complémentaire. Les statistiques Agirc-Arrco sont principalement diffusées via des notes techniques lors des Commissions Techniques et Financières, dans le cadre des négociations. Un recueil statistique est accessible sur le site Agirc-Arrco²⁹.

2.4.3 Une articulation des productions satisfaisante, perfectible à la marge, mais un enjeu à anticiper avec la mise en place du RGCU

Le domaine des retraites apparaît fortement structuré grâce au rôle d'opérateur joué par certains organismes, notamment la Cnav, mais aussi à travers des structures dédiées telles que le GIP-Union Retraite. Il est aussi structuré par les outils inter-régimes de la Drees, les comptes de la protection sociale, de la Commission des comptes de la sécurité sociale et grâce à l'action du COR qui joue un rôle fédérateur.

Plusieurs caisses ont par ailleurs demandé et obtenu la labellisation de leurs principales auprès de l'Autorité de la statistique publique (Cnav, SRE, MSA). La production des sources statistiques exhaustives sur leur champ permet de répondre à différents types de besoins (dont internes), notamment sur des évaluations de mesures concernant des populations très fines au sein des régimes.

²⁶ Cf. Courrier des statistiques N5-2020 Prisme : Du régime général au régime universel, la micro-simulation comme outil d'aide à la décision <https://www.insee.fr/fr/information/5008705?sommaire=500871>

²⁷ <https://statistiques.msa.fr/publication/les-chiffres-utiles-de-la-msa-edition-nationale-2020-2/>

²⁸ <https://retraitesdeletat.gouv.fr>

²⁹ <https://www.agirc-arrco.fr/ressources-documentaires/chiffres-cles/>

La mission a noté la coexistence de plusieurs outils de projections des retraites (notamment celui de la Drees, Trajectoire et de la Cnav, PRISME). Les fonctionnalités de ces modèles étant différentes, ils sont de fait complémentaires.

Dans l'ensemble des indicateurs produits, quelques améliorations semblent cependant souhaitables à la marge. Elles ont été identifiées par le COR en avril 2021 dans le cadre d'un document de travail d'expertise des indicateurs produits³⁰. Le Cor note ainsi : « *Trois publications institutionnelles présentent des indicateurs sur les retraites. La DSS élabore chaque année, à partir de données de gestion et d'enquêtes, le RE PSS décliné sur les retraites, annexé depuis 2005 au PLFSS. La Drees produit un panorama annuel « Les retraités et les retraites » comprenant 180 indicateurs principalement calculés à partir de son Échantillon Inter régimes de Retraités. Enfin, le rapport annuel du COR « Évolutions et perspectives des retraites en France » produit plusieurs indicateurs de suivi des objectifs assignés au système de retraite, établis à partir de données des régimes et administrations. Les trois rapports répondent à des finalités différentes, mais la plupart des indicateurs sont cohérents entre eux. Des différences de méthodologies, de périmètres ou bien encore de sources de données peuvent cependant nuire à la lisibilité et la cohérence d'ensemble. Le travail de recension ainsi établi à vocation à être prolongé par des échanges approfondis entre administrations. »*

La mission considère donc que les principaux outils statistiques sont de nature complémentaire. Il y a cependant un enjeu à l'horizon de l'atterrissage du RGCU, qui consolidera les carrières au fil de l'eau, ce qui pose la question pour la Drees de l'évolution du mode de production de l'EIC, voire de la fréquence des statistiques à produire pour assurer le suivi des carrières.

2.4.4 Besoins exprimés et insuffisamment couverts

Le dispositif actuel donne satisfaction aux acteurs rencontrés par la mission, dont notamment le COR. Les seuls souhaits exprimés concernent plutôt l'analyse des fins de carrière (articulation chômage, invalidité, retraite) que le domaine des retraites au sens strict.

Le Cnis a tenu en octobre 2020 une réunion thématique³¹ consacrée aux avancées du système d'information statistique en matière de retraite. Il a pris acte de la complémentarité des différents outils et de l'intérêt d'avoir établi des appariements entre sources individuelles et sources ménages ou pour suivre les parcours.

Le Cnis a souligné le besoin d'un usage accru des données administratives existantes : « *La commission recommande que les données du RGCU soient accessibles à des fins de recherche avant la complétude de celui-ci. La commission encourage la conduite d'une réflexion sur le développement d'informations statistiques exhaustives inter régimes sur les retraités, à partir des besoins qui seront exprimés* ».

³⁰ <https://www.cor-retraites.fr/node/559>

³¹ <https://www.cnis.fr/evenements/services-publics-et-services-aux-publics-2020-2e-reunion/?category=1095>

2.5 Les statistiques relatives à l'autonomie : une hétérogénéité des systèmes d'information entre collectivités territoriales

2.5.1 Les acteurs pilotant la politique de l'autonomie

Le secteur médico-social, dont la gestion est confiée aux conseils départementaux pour ce qui concerne le versement des prestations individuelles et la création des structures de prise en charge et aux agences régionales de santé s'agissant du financement par l'assurance maladie depuis les lois de décentralisation, couvre deux populations répondant à des réglementations et prestations différentes : les personnes âgées en perte d'autonomie d'une part, et les personnes handicapées d'autre part.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), établissement public administrative créé en 2005, gère les financements de la solidarité nationale en direction des conseils départementaux et a été, par la loi du 7 août 2020, érigé comme pilote de la cinquième branche "autonomie" de la sécurité sociale. La LFSS 2021 contient les premières traductions financières de cette réforme dans l'attente d'une future loi grand âge et autonomie qui devrait en parfaire les fondements. D'ores et déjà, la LFSS 2021 intègre l'AAEH, aujourd'hui versée par la branche famille, au périmètre de la 5e branche.

La branche autonomie contribue au financement :

- Des établissements et services médico-sociaux (ESMS),
- De l'investissement dans les établissements et services médico-sociaux et de l'habitat inclusif
- De concours aux départements pour :
- L'allocation personnalisée d'autonomie pour les personnes âgées (APA),
- La prestation de compensation pour les personnes handicapées (PCH),
- Des actions de prévention et le forfait autonomie,
- Du fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)

Le rapport de Laurent Vachey sur la cinquième branche (juillet 2020) préconise le transfert, en 2022, d'autres prestations aujourd'hui dans le périmètre d'autres branches de la sécurité sociale, et dont la finalité relève de la compensation de la perte d'autonomie : la composante « aide humaine » de l'invalidité, l'allocation supplémentaire d'invalidité et les unités de soins de longue durée) depuis la branche maladie ; la part de l'action sociale de la Cnav consacrée aux aides à l'investissement et à l'aménagement du domicile depuis la branche vieillesse.

D'autres transferts depuis le budget de l'État sont aussi recommandés : l'allocation aux adultes handicapés, l'aide au poste des travailleurs en ESAT et quelques financements mineurs.

S'agissant des acteurs coordonnant cette politique décentralisée au niveau national, il convient de noter qu'en premier lieu, la CNSA voit son rôle de pilotage accru par la transformation de cette entité en cinquième branche de la sécurité sociale à partir de 2021.

Sur le terrain, ce sont les maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), GIP constitué dans chaque département entre le conseil départemental, l'Etat et les organismes de protection sociale qui constituent, depuis la loi du 11 février 2005, le guichet unique d'instruction

des aides pour enfants et adultes handicapés. Les conseils départementaux sont en revanche seuls en charge de l'instruction des demandes d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la fixation de son montant.

2.5.2 Les producteurs de statistiques

Les deux principaux producteurs de statistiques sur ce champ de l'autonomie qui inclut le handicap et la dépendance des personnes âgées sont la Drees et la CNSA. Cependant, l'ATIH produit un tableau de bord sur les établissements sociaux et médico-sociaux et la Cnam fournit des données sur la prise en charge maladie des personnes âgées et des personnes handicapées.

2.5.3 Les principales sources statistiques

2.5.3.1 Principaux systèmes d'information

La liste détaillée des sources statistiques figure en annexe. Pour l'essentiel, on peut lister :

Le tableau de bord des établissements sociaux et médico-sociaux de l'ATIH qui fournit des données sur les populations hébergées et des indicateurs financiers ; il recueille les données relatives à l'adéquation de la population accueillie au statut de l'établissement, la part des prestations externes, l'absentéisme, le niveau d'exécution budgétaire et le taux de capacité d'autofinancement, la couverture fonctionnelle du système d'information et la sécurité informatique. Ce tableau de bord n'est pas en accès libre ;

Outre les données du système national des données de santé (SNDS), la Cnam gère une base RESID-EHPAD sur les établissements pour personnes âgées en cours d'extension à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) cette base fournit des données sur la capacité des établissements, leur activité, leur financement, les identifiants des résidents, les soins associés.

La CNSA fait remonter des données budgétaires sur le fonctionnement et l'investissement des ESMS et des données sur l'activité des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), guichet unique d'instruction des demandes de prestations.

Au terme de plusieurs années de préparation, la CNSA déploie actuellement un entrepôt de données relatif aux MDPH.

Le Centre de données contient des données relatives à la situation de la personne, aux demandes qu'elle exprime, à l'évaluation de l'équipe pluridisciplinaire, aux décisions prises par la CDAPH, aux recours éventuelles sur ces décisions. Ces données alimenteront le Health data Hub. L'accès aux données du Health data Hub permettra d'améliorer les connaissances sur les parcours des personnes, les ruptures et les liens entre l'état de santé et le handicap des individus, le recours ou non à des réponses médico-sociales ou sanitaires, les surcoûts liés à la prises en charge qui nécessiteraient une compensation sanitaire ou médico-sociales, l'ajustement de réforme en protection sociale (comme par exemple, l'ajustement de critères de départ anticipé à la retraite, l'éligibilité à une prestation individuelle, l'individualisation de l'AAH, etc.). Ces éléments concourent à un meilleur pilotage national et à l'évaluation des politiques de l'autonomie.

Ces données ont vocation à faire l'objet d'appariement avec les données du SNDS.

A ce jour, 74 MDPH ont transmis un premier flux de données. Le déploiement est en cours. Il a débuté en 2019 et se poursuit.

Drees

L'enquête annuelle Aide sociale de la Drees permet le suivi régulier des prestations d'aide sociale aux personnes âgées et personnes handicapées ainsi que de leurs principales caractéristiques (nombres de bénéficiaires, caractéristiques sociodémographiques de ces derniers, dépenses de prestations).

La Drees produit, une fois par décennie environ, un ensemble combiné d'opérations statistiques visant à permettre une vision globale de la situation des personnes, tel que le dispositif CARE de 2014-2016 qui a pour objectif de mieux connaître les conditions de vie des seniors, leurs relations avec leur entourage, leurs difficultés à réaliser certaines activités de la vie quotidienne et les aides financières et humaines qu'ils reçoivent pour surmonter ces éventuelles difficultés. Ce dispositif croise des enquêtes menées auprès des personnes, de leurs aidants et des établissements, avec des données administratives issues des bases de gestion des départements, des sources fiscales, et des données de santé (SNDS). De par son ampleur et l'ensemble des informations rassemblées, il est le seul permettant d'analyser certaines problématiques ; son coût est toutefois très élevé, si bien qu'il a pour principale limite de ne pouvoir être mis en œuvre que ponctuellement.

La mobilisation, en parallèle, de diverses autres opérations statistiques, sur un champ ne couvrant qu'une partie des thématiques mais réalisées de façon plus fréquentes : Des remontées de données administratives sur certaines prestations, à un rythme généralement quadriennal : la Drees collecte des données individuelles sur les bénéficiaires ou demandeurs de l'APA et de l'ASH d'une part et, d'autre part, de la PCH. Ces données ont pour limite de ne pas couvrir toutes les prestations relatives aux politiques d'autonomie et de ne pas pouvoir être facilement croisées entre elles. La Drees prévoit donc de réaliser à partir de 2021-2022 les « RI-autonomie », consistant à combiner en une seule opération globale les remontées de données individuelles sur toutes les prestations, auprès des conseils départementaux et des caisses de sécurité sociale, voire d'autres acteurs. Contrairement aux précédentes enquêtes, la campagne 2023 sur les RI Autonomie se fera à partir du NIR ce qui facilitera les appariements de fichiers notamment avec ceux de l'AAH, de la PCH et du SNIRAM.

Le panel ENEAS (échantillon national sur l'autonomie et l'hébergement des seniors) prévoit par ailleurs de chaîner les différentes vagues entre elles, afin de permettre des analyses des parcours. L'enquête annuelle auprès de ce panel vise à identifier l'âge d'entrée en dépendance et la durée moyenne de résidence en institution.

Par ailleurs, la Drees mène des enquêtes quadriennales sur les établissements (enquête EHPA pour les établissements d'hébergement de personnes âgées) et enquête auprès des établissements et services pour personnes handicapées. Pour les compléter et permettre un suivi annuel, la Drees a mis en œuvre à partir de l'automne 2019 le projet de création de la base de données inter administrative des ESMS (BADIANE) est un fichier rassemblant des informations relatives au fonctionnement, à l'activité, au personnel et au public accueilli dans les structures médico-sociales. Le champ du projet vise dans un premier temps les structures intervenant auprès des personnes âgées et devrait être opérationnel en 2021; il sera dans un second temps élargi aux structures intervenant auprès des adultes et enfant handicapés. La disponibilité de cette base de données ne supprimerait pas, selon la Drees, la nécessité de mener l'enquête EHPA - qui comporte des informations sur les caractéristiques des publics hébergés ainsi que sur la vétusté des équipements - tous les quatre ans.

Université Dauphine

L'enquête européenne SHARE (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe) est une enquête longitudinale, multidisciplinaire et internationale concernant plus de 80 000 européens âgés de 50

ans et plus. L'enquête est réalisée tous les deux ans depuis 2004 et se déroule désormais dans vingt-sept pays européens.

Les données recueillies grâce à SHARE portent sur l'état de santé des répondants et de leurs proches ainsi que sur leur situation sociale (famille, entraide, réseaux sociaux) et économique (emploi, retraite, patrimoine).

Depuis 2012, l'équipe du Laboratoire d'Economie et de Gestion des Organisations de Santé de l'Université Paris-Dauphine gère le volet français de l'enquête SHARE et collecte les fonds nécessaires à sa réalisation. En 2020, cette enquête a, après entretiens téléphoniques avec 2.500 personnes âgées, fournit des données sur la vulnérabilité au Covid19.

2.5.3.2 Les statistiques publiées

Le panorama annuel sur « L'aide et l'action sociales en France » traite des aides sociales aux personnes handicapées, et particulier des aides sociales des départements que sont la PCH, l'ACTP, les aides sociales à l'accueil et les aides ménagères. Il s'appuie pour ce faire principalement sur l'enquête annuelle Aide sociale auprès des départements ou encore sur la collecte de données individuelles sur les bénéficiaires de ces prestations (Remontées individuelles – PCH)

La Drees publie également un certain nombre de focus dans ses « dossiers » et « études et résultats ». (par exemple « Davantage de bénéficiaires de la prestation de compensation du handicap dans les quartiers prioritaires de la ville (17 février 2021) » et « Un tiers des personnes âgées vivant en établissement sont dans un état psychologique dégradé (janvier 2020) »)

Enfin, la Drees publie des projections réalisées à l'aide de son modèle « lieux de vie et autonomie » sur la projection du nombre de personnes âgées dépendantes et l'évolution de l'offre nécessaire selon différents scénarii de comportements entre hébergement ou maintien à domicile ou en structure intermédiaire.

La CNSA publie régulièrement :

- Une analyse des tarifs des EHPAD, la dernière portant sur 2018
- Une analyse de l'activité des MDPH en matière de PCH, la dernière portant sur 2019
- Une analyse de l'activité des MDPH en matière d'attribution de l'AAH

Les statistiques relatives à l'AAEH sont, à ce stade, toujours publiées par la Cnaf bien que la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 en ait transféré la gestion à la branche "autonomie".

Le REPSS Autonomie joint au PLFSS présente un certain nombre de données synthétiques :

- Montant moyen de PCH par élément de la prestation et par département, délai d'attribution
- Montant moyen d'APA,
- Montant moyen de pension d'invalidité par régime (chiffres DSS compilant les chiffres Cnam et RSI)
- Et une estimation du reste à charge par GIR des attributaires de l'APA issu du modèle de micro-simulation « autonomix » de la Drees.

En outre, la Drees et l'Insee publient sur leur site des indicateurs sociaux départementaux recensant, notamment, le nombre d'attributaires de prestation et le coût par habitant et par bénéficiaire ainsi que des taux d'équipement en établissement d'hébergement.

A l'initiative de l'association nationale des CREAI, avec le soutien de la CNSA et des ARS, un croisement des différentes statistiques produites en matière de handicap, avec déclinaison au niveau régional et départemental, est disponible sur le site handidonnees.fr. Il recense les statistiques produites par les CAF, les caisses de la MSA, la DEPP, la Drees, les ARS ? l'ATIH, Pôle Emploi et les CREAI.

2.5.4 L'articulation des productions

Le système national des données de santé (SNDS) qui incorporera les données de RESID-ESMS et celles du SI harmonisé des MDPH, permettra d'avoir une vision plus globale du parcours des personnes en perte d'autonomie, en situation de handicap accueillies dans les établissements et /ou dans les services. A cet effet, la CNSA souhaite pouvoir disposer de la base de données RESID-ESMS anonymisée. Elle souhaite également disposer d'une profondeur de données de 19 ans au lieu de 9 ans actuellement ; en effet, la meilleure connaissance du processus de perte d'autonomie nécessite le soutien de travaux qui objectivent l'état de santé des individus et leurs comportements en santé de manière dynamique.

La Drees souhaite par ailleurs appairer les données de RESID-EHPAD et RESID-ESMS avec d'autres dispositifs : remontées individuelles des bénéficiaires ou demandeurs de l'allocation personnalisée d'autonomie, de la prestation de compensation du handicap ou de l'aide sociale à l'hébergement, détenues par les conseils départementaux. Ces données peuvent déjà être appariées avec celles du système national inter-régimes de l'assurance maladie (SNIIRAM) dans le cadre des procédures ad hoc relatives à l'utilisation des données du SNDS; l'adjonction des données de RESID-EHPAD et RESID-ESMS permettrait de disposer d'une vue d'ensemble des dispositifs autour des bénéficiaires, qu'ils résident à leur domicile ou en établissement médico-social.

Un suivi des parcours de soins et sociaux serait également possible.

A noter cependant que la demande d'accès à cette base RESID- EHPAD faite à la Cnam par la Drees en 2017, qui a fait l'objet de plusieurs relances, n'a toujours pas abouti sans que la Cnam ne puisse fournir d'explication sur ce délai et alors même que la Drees indique que cette base permet de connaître, en temps réel, le nombre de personnes âgées hébergées en EHPAD, information d'autant plus sensible en temps de crise sanitaire.

S'agissant des données gérées par les conseils départementaux relatives aux personnes âgées, le rapport sur le grand âge de Dominique Libault de 2020 ainsi que le rapport de Laurent Vachey sur la mise en place d'une cinquième branche soulignent la nécessité pour la CNSA de se doter d'un SI commun entre départements relatif à l'APA en établissement comme à domicile. Cet outil de pilotage permettra de contrôler les inégalités d'attribution entre départements et pourra être interfacé avec le SNIIRAM, ce qui sera possible dès lors que sera publié le décret habilitant la CNSA à utiliser des données individuelles extraites à partir du NIR, après pseudonymisation.

Le rapport Vachey souligne que, comme pour ce qui a été fait pour harmoniser le SI MDPH, la CNSA doit pouvoir travailler avec un faible nombre d'éditeurs (trois) et qu'un premier audit de la CNSA avec l'appui de l'agence du numérique en santé mené en septembre 2019 a montré que 82 % des départements ayant répondu à l'enquête demandent un soutien national pour mettre en place un SI automatisé relatif à l'APA. La Drees souligne néanmoins que, si un fichier était constitué, il conviendrait de le générer à partir du NIR pour permettre les appariements, le SI MDPH ne

permettant, en l'état, un appariement qu'avec le SNDS. Dans ce cadre, il conviendrait au préalable de résoudre les problèmes d'accès des conseils départementaux à l'espace de certification du NIR géré par la Cnav qui, à ce stade, refuse un tel accès. Par ailleurs, la Drees souligne que le SI MDPH n'est alimenté qu'en flux ce qui ne donne pas la profondeur historique nécessaire à la réalisation de statistiques à court terme.

2.5.5 Besoins exprimés et insuffisamment couverts

S'agissant de la complétude du dispositif d'observation de la Drees sur les personnes âgées, cette dernière souligne que le suivi des services intervenant auprès des personnes âgées à domicile (SAAD) représente aujourd'hui l'une des principales faiblesses du dispositif d'observation des politiques d'autonomie. La dernière enquête Drees sur les SSIAD date de 2009. Une prochaine enquête pourrait avoir lieu, selon la Drees, en 2023. La Drees souligne néanmoins qu'il conviendrait que le répertoire FINESS soit aménagé de façon à ce que les conseils départementaux puissent directement enregistrer les services à domicile.

À cet effet, l'objectif est de garantir, au fil de l'eau, l'immatriculation et la mise à jour qualitative de tous les SAAD dans le répertoire FINESS. L'exhaustivité de FINESS sur les SAAD permettra par ailleurs son utilisation comme base de sondage pour mener des enquêtes auprès des structures et d'élargir aux SAAD le champ de l'enquête quadriennale EHPA de la Drees devenant, à l'occasion, une enquête « ES-PA », dès la prochaine vague d'enquête portant sur l'année 2023.

Par ailleurs, les différents interlocuteurs ont indiqué les besoins suivants :

- Disposer de plus d'éléments sur les différentes prises en charge d'un même individu (aide sociale, parcours de soins, droits spécifiques).
- Développer les outils de suivi et d'analyse territoriales (collectivité et région) des besoins et des réponses (profil d'efficacité, types de besoin)
- Mieux suivre l'évolution de l'offre et notamment à domicile
- Améliorer la connaissance des causes et déterminants du handicap et des réponses apportées.

De même, il est souhaité que les enquêtes en population générale de l'Insee auprès des ménages (tronc commun des ménages, famille et logement) soient utilisées pour repérer systématiquement le handicap.

Dans le champ des personnes âgées, il est signalé le besoin de compléter les enquêtes en population générale (habitat et logement, patrimoine) par des enquêtes sur les ménages non ordinaires (principalement EHPAD aux âges avancés mais aussi autres types d'hébergement « intermédiaires » dont logement inclusif/partagés et résidences services et autonomies). Il est pointé également un besoin d'éléments sur la mise en œuvre par les départements de l'obligation alimentaire et du recours sur succession.

2.6 Les statistiques relatives à la protection de l'enfance : la nécessité de recentrer le dispositif d'observation longitudinale du parcours des mineurs pris en charge

2.6.1 Les acteurs pilotant la politique de la protection de l'enfance

Depuis la loi du 22 juillet 1983, la protection de l'enfance en danger relève des compétences des Départements.

Ainsi, chaque département comporte un service de l'Aide sociale à l'enfance. (ASE)

L'Etat a lancé une stratégie de protection de l'enfance se déployant sur plusieurs axes :

- Accélérer le virage de la prévention en protection de l'enfance (renforcement de la PMI et des CRIP)
- Faire des enfants protégés des enfants comme les autres (création de places, attention particulière portée aux enfants placés atteints de handicap, création d'un fonds pour le logement des enfants sortant de l'ASE...)

La mise en place de cette stratégie passe par une contractualisation Etat/départements, 80M€ étant prévus en 2020 dans ce cadre.

L'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) a été créé par la loi n°2004-1 du 2 janvier 2004 relative à l'accueil et à la protection de l'enfance.

Il a pour mission de « mieux connaître le champ de l'enfance en danger pour mieux prévenir et mieux traiter ».

L'ONPE est doté d'un conseil scientifique nommé par le conseil d'administration du GIPed. Placé sous la présidence d'une universitaire, ce conseil scientifique comprend 10 chercheurs et les organismes commanditaires de l'ONPE dont la DGCS et la Drees. L'ONPE est intégré au Groupement d'intérêt public Enfance en danger (GIPed) constitué entre l'Etat et les conseils départementaux.

Il convient de souligner que le GIPed auquel l'ONPE est attaché, l'Agence française de l'adoption (AFA), le Conseil national de protection de l'enfance (CNPE) et le Conseil national d'accès aux origines personnelles (CNAOP) devraient, conformément au projet de loi en discussion au Parlement, fusionner en 2022.

2.6.2 Les producteurs de statistiques

S'agissant de la protection de l'enfance, les deux principaux producteurs de statistiques sont la Drees et l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE)

2.6.2.1 Les principaux systèmes d'information

Le volet « Ase » de l'enquête annuelle Aide sociale de la Drees réalisée auprès des départements, identifie le nombre d'enfants suivis, le type de mesures (placements, actions éducatives...), le mode d'hébergement, le sexe et l'âge des bénéficiaires.

L'enquête quadriennale ESPE « Protection de l'enfance » de la Drees s'intéresse à l'activité des établissements et services de la protection de l'enfance, au personnel en fonction et au profil des enfants et jeunes adultes accueillis dans ces structures.

Par ailleurs, la Drees réalise en 2021 une enquête nationale sur les assistants familiaux présentant un bilan complet sur le profil des professionnels, leurs conditions de travail, leurs parcours et motivations afin d'objectiver les difficultés actuelles et à venir et d'alimenter la réflexion sur les leviers possibles pour y remédier.

Dans le contexte de crise sanitaire et de confinement lié à l'épidémie de Covid-19, la Drees a également mené une enquête statistique de format court, au niveau national, en avril 2020.

L'ONPE mène par ailleurs deux enquêtes annuelles :

- L'enquête sur les pupilles de l'Etat qui fait le point sur leur situation, le fonctionnement des conseils de famille et les agréments d'adoption.
- L'estimation du nombre de mineurs concernés par une mesure de protection de l'enfance au 31 décembre.

L'ONPE mène également l'enquête Elap (Étude sur l'accès des jeunes à l'autonomie) à partir d'un panel de jeunes placés pour mesurer leur perception de l'avenir au moment où, à 18 ans, ils sont en voie de sortir de l'AS.

Il faut noter que l'analyse des signalements (aujourd'hui dénommés informations préoccupantes), qui était, avant 2011, réalisée par l'Observatoire national de l'action sociale (ODAS) n'existe plus de façon exhaustive.

Enfin, l'ONPE tente, depuis 2010, d'alimenter le dispositif d'observation longitudinale, individuelle et nationale de protection de l'enfance (OLINPE).

La loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance prévoit en effet la transmission annuelle par chaque conseil départemental à l'ONPE d'une base de données regroupant l'ensemble des données relatives aux mineurs et jeunes majeurs bénéficiant d'une mesure et/ou prestation en protection de l'enfance décidée, débutée, renouvelée ou terminée dans l'année dans le département. Les données, individuelles, anonymisées et longitudinales, doivent permettre de reconstituer les parcours des mineurs et des jeunes majeurs dans le dispositif de protection de l'enfance.

Il résulte de l'évaluation faite d'Olinpe par l'ONPE en janvier 2021 que plusieurs facteurs en gênent le déploiement :

- La crainte des travailleurs sociaux que cet outil, normalement dédié à une meilleure connaissance du parcours des jeunes de l'ASE, soit utilisé à des fins de contrôle ;
- Une organisation de l'ASE parfois très décentralisée qui amène un grand nombre d'intervenants à saisir les informations de façon morcelée ce qui accroît les risques d'erreurs de saisie, de doublons et les risques d'interprétation différente des variables d'un territoire à l'autre dans un même département ;
- Les délais mis par les différents éditeurs de logiciel pour mettre en place des extracteurs de données conformes au décret du 28 décembre 2016 ;
- Le grand nombre de variables à remplir en application de ce même décret (105).

Ainsi, selon l'ONPE, seuls 25 départements disposent de l'ensemble des variables prévues dans leur système d'information et entre 2011 et aujourd'hui, seuls 45 départements ont envoyé un fichier au moins.

2.6.2.2 Les statistiques publiées

Les données agrégées de l'enquête ASE permettent de caractériser la population concernée, avec un certain nombre de ventilations sociodémographiques (sexe, âge...). La Drees interroge les départements sur les actions éducatives (AED et AEMO) et sur les mesures de placement. Elle suit aussi les aides financières, les interventions d'un technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) et les mesures d'accompagnement en économie sociale et familiale. Les données sont publiées dans le panorama annuel de la Drees.

La Drees publie également les résultats de l'enquête quadriennale sur les établissements et services de la protection de l'enfance (ESPE).

De plus, des données sont produites par la Drees sur la formation des professionnels intervenant dans le cadre de la protection de l'enfance, à l'aide de son enquête annuelle sur les écoles de formation aux professions sociales.

Enfin, la Drees et l'Insee présentent, dans les indicateurs sociaux départementaux qu'ils publient sur leur site, des données sur le nombre de mesures et leur coût rapporté à la population.

L'estimation du nombre de mesures d'ASE est présentée tous les ans dans le rapport de l'ONPE remis au Gouvernement et au Parlement.

L'ONPE a, par ailleurs, publié :

- Une note d'actualité sur les chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2018
- Une note d'actualité sur la population des enfants pris en charge en PE au 31/12/2016 : disparités départementales

Ces publications permettent d'identifier, de 2009 à 2018, l'évolution du nombre de mineurs et jeunes majeurs suivis ainsi que leur répartition par département, par âge et par mesure et de croiser ces différents critères. Les statistiques de la PJJ permettent d'enrichir les données par l'analyse des saisines des tribunaux, et celles du SSM du ministère de l'intérieur par l'analyse des violences intrafamiliales.

2.6.3 L'articulation des productions

Compte tenu de la faiblesse du nombre de données remontées par Olinpe et malgré plusieurs années de développement, plusieurs rapports IGAS ont proposé son transfert à la Drees³². Dans le cadre de la réforme en cours de la gouvernance de la protection de l'enfance, le Gouvernement a acté ce transfert.

La Drees envisage de faire évoluer la liste des données demandées dans le cadre d'Olinpe pour se recentrer sur les données dont les conseils départementaux disposent dans leur système d'information. Par ailleurs, la Drees pourra faire évoluer le dispositif pour permettre la remontée de données d'identification des enfants et jeunes concernés (nom, prénom, etc.), comme c'est le cas

³² rapport Igas février 2016 : Le regroupement de l'agence française de l'adoption (AFA) et du regroupement d'intérêt public enfance en danger (GIPED) - N° 2015-101R - Alain LOPEZ - Isabelle YENI - Membres de l'Inspection générale des affaires sociales - Jacques CHAMPAGNE de LABRIOLLE - Ambassadeur, Membre de l'Inspection générale des affaires étrangères. N°2018-137R Etat des lieux et perspectives d'évolution du GIPed Stéphanie Fillon, Jean-Robert Jourdan et Thierry Leconte

actuellement pour les remontées d'informations sur l'insertion ou sur l'autonomie. Ces données d'identification visent à permettre des appariements, dans le respect du secret statistique, avec d'autres sources : soit des données d'enquêtes ponctuelles réalisées auprès des jeunes (en tirant aléatoirement un échantillon de jeunes à interroger parmi les données Olinpe), soit d'autres données administratives (par exemple des données de santé, des données de scolarité du ministère de l'éducation nationale, des données sur l'hébergement d'urgence du SI-SIAO pour les parcours après la sortie de l'ASE, etc.).

Le transfert devrait être progressif entre 2021 et 2023 et se traduire par le transfert de deux emplois de l'ONPE à la Drees. Cette dernière considère par ailleurs que la création d'au moins un emploi supplémentaire en son sein est indispensable pour conduire le projet.

2.6.4 Besoins exprimés insuffisamment couverts

Plusieurs acteurs (ONPE, ANDAS, ODAS) ont insisté sur le fait que l'analyse des signalements aujourd'hui dénommés informations préoccupantes (IP), qui était, avant 2011, réalisée par l'ODAS n'existe plus de façon exhaustive.

En effet, le GIPed réalise une analyse des IP qu'il reçoit via le numéro d'appel 119 mais celles-ci ne représenteraient que 20 % du total des IP.

L'ONPE signale qu'un travail d'harmonisation des concepts s'imposerait : ainsi, certains départements réalisent une primo-qualification de ces IP alors que d'autres enregistrent tous les signalements reçus. Certains enregistrent plusieurs IP par individu, d'autres globalisent. La même hétérogénéité existe pour les suites données et les motifs. L'ONPE a proposé des premiers indicateurs en mars 2018 à la suite d'un groupe de travail tenu avec certains départements mais cette note n'a pas connu de suite.

Recommandation n°9 Finaliser le transfert du dispositif d'observation longitudinale individualisée de la protection de l'enfance (Olinpe) de l'Observatoire national de la protection de l'enfance (ONPE) à la Drees.

Recentrer le dispositif de façon à assurer l'exhaustivité et la qualité des informations.

2.7 Les statistiques relatives à la pauvreté et minima sociaux : la nécessité de recentrer les indicateurs d'évaluation de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et de mieux connaître la population des personnes sans domicile

2.7.1 Les acteurs pilotant la politique de lutte contre la pauvreté

Le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale a été créé en 1988.

En 2019, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion a été intégré au CLNE qui comprend désormais un conseil scientifique.

Parallèlement, en 2019, le Gouvernement a confié à un groupe de travail de France Stratégie, composé d'une dizaine de personnalités qualifiées et présidé par Louis Schweitzer, le soin de proposer des méthodes d'évaluation de la lutte contre la pauvreté et de faire réaliser ces évaluations.

Enfin, la Délégation interministérielle de prévention et de lutte contre la pauvreté (DIPLP) a été chargée de contractualiser avec les départements sur la stratégie de lutte contre la pauvreté et d'assortir les contrats ainsi conclus d'indicateurs d'évaluation.

2.7.2 Producteurs de statistiques

Hormis les statistiques relatives aux bénéficiaires de l'AAH, du RSA et de la prime d'activité, ainsi que celles relatives à la mixité en crèches, réalisées par la Cnaf, les statistiques sont, sur ce champ, pour l'essentiel produites par la statistique publique (Insee, Drees, DEPP, SDES). Elles peuvent cependant être complétées, en matière d'aide alimentaire et de mal logement, par les associations du secteur.

2.7.3 Principales sources statistiques

2.7.3.1 Les principaux systèmes d'information

La liste détaillée des sources statistiques figure en annexe. Pour l'essentiel, l'Insee réalise chaque année l'enquête sur les revenus fiscaux et sociaux (ERFS) ainsi que la statistique sur les revenus et niveaux de vie (SRCV)

En 2021, l'Insee devrait publier un indicateur avancé de pauvreté à partir de l'enquête sur les revenus fiscaux et sociaux. L'Insee mène ponctuellement des enquêtes sur les personnes sans domicile, la dernière datant de 2011. Tous les cinq ans, il mesure aussi cette population à travers le recensement. Certaines communes ont, à l'instar de Paris depuis 2018, monté des « nuits de la solidarité » pour mieux connaître ces populations.

La Drees réalise des enquêtes annuelles « aide sociale » et « orientation et accompagnement du RSA » (OARSA) sur l'effectivité de l'accompagnement des bénéficiaires et ses résultats. Elle exploite aussi l'échantillon national inter-régimes sur les compléments aux revenus d'activité et minima sociaux (ENIACRAMS) ainsi qu'une enquête plus spécifique sur les attributaires du minimum vieillesse (EMV). La Drees réalise également tous les 4 ans l'enquête sur les établissements et services en faveur des enfants et familles en difficulté sociale (EDS).

La Drees réalise par ailleurs, tous les six ans, l'enquête sur les bénéficiaires des minima sociaux (BMS) relative aux conditions de vie des attributaires de ces minima. La dernière date de 2018. Logiquement, elle devrait être renouvelée en 2024 mais la Drees doit également, en 2025, mener, avec l'Insee, la nouvelle enquête sur les personnes sans domicile fixe et l'hébergement d'urgence et pourrait, faute d'augmentation de ses effectifs, ne pas pouvoir mener les deux de front.

A partir de 2021, la Drees produit le RI-Insertion, base constituée à partir de l'appariement de données des conseils départementaux et territoriaux, de la Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf), de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole (CCMSA) et de Pôle emploi.

Ce système d'information, plus riche que l'enquête OARSA et qui devrait s'y substituer, fournira des éléments sur la durée de chaque étape du processus d'accompagnement par les différents acteurs des bénéficiaires du RSA et de la prime d'activité.

Par ailleurs, l'aide alimentaire fait l'objet, en 2021, de deux enquêtes :

- Une enquête que la DGCS a confié à un cabinet sur le fondement des informations demandées par l'Union européenne qui finance en partie les programmes d'aide alimentaire. Ce cabinet n'utilise pas les standards de qualité de la statistique publique et travaille sur un échantillon ramassé de 500 personnes.
- Une enquête en trois vagues successives dans le courant de l'année 2021, pilotée par la Drees après concertation avec les associations du secteur

2.7.3.2 Les principales statistiques publiées

Pour répondre aux conséquences de la crise sanitaire liée à la Covid-19, la Drees a accru son observation de la pauvreté en publiant un tableau de bord mensuel à compter de décembre 2020. Ce tableau de bord suit les effectifs nationaux et départementaux des allocataires des principaux minima sociaux dits d'insertion (revenu de solidarité active [RSA], allocation aux adultes handicapés [AAH], allocation de solidarité spécifique [ASS], prime d'activité, aides au logement et Garantie jeunes).

La Drees et l'Insee publient, dans le cadre de leurs indicateurs sociaux départementaux, des données sur la part de personnes pauvres, sans emploi, en difficulté de logement ainsi que les dépenses par prestation, rapportées au nombre de bénéficiaires et à la population.

La Cnaf publie des données mensuelles sur le nombre de bénéficiaires du RSA et de la prime d'activité.

Des statistiques sont également publiées par les associations (Secours catholique, Secours populaire, Restos du Cœur, etc.) sur les publics qui s'adressent à elles.

Par ailleurs, l'annexe 11 du rapport 2020 du groupe de travail de France Stratégie, reproduite en annexe au présent rapport, dresse la liste des évaluations déjà réalisées ou en cours de la Stratégie de lutte contre la pauvreté.

Enfin, un certain nombre d'études ont été publiées ou sont en cours sur le non recours aux prestations monétaires (voir annexe 6)

2.7.4 L'articulation des productions

Comme le montre l'annexe 7, on peut identifier trois ensembles d'indicateurs :

- les indicateurs de suivi publiés en annexe de la stratégie de lutte contre la pauvreté de 2018,
- les outils d'évaluation souhaités par le groupe de travail mis en place par France-Stratégie à la demande du Gouvernement,
- les indicateurs de suivi de la contractualisation Etat/départements mis en place par la DIPLP.

Il est frappant de constater l'hétérogénéité de ces trois catégories d'indicateurs qui démontre que les outils d'évaluation doivent être pensés ex ante d'une politique publique et non a posteriori. Ainsi, à titre d'exemple, pour l'accueil du jeune enfant, les indicateurs initiaux prévoyaient de renseigner le taux d'effort et le reste à charge des familles selon le mode d'accueil, le revenu et la configuration familiale et la capacité théorique d'accueil en crèche par territoire. De son côté, le groupe de travail de France Stratégie proposait le nombre d'enfants accueillis dans les EAJE créées grâce au bonus « territoires », la part d'enfants « pauvres » accueillis dans les EAJE créés depuis la création du bonus « mixité » et le nombre/part d'EAJE s'appuyant sur un barème d'attribution des places en crèche.

Les indicateurs de contractualisation de la DIPLP, quant à eux, ne couvrent pas l'accueil en EAJE et ne concernent que les enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance.

Au-delà, il convient a minima de veiller à l'articulation des différentes structures chargées de l'évaluation entre elles.

De ce point de vue, la Drees participe au groupe de travail de France Stratégie et le conseil scientifique de l'ONPE comprend notamment des représentants de l'Insee, de la Drees, de la Dares, de la DEPP, du Ministère de la justice.

L'articulation entre le groupe de travail de France Stratégie et le conseil scientifique de l'ONPE est prévue par le mandat confié à l'ONPE.

Enfin, la Drees a, début 2021, entamé une concertation avec les associations actrices du secteur pour organiser la remontée de données sur les caractéristiques des populations concernées.

2.7.5 Besoins exprimés ou insuffisamment couverts

Dans son avis sur le programme de travail 2020, le Cnis notait l'importance de bien définir la notion de grande pauvreté pour mieux repérer et exploiter les sources permettant d'observer les trajectoires des personnes concernées, et en particulier mesurer les phénomènes de persistance dans la pauvreté. Il notait également la nécessité de développer la mesure de la précarité résidentielle notamment pour les personnes âgées, les mineurs non accompagnés ou les familles monoparentales et familles nombreuses.

Le rapport du groupe de travail de France Stratégie de mars 2021 souligne que nombre d'indicateurs sur lesquels il comptait s'appuyer pour mener son évaluation ne sont pas disponibles en raison de leur absence ou de leur hétérogénéité dans les systèmes d'information des conseils départementaux :

« Un grand nombre de ces indicateurs n'est pas disponible. On ne dispose d'aucun indicateur pour six des dix mesures en matière de petite enfance et d'éducation, pour deux des cinq mesures en matière de santé (disponibilité partielle pour trois autres) et pour deux des trois mesures logement. Une partie seulement des indicateurs sont ou seront disponibles pour quatre des dix mesures en matière d'accompagnement, de formation et d'emploi et pour cinq des sept mesures en matière de droits sociaux.

Si cette situation – qui dénote d'un manque d'anticipation sur l'évaluation des mesures lors des différentes étapes de conception et de mise en œuvre de la stratégie – n'est pas corrigée, il ne sera pas possible d'évaluer l'efficacité des mesures, même à un horizon éloigné.

La contractualisation sur objectifs de résultats, qui devrait permettre de mettre en place une logique de performance, dépend en pratique de la capacité des acteurs, et notamment des départements, à produire des indicateurs fiables et pertinents à un coût raisonnable. Cela suppose une production automatisée d'indicateurs de résultat à partir des logiciels métiers des départements et de leurs partenaires au niveau local (CAF, Pôle emploi et associations).

Or, pour l'heure, chaque département dispose d'un système d'information autonome, issu de progiciels nationaux potentiellement différents et doté d'un paramétrage spécifique. Ces progiciels intègrent, en général et non sans difficulté, des indicateurs très généraux et déjà anciens demandés par la Drees, mais ils ne prévoient pas la production des indicateurs de la Stratégie, et ne sont généralement pas interopérables avec ceux de la CAF, de Pôle emploi ou des associations d'insertion. Par conséquent, le comité souligne qu'il faudra éviter la production d'indicateurs peu fiables, difficiles à agréger et peu pertinents car reflétant essentiellement l'activité de l'administration et non ses résultats, ce qui risque de mobiliser beaucoup d'énergie pour produire une valeur ajoutée faible comparée au traditionnel suivi des consommations budgétaires. »

Les interlocuteurs de la mission ont par ailleurs noté :

- le manque de données sur les trajectoires de pauvreté et la sous-exploitation de l'échantillon démographique permanent (EDP) de l'Insee dont l'utilisation nécessite des compétences pointues.
- plus largement, une grande insuffisance de connaissance des publics visés par la politique de lutte contre la pauvreté dont les caractéristiques peuvent être mouvantes dans le temps. A noter qu'un des objectifs de la fusion de l'ONPES et du CNLE est de permettre de croiser les études quantitatives avec les remontées plus qualitatives des associations du secteur (lettre de mission du Premier ministre du 21 janvier 2021 déjà citée).
- une insuffisance de données infra-annuelles en matière de revenus, niveau de vie et pauvreté (et dans les territoires) même si on dispose d'une estimation avancée.

Il faut à cet égard noter que l'une des 40 propositions du rapport de la commission présidée par M Pittet³³, de mars 2021, relatif à la gestion de la Covid-19, vise à faire réaliser par l'Insee et la Drees des enquêtes à haute fréquence sur les populations les plus démunies.

Les statistiques disponibles couvrent mal la situation des étudiants et des populations en grande pauvreté, hors ménages ordinaires.

Il manque des éclairages à partir des trajectoires des populations en matière de pauvreté et de logement (les dernières études sur les trajectoires de pauvreté datent de 2012). C'est pourquoi l'Onpes (en lien avec la Drees) a lancé deux études dans ce domaine.

Par ailleurs, des populations sont mal connues : les personnes en situation de mal-logement (dans et hors logement ordinaire), les personnes en situation marginale de logement, les personnes hébergées chez un particulier mais de façon contrainte (en logement ordinaire), les personnes logeant dans des formes particulières d'habitat (hors logement ordinaire – camping à l'année, habitations mobiles et abris de fortune)

Recommandation n°10 Proposer un recentrage des différents indicateurs d'évaluation de la stratégie de lutte contre la pauvreté

Structurer le dispositif d'observation des personnes sans domicile sous l'égide de l'Insee et de la Drees, en associant les collectivités locales et les associations du secteur

Confier à la Drees le pilotage des enquêtes sur l'aide alimentaire.

2.8 Les statistiques relatives à la famille, la jeunesse et l'enfance : la nécessité de mieux prendre en compte les nouveaux modes de vie familiale

2.8.1 Les acteurs pilotant la politique de la famille et de l'enfance

La branche famille de la sécurité sociale pilotée par la Caisse nationale des allocations familiales verse un certain nombre de prestations (aides au logement, aides financières et sociales tels le RSA, l'AAH,

³³ Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques mars 2021

la prime d'activité, aides à la petite enfance et à la garde d'enfants dont les allocations familiales, aides à la naissance.) Elle subventionne en outre les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE).

2.8.2 Les producteurs de statistiques

La Caisse nationale des allocations familiales (Cnaf) est, aux côtés du SSP (Insee, Drees, DEPP), l'organisme central producteur de statistiques sur ce champ.

2.8.3 Principales sources statistiques

2.8.3.1 Les principaux systèmes d'information

Deux principaux systèmes d'information sont à la source des données statistiques produites par la Cnaf :

- Cristal (SI dédié à la gestion des prestations légales),
- Omega (SI dédié à la gestion des prestations d'action sociale)

S'y ajoute le dispositif d'enquête (FILOUE) permettant la remontée des données de recours des enfants aux établissements d'accueil des jeunes enfants (EAJE). Ce fichier permet de caractériser les enfants accueillis dans les EAJE, fournit le nombre d'heures de garde consommé par les parents et donne le coût horaire des structures.

La Cnaf indique que la généralisation de ce recueil qui ne couvre actuellement que 50 % des crèches financées est en cours. Elle peut par ailleurs croiser les données relatives aux enfants accueillis en crèches avec les prestations des familles et leur composition.

Elle mène également deux enquêtes par an :

- L'une sur les conditions de vie et de conciliation entre vie familiale et vie professionnelle.
- L'autre sur l'activité des établissements financés par la branche : services de médiation, réseaux d'écoute, d'appui et accompagnement des parents, centres sociaux, espaces de vie sociale.

Il existe également deux panels :

- Le panel PANAME (2009) : 1 allocataire sur 26 a été extrait en fonction de sa date de naissance; la Cnaf identifie ses trajectoires de droits.
- Le panel FAR (2017) qui donne une photographie des droits de toute l'année des foyers ayant perçu au moins une prestation légale durant l'année civile.

Insee

Le recensement régulier (2011, 2020) de la population donne des informations sur la composition détaillée des ménages.

Par ailleurs, l'enquête famille et logements 2011 permet d'actualiser les analyses de la fécondité selon les générations ou selon les caractéristiques sociodémographiques et l'origine géographique.

Cette enquête fournit des informations sur les familles recomposées, le PACS, et les situations de multi-résidence. Elle offre la possibilité de mettre en regard des informations sur trois générations familiales (grands-parents, parents, enfants). Elle aborde aussi le thème de la garde des enfants.

Drees

La Drees réalise tous les sept ans une grande enquête, l'enquête Modes de garde et d'accueil des jeunes enfants, qui est la seule source à fournir des informations sur les solutions d'accueil utilisées par les parents pour leurs jeunes enfants de moins de 6 ans et, depuis 2013, sur les congés autour de la naissance.

Dans le cadre de l'enquête Aide sociale auprès des conseils départementaux, la Drees recueille chaque année des données sur les personnels et les activités des services de PMI, les établissements et services d'accueil de la petite enfance, ainsi que sur l'agrément, la formation, le contrôle et l'accompagnement des assistants maternels. Cependant, la Drees indique que les données relatives à l'activité des services de PMI et, dans une moindre mesure, à leurs personnels ne sont pas de bonne qualité et nécessitent des redressements importants. Or, faute de moyens, la Drees ne parvient pas à toujours finaliser ces redressements.

Grâce à cette collecte, la Drees diffuse chaque année des données départementales sur l'offre d'accueil du jeune enfant sur data. Drees : nombre de structures et de places notamment, par type d'accueil. Elle met aussi à disposition des statistiques sur les personnels et les activités des services de PMI, telles que les collectivités les ont déclarées. Ces données comprennent les effectifs et équivalents temps plein (ETP) des personnels des services de PMI, et ce pour chaque profession. Sont également diffusées des données sur le nombre de points de consultation, les actions collectives, les actions en faveur des femmes enceintes, celles en faveur des enfants et dans le domaine de la planification et de l'éducation familiale.

L'enquête sur les établissements et services en faveur des enfants handicapés permet de recueillir auprès des établissements des informations sur l'activité de l'établissement, sur le personnel et sur tous les enfants qui y sont accueillis, avec des observations sur chaque enfant qui permet notamment de connaître des caractéristiques sociodémographiques et des éléments de parcours.

Les enquêtes régulières de la DEPP identifient les caractéristiques des élèves et leur niveau scolaire et, depuis 2015, les enfants en situation de handicap.

2.8.3.2 Les statistiques publiées

A partir de ces sources, la Cnaf met à disposition sur <http://data.caf.fr> un grand nombre d'indicateurs (110 en mars 2021) décrivant le nombre de bénéficiaires de chaque prestation et le taux de couverture des enfants par les EAJE par EPCI.

Par ailleurs, le REPSS Famille annexé au PLFSS fournit les grandes masses financières et la répartition des bénéficiaires par types de prestations versées par la branche famille, les capacités d'accueil du jeune enfant par type d'accueil, et un certain nombre de simulations sur la charge de l'accueil d'un enfant comparée au revenu ainsi que sur l'effet redistributif des prestations.

La Drees publie par ailleurs des exploitations des enquêtes précitées.

2.8.4 Articulation des productions

La mission n'a pas noté de problème d'articulation entre les productions.

2.8.5 Besoins exprimés et insuffisamment couverts

Les interlocuteurs de la mission font part du besoin de mieux connaître :

- La situation en termes de revenus des jeunes (18-25 ans),
- La situation familiale appréciée du « point de vue des enfants » ;
- Les situations de séparation et le paiement des pensions alimentaires
- La nécessité d'un suivi longitudinal des familles, en particulier suite à une rupture
- Le besoin d'éléments sur les familles homoparentales
- La nécessité de reconstruire les Séries sur les divorces suite à la mise en place du divorce sans juge
- Une insuffisante connaissance du niveau de vie des interrogés, - nécessité de systématiser, dans les enquêtes sur les ménages, le relevé précis de la situation familiale (notamment la nécessité de recueillir le nombre et l'âge des enfants à charge), ce qui permet de calculer un niveau de vie précis si le revenu du ménage est connu
- Le souhait que des agrégats utiles soient introduits dans la publication annuelle des niveaux de vie (enquête sur les revenus fiscaux et sociaux : couples et ménages avec ou sans enfant)
- L'éclatement des données sur la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle entre une douzaine d'enquêtes de la statistique publique ce qui rend leur croisement impossible
- L'importance de disposer de davantage de statistiques descriptives sur l'emploi du temps des familles

Dans le rapport du Conseil de l'enfance et de l'adolescence « Des données et des études publiques mieux centrées sur les enfants 2018-2019 » les priorités suivantes ont été par ailleurs identifiées :

- Approfondir les données sur le développement socio-affectif et cognitif de l'enfant et sa santé mentale.
- Renforcer les possibilités de croisement entre les dimensions de santé, de scolarité, d'état socio-affectif des enfants, d'apprentissages et d'environnement relationnel, familial, institutionnel, médiatique, de même que les conditions de vie matérielles, notamment le niveau de vie.
- Accroître l'épaisseur temporelle des études pour permettre des analyses de parcours.
- Faire participer plus directement les enfants aux enquêtes.

Un appariement Elfe-EDP permettrait d'enrichir les données de la cohorte Elfe (étude longitudinale française de l'enfant) pilotée par l'Inserm et l'INED afin de mieux connaître les facteurs (environnement, entourage familial, conditions de vie...) qui peuvent avoir une influence sur le développement physique et psychologique de l'enfant et de les croiser avec les ressources et les revenus de leurs parents.

3 La gouvernance statistique du champ de la santé et de la solidarité doit être renforcée tant en moyens qu'en coordination

3.1 La gouvernance des productions nationales de statistiques

3.1.1 La Drees, compte tenu de l'étendue du champ qu'elle couvre, est représentée dans nombre d'instances et d'organismes de coordination

La Drees préside le comité stratégique du système national des données de santé (SNDS) et siège au comité de pilotage opérationnel animé par la Cnam.

La Drees est membre du GIP Irdes dont le programme de travail est validé en conseil d'administration. Les enquêtes menées par l'Irdes se font dans le cadre d'une collaboration avec la Drees, soit via une co-maîtrise d'ouvrage ou une sous-traitance, soit via un financement dédié (c'était notamment le cas pour les enquêtes santé et Protection Sociale menées par l'Irdes jusqu'en 2014).

De même, la Drees est membre du conseil d'administration de l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) et dans ce cadre émet un avis sur le programme de travail annuel et elle est signataire du contrat d'objectif et de performance (COP) triennal de l'ATIH.

La Drees est, comme l'Insee et la DEPP, membre de l'Observatoire national de la petite enfance placé auprès de la Cnaf.

L'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT) indique que, depuis 2020, il travaille à la mise en place d'un partenariat avec la Drees.

S'agissant des instances de gouvernance ou d'évaluation, la Drees participe :

- au Collège du Haut conseil de la santé publique, ce qui permet notamment une articulation des différents acteurs concernés par l'évaluation de la stratégie nationale de santé ;
- au Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie ;
- au Conseil d'orientation des retraites ;
- au conseil d'orientation de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé et à la préparation de la conférence nationale de santé ;
- au conseil scientifique du Conseil national de lutte contre l'exclusion (CNLE) aux côtés de l'Insee, de la Drees, de la Dares, de la DEPP, du Ministère de la justice ;
- au groupe de travail sur l'évaluation de la stratégie de lutte contre la pauvreté.

3.1.2 La Drees doit se voir confier un rôle accru pour appuyer les directions d'administration centrale

La Drees concerte annuellement son programme de travail avec les directions d'administration centrale (DAC) mais il subsiste des marges d'amélioration concernant l'appui que la Drees peut apporter à ces directions du fait de sa compétence en termes de maîtrise du processus de production statistique et des travaux de modélisation associés.

A cet égard, et plus largement, il convient de mentionner que le directeur de la Drees a proposé au SGMAS l'attribution à sa direction, en 2021, de 3 ETP supplémentaires pour accompagner les DAC, dont la culture en matière de gestion et d'usage de données est parfois faible. Les contraintes imposées au ministère n'ont pas permis de donner suite à cette proposition.

Trois directions (DSS, DGOS, DGS) se sont dotées de structures dédiées en matière de statistiques.

La DSS dispose depuis longtemps d'une sous-direction dédiée aux statistiques et aux études, qui a des relations régulières avec la Drees, notamment dans le cadre de l'élaboration des REPSS.

La DGOS a, depuis 2019, confié au bureau « Données de pilotage et aide à la décision – (SR5) » un rôle de centralisation des besoins, de leur expertise, puis d'orienter les travaux en lien avec le producteur qui lui semble le mieux adapté.

La DGS dispose d'une mission « « stratégie et recherche » ».

En revanche, la fonction statistique n'est toujours pas structurée à la DGCS. La DGCS a mandaté, par note du 13 novembre 2020, un collaborateur pour tenir un tableau de bord transversal de suivi des différentes politiques animées par la DGCS. Il serait souhaitable d'aller plus loin et que cette direction prenne des actions volontaristes pour aboutir à un pilotage transversal de ses besoins statistiques.

La Drees a cependant indiqué que, faute d'une organisation adéquate, les relations avec les DAC étaient parfois par trop dépendantes des personnes en place, ce qui ne garantit pas leur stabilité.

Plus généralement, la mission estime qu'il est nécessaire de mener une réflexion plus approfondie sur l'organisation globale du ministère en matière statistique, en combinant au mieux le développement d'une expertise propre au sein de chaque direction, capable de répondre rapidement à des besoins urgents, et le recours à des moyens dédiés au sein de la Drees capable d'apporter une plus-value réelle du fait de leur expertise sur les processus statistiques et les techniques de modélisation. Il s'agit en effet d'éviter le risque que chaque direction recrute ses propres statisticiens sans atteindre cependant la masse critique nécessaire en compétences statistiques. A contrario, il faut que les directions conservent des moyens pour traiter sans délais transactionnels leurs besoins courants, sans dépendre à l'excès des opérateurs ou de la Drees, qui ont leurs propres contraintes.

La mission propose donc de se doter d'un cadre plus formalisé retraçant les besoins statistiques des directions d'administration centrale et de faire un bilan régulier de cette fonction de pilotage statistique et d'aide à la décision coordonnée par la Drees, afin d'identifier la façon la plus efficiente pour y répondre.

Recommandation n°11 Mettre en place dans les directions d'administration centrale une organisation leur permettant de centraliser leurs besoins statistiques et d'instaurer des procédures de coopération avec la Drees pour les satisfaire.

3.1.3 La coordination entre la Drees et les agences régionales de santé doit être renforcée et les productions de ces agences mutualisées

La mission n'a pas pu avoir de vision globale de l'ensemble des ARS. Au vu des entretiens avec les deux ARS consultées par la mission, il est apparu que l'organisation des équipes statistiques était différente entre ces deux ARS, ce qui ne favorise pas une organisation mutualisée des travaux ou des échanges entre les différentes agences régionales.

Il existe cependant quelques lieux de coordination. Ainsi, ces ARS ont indiqué que les référents statistiques des agences régionales ont constitué un réseau informel pour favoriser une utilisation

mutualisée du SNDS, notamment par le biais d'un SharePoint qui permet de partager les études qu'elles mènent.

Dans le même temps, elles ont indiqué que certains besoins qui leur sont propres ne sont pas suffisamment pris en compte par les opérateurs nationaux, ce qui d'ailleurs conduit certaines agences à organiser des enquêtes complémentaires à leur niveau ou à faire des exploitations spécifiques des bases nationales comme le SNDS.

Ce sujet concerne le Ministère (et notamment le SGMAS et la Drees), mais aussi SpF et ses cellules interrégionales d'épidémiologie.

De son côté, la Drees a indiqué ses nouvelles orientations concernant son positionnement vis-à-vis des ARS. Historiquement, la Drees était positionnée sur l'animation du réseau des statisticiens dans les ARS pour gérer les enquêtes et les répertoires. Elle mobilise maintenant plutôt des moyens de sous-traitance pour l'appui à la gestion des enquêtes. Elle vise à développer des relations plus stratégiques avec les ARS, à des fins de pilotage et de suivi des politiques sanitaires.

Cette animation passerait plutôt par la mise à disposition d'outils, notamment pour l'exploitation du SNDS ou la construction de modèles prédictifs. La Drees a ainsi organisé des réunions thématiques avec les chargés d'études des ARS (dernière réunion le 5 février 2020). Elle travaille actuellement, en lien avec le Service à compétence nationale SI des ARS, placé auprès de la DNUM, et avec le SGMAS, à la formalisation d'un appui des ARS au pilotage et à l'utilisation du SNDS de façon à mieux en gérer les usages.

Recommandation n°12 Structurer sous l'égide du SG les relations entre la Drees et les agences régionales de santé (ARS) :

Instaurer une réunion annuelle des directeurs des ARS pilotée par le secrétariat général et la Drees pour faire le point sur les productions et les besoins.

Structurer un réseau de référents des ARS correspondants de la Drees

Faire jouer à la Drees un rôle d'animation des études, d'appui au pilotage et de partage des bonnes pratiques.

3.1.4 Certaines directions ont pris l'initiative de coordination en matière statistique avec les différents organismes dans leur domaine de compétences mais celle-ci doit être systématisée

En matière de politique familiale, la DGCS a pris l'initiative de réunir annuellement les partenaires produisant des enquêtes, études et recherches dans le champ de l'enfance et de la famille (DSS, Drees, DEPP, Cnaf, France Stratégie, INED, INJEP). Elle indique envisager de faire la même chose pour d'autres politiques publiques. Par ailleurs, le DGCS et le directeur de la Cnaf se rencontrent annuellement pour échanger sur le programme de travail de la Cnaf, ces rencontres étant complétées par des lettres du DGCS au directeur de la Cnaf.

La DGS, en lien avec la Drees, conclut tous les trois ans un contrat d'objectifs et de performance (COP) avec la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) qui anime le réseau des ORS qui travaillent en partenariat avec les ARS. Dans le cadre du COP 2019-2021, la FNORS s'engage à coordonner la production des fiches régionales dans le cadre de la production du prochain rapport sur l'état de santé de la population en France.

Un groupe projet, dont le secrétariat est assuré par la Fnors, est en charge de développer une base de données mutualisée, tant sur le plan de son contenu que du mode de présentation des informations.

Ce groupe est composé de la DGS, la Drees, l'ANSP -SpF-, l'INCa, le CépiDc, la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, l'ATIH, le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales, l'OFDT et la Cnaf.

La DGS consacre très rarement une réunion du Comité d'animation du système des agences (CASA) qui réunit mensuellement les directeurs d'agences sanitaires à des échanges sur les données de santé. Il est regrettable qu'une seule réunion du CASA ait eu lieu sur ce sujet en 2019, et que depuis la Drees n'ait plus jamais été invitée.

Plus globalement, les conventions d'objectifs et de gestion (COG) et les contrats d'objectifs et de performance (COP) semblent être de bons vecteurs pour renforcer la collaboration entre tutelles et opérateurs en matière de statistiques. A cet égard, il convient de souligner que la circulaire N°6264/SG du Premier ministre du 27 avril 2021 demande aux ministres de systématiquement inclure dans les contrats d'objectifs qu'ils concluent avec les organismes sous leur tutelle des objectifs relatifs au pilotage, à l'ouverture, à la circulation et au partage des données, des algorithmes et des codes sources. Les COG actuelles contiennent bien des orientations générales en la matière mais pourraient être plus précises sur ces sujets.

La DSS indique d'ailleurs que les COG précédentes contenaient des fiches statistiques plus précises qu'aujourd'hui. Pour que ce développement du volet statistique des COG et COP soit pleinement efficace, il conviendrait que la Drees soit systématiquement associée à l'élaboration de cette partie des COG et COP.

Recommandation n°13 Utiliser les COG des caisses nationales et les COP des agences sanitaires comme levier d'une meilleure gouvernance de la statistique dans les champs de la santé et de la solidarité.

Développer dans chaque COG et COP un volet statistique indiquant les objectifs généraux dans ce domaine et précisant les modalités d'échanges annuels entre l'organisme concerné et la Drees sur leurs programmes de travail.

Associer systématiquement la Drees à la négociation de ce volet des COG et des COP.

3.1.5 La Drees a pris une initiative en matière de coordination des acteurs nationaux concernés par la thématique « autonomie » qui pourrait être étendue

Fin 2020, pour donner suite aux demandes du Cnis, du MSS et du rapport Vachey sur l'autonomie, la Drees a lancé un groupe de travail réunissant :

- Les organismes du service statistique public concernés par la thématique : Insee et SSM du ministère du travail (Dares), de l'éducation (DEPP), de l'enseignement supérieur (SIES). Éventuellement, d'autres SSM pourraient ensuite rejoindre le groupe : SSM de la justice (problématique des majeurs protégés), de la sécurité intérieure (violences vécues par les personnes handicapées), de la fonction publique, du logement, etc.
- Les caisses de sécurité sociale (CNSA, Cnam, Cnaf, MSA), Pôle Emploi, et la Caisse des dépôts. Certaines caisses de retraite (notamment la Cnav) pourraient aussi être ensuite invitées, au titre de leurs productions de données sur l'action sociale.

- Des acteurs publics tels que l'Agefiph et le FIPHFP.
- Les organismes de recherche qui sont également producteurs d'enquêtes sur le handicap : Université Dauphine, Irdes, Ined.

Ce groupe aurait vocation à se réunir une à deux fois par an et à circulariser l'information sur la production des différents organismes parties prenantes, à prioriser les besoins, à homogénéiser les notions utilisées et à prévoir une communication synthétique et cohérente sur le système d'observation dans son ensemble.

Le groupe rendra compte régulièrement de ses avancées et de ses conclusions au Cnis.

3.1.6 La collaboration institutionnelle entre la Drees et Santé Publique France d'une part, et la Cnam d'autre part doit être renforcée

3.1.6.1 La Cnam doit répondre aux demandes d'ouverture de ses données et accompagner davantage l'usage du SNDS

La Cnam élabore le Système national des données de santé (SNDS) auquel les membres de droit peuvent accéder. Elle organise également des sessions de formation à l'utilisation des bases du SNDS. Chaque membre du SNDS pouvant réaliser ses propres requêtes, la Cnam s'est plutôt tournée vers ses propres usages de ce système d'information, sans chercher à fédérer les besoins. Les interlocuteurs rencontrés ont confirmé auprès de la mission l'importante technicité nécessaire au maniement des données du SNDS, qui représente un coût important d'entrée en termes de formation. Les ARS se tournent ainsi souvent vers les ORS pour pallier leur manque de moyens pour exploiter les bases du SNDS. Si ce schéma semble logique, la mission considère néanmoins que la Cnam pourrait participer davantage à l'utilisation du SNDS, dans le cadre notamment de l'animation du réseau des ARS évoquée supra.

Par ailleurs, la Cnam n'a pas répondu à certaines demandes d'accès à ses bases. Ainsi, la demande de la Drees d'accéder à la base RESID-EPAHD n'a toujours pas abouti depuis trois ans, malgré les multiples relances de la Drees, au motif de difficultés administratives ou juridiques mises en avant par la Cnam, alors que la loi de 1951 modifiée autorise bien ce type d'usage à des fins statistiques, avec les garanties afférentes de secret statistique. Cette base permet de connaître, en temps réel, le nombre de personnes âgées hébergées en EHPAD, information sensible en temps de crise sanitaire.

3.1.6.2 La coopération entre la Drees et Santé Publique France récemment amorcée doit être poursuivie

Les problèmes de coordination entre la Drees et SpF sont anciens ; en 2019, la Drees avait découvert que le projet de Baromètre de SpF à Mayotte était concomitant de son propre projet d'enquête Santé dans les DOM (en lien avec l'enquête européenne EHIS), ce qui témoigne d'un manque manifeste de coordination, au détriment de la qualité des deux enquêtes. En 2018, la Drees, qui a mis en place un panel annuel de médecins généralistes a également manifesté son opposition à la réalisation d'un projet concurrent de SpF auprès de médecins généralistes (échange de courriers entre les directeurs respectifs du 18 octobre et 8 novembre 2018).

Selon le retour d'expérience sur la gestion de la crise sanitaire, cette difficulté à collaborer a persisté sur les indicateurs de pilotage, conduisant le Ministre de la Santé et des Solidarités à confier, par lettre du 8 novembre 2020, au directeur de la Drees une mission de validation de l'ensemble des

données publiées par le ministère au sujet de la Covid-19 : « *Vous répondrez de la qualité et de la cohérence de l'ensemble des statistiques, indicateurs et projections utiles au pilotage de la crise sanitaire. Destinataire de tous les documents produits par les producteurs de données à destination de la gestion de crise (SpF, DGOS, DGS, Cnam, Inserm, Institut Pasteur, Insee...), vous les solliciterez en tant que de besoin pour comprendre et, lorsque ceux-ci relèvent de la sphère du ministère, faire documenter la façon dont les statistiques et les modélisations sont produites, ainsi que faire produire si nécessaire de nouveaux traitements de données et de nouvelles statistiques.* »

La Drees a eu connaissance de certains travaux menés par la Drees suite à cette mission confiée par le Ministre. Ces travaux ont consisté en une participation active du Directeur de la Drees sur les méthodes d'élaboration des indicateurs et aux travaux du centre de crise sanitaire, ainsi que sur la façon de communiquer sur certaines innovations ou améliorations concernant le calcul des indicateurs.

La Drees a aussi publié sur son site des études et tableaux de bord complémentaires, par exemple sur la mise en cohérence des données de dépistage, de contamination dans les établissements médico-sociaux et d'hospitalisation, en lien avec les indicateurs de sérologie en population générale mesurés par l'enquête EpiCov. La Drees publie aussi depuis novembre un tableau hebdomadaire sur les délais entre réalisation des tests de dépistage et leur intégration dans les résultats.

Les principaux indicateurs sur la Covid-19 restent pilotés par SpF conformément à ses missions, mais l'ouverture des données à la Drees a permis de renforcer les travaux d'analyse de ces indicateurs et de contribuer aux traitements nécessaires pour éviter des risques de mauvaise interprétation, liés à des irrégularités statistiques (par exemple, corrections de jours ouvrés) et corriger les séries.

3.1.7 Doter la cinquième branche autonomie des moyens statistiques nécessaires

3.1.7.1 La création de la cinquième branche de l'autonomie rend nécessaire de structurer un système d'information homogène entre la CNSA et les conseils départementaux

L'hétérogénéité des systèmes d'information et des informations remontées par les conseils départementaux au niveau national, identifiée de longue date, n'est pas durablement acceptable dans la mesure où ces politiques sont menées avec des financements publics. Elle le devient d'autant moins depuis la création d'une cinquième branche autonomie dont la loi indique que ses missions de répartition des financements entre collectivités locales doivent s'exercer dans un objectif d'équité. Aussi, comme l'indique la Drees dans sa note sur les besoins liés à la mise en œuvre de la 5^e branche (11 septembre 2020) : « Un objectif prioritaire devrait donc être la montée en qualité des SI des conseils départementaux. Il convient ainsi d'inciter, voire contraindre les conseils départementaux à remonter sur la base du NIR à partir de leur système d'information des données individuelles complètes sur la totalité des bénéficiaires et demandeurs des prestations qu'ils gèrent, charge à eux d'obtenir la remontée de ces informations individuelles de la part des établissements et services ou des collectivités à qui ils délèguent la gestion des prestations ». Ceci permettra de construire des bases statistiques nationales à partir d'extraction de ces SI départementaux après pseudonymisation et à condition d'ouvrir l'espace de certification du NIR géré par la Cnav aux collectivités locales.

Le rapport « Grand âge et autonomie » de Dominique Libault de mars 2019, a proposé « de mener une étude de faisabilité de création d'un fichier national des bénéficiaires de l'APA hébergé par la CNSA et qui faciliterait les appariements avec le SNIIRAM. Les conseils départementaux auraient l'obligation d'alimenter le fichier national dans le cadre des conventions pluriannuelles conclues avec

la CNSA. Cette alimentation pourrait passer par un échange d'information automatisé entre les systèmes d'information des conseils départementaux et le fichier national. ».

Cependant, compte tenu de la lourdeur de cet investissement, il est nécessaire, au préalable, que la Drees vérifie avec la CNSA si elle ne pourrait pas fournir plus régulièrement que tous les quatre ans les données nécessaires à la cinquième branche à partir des remontées individuelles Autonomie.

Si la construction d'un système unifié d'information relatif à l'APA s'imposait, il apparaît à la mission que des leviers importants existent pour amener les conseils départementaux et les éditeurs de logiciels à harmoniser leurs systèmes d'information et notamment la possibilité d'en financer toute ou partie comme cela a été fait pour le SI MDPH.

La construction d'un tel fichier relatif à l'allocation personnalisée d'autonomie nécessiterait a priori un fondement législatif.

La mission insiste sur le besoin de concertation avec les représentants des collectivités territoriales, gage important de réussite de tels projets. Ainsi, l'ADF a indiqué à la mission qu'il lui semble que l'absence d'aboutissement du système d'information sur la protection de l'enfance géré par le Giped pourrait être lié à une insuffisante association des collectivités territoriales à sa conception et qu'à l'inverse, il lui semble que la concertation qu'elle a pu avoir avec la CNSA a permis d'avancer sur le SI des MDPH.

Un autre levier pour amener les conseils départementaux à améliorer leurs remontées réside dans la fluidité des restitutions permettant aux départements, notamment, de comparer leurs politiques respectives. A cet égard, la Drees a indiqué à la mission qu'elle travaille, avec la délégation interministérielle au numérique à la mise en ligne d'un portail d'information.

Recommandation n°14 Etudier la faisabilité de consolider annuellement des données détaillées sur les caractéristiques des bénéficiaires de l'APA et de leur accompagnement.

3.1.7.2 Une rationalisation et un renforcement de la fonction statistique de la CNSA sont nécessaires

Comme l'indique le rapport IGF/IGAS précité sur la future COG de la CNSA, il est nécessaire de rassembler les statisticiens disséminés dans les services de la CNSA dans une direction statistique à l'instar de ce qui existe dans les caisses nationales de sécurité sociale de façon à donner à cette petite équipe d'une dizaine de personnes la masse critique nécessaire et à établir cette fonction au sein du comité de direction de l'établissement. Dans le même temps, la mission partage l'analyse de ce rapport sur la future COG selon laquelle la CNSA ne pourra faire face à un pilotage réel de la cinquième branche qu'en étant doté d'une dizaine d'ETP supplémentaires répartis pour moitié sur la DSI et la nouvelle direction statistique. Comme le soulignait le rapport de Laurent Vachey, il serait paradoxal, au moment où plusieurs dizaines de milliers d'emplois vont être créés dans les ESMS, que la CNSA ne puisse disposer de quelques emplois supplémentaires pour mieux piloter la cinquième branche.

Recommandation n°15 Structurer la fonction statistique à la Caisse nationale de la solidarité et de l'autonomie (CNSA) et la doter de 5 ETP supplémentaires, conformément aux préconisations du rapport IGF-IGAS sur la COG CNSA.

3.2 Les moyens de la Drees accusent une baisse sensible depuis dix ans malgré l'exercice de nouvelles missions

3.2.1 L'évolution des effectifs entre 2010 et 2020

Les effectifs de la Drees présents au 1er janvier sont passés entre 2011 et 2020 de 206 à 170 emplois, soit 36 agents de moins et une baisse de 17,5 %, alors même que la Drees a dû absorber dans ses effectifs l'Observatoire national du suicide sans moyens supplémentaires.

La répartition de ces réductions d'effectifs est contrastée selon les catégories et les statuts. La baisse des emplois de catégorie A est relativement contenue (- 10 emplois et -6,2 %) avec 4 fonctionnaires de plus et 14 contractuels de moins.

La Drees a la particularité d'employer des administrateurs et des attachés de l'Insee qui font l'objet depuis 2006 d'une convention de gestion entre le directeur de l'Insee, le directeur de la Drees et la directrice des affaires financières du ministère.

Cette convention donne à la Drees un « droit de tirage » d'agents sous statut Insee, dont la gestion RH reste assurée par l'Insee mais dont la rémunération et le nombre impactent les dépenses de personnel et les emplois du ministère de la santé.

Entre 2006 et 2020, date du 14^e avenant à la convention initiale de 2006, les effectifs sous statut Insee sont passés de 83 à 75, soit une baisse de 9,2 % qui est donc relativement plus importante que la baisse globale observée des emplois de catégorie A.

Ceci étant, les emplois sous statut Insee représentent tout de même 44 % des agents de la Drees dont les 5 emplois fonctionnels prévus à l'organigramme (directeur, cheffe de service et trois sous-directeurs).

La diminution des emplois de catégorie B est beaucoup plus importante (-13 emplois et - 46,4 %) tandis que celle des emplois de catégorie C est massive (- 13 emplois et - 81,3 %).

Au 1^{er} janvier 2020, la structure des effectifs de la Drees est donc la suivante : 152 agents de catégorie A (dont 75, 4 sous statut Insee), 15 de catégorie B et 3 de catégorie C.

Cette situation ne semble pas pouvoir permettre de maintenir, en cas de poursuite des suppressions d'effectifs dans l'avenir, la politique de relative préservation des emplois de catégorie A que la Drees a jusqu'ici choisi de privilégier.

Pour autant, la Drees s'est, sur la période, vue rattacher l'observatoire national du suicide sans attribution de moyens supplémentaires alors qu'elle indique que l'appui à cette structure mobilise 1 ETP et, ponctuellement, les compétences des deux agents chargés de la santé mentale. Elle s'est aussi vu confier la fonction d'administrateur ministériel des données (AMD). La mission relève que cela ne s'imposait pas naturellement, aucun autre SSM ne s'étant, a priori, vu confier une telle mission, à l'exception du SDES (ministère de la transition écologique), qui a exercé cette fonction temporairement avant de l'abandonner en 2020. La Drees indique que le morcellement des organismes gérant des données dans le champ des ministères sociaux est une situation singulière pour laquelle elle est sans doute la mieux armée pour avoir une vision transversale.

De façon plus conjoncturelle, mais comportant néanmoins un impact non négligeable en 2020, la Drees a mis à disposition du centre de crise sanitaire une quinzaine d'agents. Elle a pu, pour gérer cette crise, recruter un chef de projet senior et 4 juniors sur des contrats de 9 mois et recourir, sur la même durée, à trois prestataires.

3.2.2 L'évolution des dépenses de la Drees entre 2011 et 2019

- Des dépenses en baisse régulière entre 2011 et 2019

Les dépenses retenues englobent celles exécutées sur crédits budgétaires et celles exécutées sur un fonds de concours ad hoc, la Drees parvenant par ce moyen à faire cofinancer certaines de ses enquêtes par des organismes tiers.

Cette évolution doit être évaluée en neutralisant l'année 2010 qui a présenté un pic important et atypique de dépenses et l'année 2020, qui a été très impactée par le coût de l'enquête EPICOV menée dans le cadre de la pandémie Covid-19 et par l'abandon ou le report de certaines enquêtes qui nécessitent des entretiens en face à face, impossibles à organiser en raison de la crise sanitaire.

C'est donc sur la période 2011 /2019 qu'il semble le plus pertinent de raisonner étant entendu que trois méthodes d'analyse peuvent être retenues :

- La première consiste à comparer les dépenses de 2019 à celles de 2011 ;
- La seconde consiste à comparer les dépenses de 2019 avec la moyenne des dépenses de 2011 à 2018 ;
- La troisième consiste à comparer la moyenne des dépenses des 3 années les plus anciennes (2011,2012 et 2013) avec celle des trois années les plus récentes (2017, 2018 et 2019).

Le résultat de ces 3 méthodes est assez proche et montre une diminution des dépenses allant en volume de - 1,3 M€ à -2,2 M€ et en pourcentage de - 13 % à - 17,9 %.

C'est la troisième méthode qui semble la plus robuste et qui permet de documenter une baisse sensible des moyens d'action financiers de la Drees de - 2,2 M€ et - 17,9 %.

- Un coup d'arrêt porté en 2021 à la diminution des moyens budgétaires mais une poursuite des diminutions d'emplois

Dans le cadre des négociations budgétaires pour le PLF 2021, la Drees a obtenu des mesures nouvelles à hauteur de 2,050 M€ en AE et 1,320 M€ en CP dont l'utilisation est détaillée dans les documents budgétaires du Programme 124.

Néanmoins la tension sur les moyens budgétaires de la Drees semble récurrente au vu du coût de certaines enquêtes (ex de l'enquête Phèdre à 1,8 M€, de l'enquête Modes de garde des jeunes enfants à 1,950 M€, de l'enquête Bénéficiaires de minimas sociaux à 2,130 M et des enquêtes Autonomie à destination des ménages, des institutions et des aidants, chiffrées à 9,5 M€).

En revanche, le niveau des emplois de la Drees en 2021 n'est pas mentionné en loi de finances ; en effet, la répartition entre les différents services du ministère, des emplois tels qu'arbitrés globalement dans le cadre de la discussion budgétaire échappe à la direction du budget ; cette répartition est en effet décidée par le secrétaire général du ministère qui a notifié à la Drees pour 2021 un plafond en baisse de 1,6 ETP.

Cette baisse à périmètre constant s'accompagne d'un transfert de - 3 ETP dans le cadre de la réforme de l'organisation territoriale de l'Etat.

3.3 La comparaison des moyens des organismes producteurs de statistiques dans les champs de la santé et de la solidarité avec ceux de la Drees montre que ces organismes disposent de moyens humains conséquents

Selon le recensement que la mission a demandé aux organismes qu'elle a interrogés et en fonction des réponses qui lui sont parvenues, l'état des effectifs de statisticiens présents dans les organismes du champ peut être présenté de deux façons, soit en fonction du statut des organismes producteurs (tableau 1) soit en fonction des thèmes traités (tableau 2).

Tableau 1 : Effectifs de statisticiens répartis selon le statut des organismes producteurs

Liste des organismes	Intitulé complet des organismes	Statut	Totalité des effectifs dédiés directement à la production et à la diffusion des sources statistiques et des études (au 31 décembre de l'année 2020 en ETP)	En % du total
ARS	Agences régionales de santé	Etablissement public	131,0	14,0%
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale	Etablissement public	80,0	8,5%
SPF	Santé publique France (en régions)	Etablissement public	62,0	6,6%
SPF	Santé publique France (siège)	Etablissement public	42,9	4,6%
ABM	Agence de biomédecine	Etablissement public	26,0	2,8%
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	Etablissement public	9,4	1,0%
INCA	Institut national du cancer	Etablissement public	2,0	0,2%
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament	Etablissement public	0,5	0,1%
CNG	Centre national de gestion	Etablissement public	2,3	0,2%
		Total Etablissement public	356,1	38,0%
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques Direction	DREES	170,0	18,1%
		Total DREES	170,0	18,1%
DSS	Direction de la sécurité sociale	DAC autre que DREES	25,0	2,7%
DGOS	Direction générale de l'offre de soins	DAC autre que DREES	16,0	1,7%
DGCL	Direction générale des collectivités locales (département des études et des statistiques locales)	DAC autre que DREES	12,0	1,3%
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale	DAC autre que DREES	12,0	1,3%
DGT	Direction générale du trésor	DAC autre que DREES	11,0	1,2%
		Total DAC autre que DREES	76,0	8,1%
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie	Caisse de sécurité sociale	80,0	8,5%
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales	Caisse de sécurité sociale	60,0	6,4%
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse	Caisse de sécurité sociale	53,0	5,7%
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	Caisse de sécurité sociale	52,9	5,6%
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	Caisse de sécurité sociale	7,0	0,7%
		Total Caisses de sécurité sociale	252,9	27,0%
CDC Retraites	Caisse des dépôts et consignations	Autres	21,0	2,2%
AGIRC/ARRCO	Association générale des institutions de retraite des cadres Association des régimes de retraite complémentaire	Autres	19,0	2,0%
HAS	Haute autorité en santé	Autres	11,8	1,3%
EPI PHARE	Groupement d'intérêt scientifique CNAM/ANSM Epidémiologie des produits de santé	Autres	9,0	1,0%
SRE	Service des retraites de l'Etat	Autres	8,0	0,9%
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies	Autres	6,0	0,6%
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la santé	Autres	3,5	0,4%
GIPED	Groupement d'intérêt public enfance en danger	Autres	3,4	0,4%
		Total Autres	81,7	8,7%
		Total général	936,7	100,0%
Sources: Entretiens et réponses aux questionnaires envoyés par la mission sauf pour les ARS (les chiffres ARS résultent de la dernière enquête activité menée en 2018 par la DFAS)				

Tableau 2 : Effectifs de statisticiens répartis selon les thématiques traitées

Liste des organismes	Intitulé complet des organismes	Thème	Totalité des effectifs dédiés directement à la production et à la diffusion des sources statistiques et des études (au 31 décembre de l'année 2020 en ETP)	En % du total
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	Autonomie	7,0	0,7%
		Total Autonomie	7,0	0,7%
ARS	Agences régionales de santé	Etat de santé et offre de soins	131,0	14,0%
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale	Etat de santé et offre de soins	80,0	8,5%
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie	Etat de santé et offre de soins	80,0	8,5%
SPF	Santé publique France (en région))	Etat de santé et offre de soins	62,0	6,6%
SPF	Santé publique France (siège)	Etat de santé et offre de soins	42,9	4,6%
ABM	Agence de biomédecine	Etat de santé et offre de soins	26,0	2,8%
DGOS	Direction générale de l'offre de soins	Etat de santé et offre de soins	16,0	1,7%
HAS	Haute autorité en santé	Etat de santé et offre de soins	11,8	1,3%
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	Etat de santé et offre de soins	9,4	1,0%
EPI PHARE	Groupement d'intérêt scientifique CNAM/ANSM Epidémiologie des produits de santé	Etat de santé et offre de soins	9,0	1,0%
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies	Etat de santé et offre de soins	6,0	0,6%
IRDES	Institut de recherche et documentation en économie de la s	Etat de santé et offre de soins	3,5	0,4%
CNG	Centre national de gestion	Etat de santé et offre de soins	2,3	0,2%
INCA	Institut national du cancer	Etat de santé et offre de soins	2,0	0,2%
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament	Etat de santé et offre de soins	0,5	0,1%
		Total Etat de santé et offre de soins	482,4	51,5%
CNAF	Caisse nationale d'allocations familiales	Famille, jeunesse, enfance	60,0	6,4%
		Total Famille, jeunesse, enfance	60,0	6,4%
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale	Pauvreté et minima sociaux	12,0	1,3%
		Total Pauvreté et minima sociaux	12,0	1,3%
GIPED	Groupement d'intérêt public enfance en danger	Protection de l'enfance	3,4	0,4%
		Total Protection de l'enfance	3,4	0,4%
CNAV	Caisse nationale d'assurance vieillesse	Retraites	53,0	5,7%
CDC Retraites	Caisse des dépôts et consignations	Retraites	21,0	2,2%
AGIRC/ARRCO	Association générale des institutions de retraite des cadres Association des régimes de retraite complémentaire	Retraites	19,0	2,0%
SRE	Service des retraites de l'Etat	Retraites	8,0	0,9%
		Total Retraites	101,0	10,8%
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques	Transversal	170,0	18,1%
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	Transversal	52,9	5,6%
DSS	Direction de la sécurité sociale	Transversal	25,0	2,7%
DGT	Direction générale du trésor	Transversal	11,0	1,2%
DGCL	Direction générale des collectivités locales	Transversal	12,0	1,3%
		Total Transversal	270,9	28,9%
		Total général	936,7	100,0%

Sources: Entretiens et réponses aux questionnaires envoyés par la mission sauf pour les ARS (les chiffres ARS résultent de la dernière enquête activité menée en 2018 par la DFAS)

Il convient de souligner qu'il peut exister une ambiguïté sur le terme de « statisticien » dans ce décompte car certains organismes ont pu avoir une acception large du concept de statisticien, incluant des épidémiologistes ou des chargés d'études ou de recherche ce qui amène par exemple à estimer les effectifs de l'Inserm entre 80 et 150. Par ailleurs la présence éventuelle de statisticiens au sein des départements n'a pas pu être renseignée, les départements n'ayant pas été interrogés par la mission.

Les effectifs de statisticiens identifiés peuvent donc aller de 936,7ETP (fourchette basse retenue dans les tableaux ci-dessus) à 1006,7 ETP (fourchette haute) et doivent donc être considérés comme des ordres de grandeur.

La répartition des 936,7 ETP est la suivante :

- Par statut des organismes
 - Agences sanitaires dont les Agences régionales de santé, : 38 %
 - Caisses nationales de sécurité sociale, dont la CNSA :27 %
 - Drees : 18,1 %
 - Autres directions d'administration centrale : 8,1 %
 - Divers autres organismes (Hauts conseils, associations, groupements d'intérêt public) :8,7 %
- Par thématique
 - Santé : 51,5 %
 - Transversal : 28,9 % dont 18,1 % à la Drees
 - Retraite : 10,8 %
 - Famille : 6,4 %
 - Pauvreté :1,3 %
 - Autonomie : 0,7 %
 - Protection de l'enfance : 0,4 %

Ces chiffres reflètent et confirment la diversité et la pluralité des organismes produisant de la statistique à des fins d'information générale dans le champ sanitaire et social et montrent que la Drees, en tant que service statistique ministériel, est loin de détenir le monopole de cette production puisqu'elle représente un peu moins que 20 % des effectifs de statisticiens du champ.

La prépondérance des effectifs produisant de la statistique en santé est patente (50 % du total) alors que la statistique dans le champ de la protection de l'enfance, de l'autonomie et de la pauvreté mobilise à peine 3 % du total.

Les effectifs de statisticiens des caisses de sécurité sociale et des agences sanitaires représentent environ 65 % du total, ce qui peut en partie s'expliquer par le gisement considérable de données administratives que ces organismes n'utilisent plus seulement pour leur gestion interne.

En effet, dans un souci de transparence et de demandes d'informations citoyennes de plus en plus affirmées, ces organismes exploitent et publient de plus en plus leurs données, notamment dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale et des lois de finances, des plans de santé publique dont elles sont souvent les opérateurs et des demandes du Parlement, des Hauts conseils et Hautes autorités et des organismes de contrôle.

3.4 Il convient de donner à la Drees les moyens lui permettant de remplir ses missions et de lui assurer une visibilité pluriannuelle sur ses moyens

3.4.1 La diminution continue des moyens de la Drees compromet l'accomplissement de ses missions

L'attrition continue des moyens humains de la Drees, qui semble plus problématique que celle des moyens financiers, ne lui permet plus de se positionner sur l'ensemble des travaux stratégiques qui lui échoient, ni d'assurer pleinement son rôle de service statistique ministériel ; ce dernier consiste en effet à mettre à disposition des acteurs du champ sa maîtrise des outils et des méthodes, des concepts et sa démarche qualité. Or, ces compétences jouent un rôle structurant dans le maintien de la solidité des statistiques dans le temps et leur comparabilité. Il faut donc envisager de redonner à la Drees des moyens humains suffisants pour que le SSM du ministère des affaires sociales et de la santé puisse répondre aux nombreux besoins que les différents interlocuteurs ont signalés à la mission

La mission rejoint ainsi l'avis de l'ASP, formulé suite à l'audition de la Drees en octobre 2020.

Avis de l'ASP (séance du 21 octobre 2020) :

« Suite à l'intervention du directeur de la Drees, les membres du collège de l'ASP ont émis le délibéré suivant :

En tant que service statistique ministériel (SSM) des ministères sanitaires et sociaux, la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a pour mission de fournir aux décideurs publics, aux citoyens et aux responsables économiques et sociaux des informations fiables et des analyses sur les populations et les politiques sanitaires et sociales. Qu'il s'agisse de santé des populations et des systèmes de santé, ou de protection et politiques sociales, ce sont des domaines majeurs, qui nécessitent des informations statistiques de qualité élevée pour : décrire les transformations à l'oeuvre dans la société ; identifier les dimensions nouvelles, thématiques ou territoriales, devant être observées ; aider à la prise de décision et éclairer le débat public.

L'Autorité constate qu'un décalage s'est progressivement constitué entre le besoin d'enrichir la statistique publique en ce domaine et les moyens dont dispose la Drees. Alors que la crise du Covid met en exergue l'importance des enjeux sanitaires et sociaux, cette situation apparaît singulière au sein du service statistique public.

En effet, depuis 2011, ce SSM a perdu 12 % de ses effectifs et le rythme de baisse de ceux-ci s'est accentué au cours de la période récente, en particulier dans les services extérieurs (ARS), remettant sérieusement en cause leur capacité à produire de l'analyse. La fréquence de certaines enquêtes statistiques, par exemple en matière de santé scolaire, ou leur contenu, de plus en plus restreint aux seules exigences européennes, se sont ainsi trouvés réduits. L'ASP note aussi des fragilités pour être en capacité de porter des projets structurants ou d'en assurer la maintenance comme il le faudrait pour permettre aux outils développés de jouer pleinement leur rôle. Le modèle de micro simulation INES, aujourd'hui porté par la Drees et l'Insee, qui n'a pas d'équivalent dans la sphère administrative pour évaluer les réformes des prestations et prélèvements sociaux, en constitue un exemple-type.

Même si la Drees a récemment connu une stabilisation de ses moyens budgétaires, le budget du SSM a fortement baissé ces 10 dernières années, alors qu'elle prenait en charge des missions nouvelles : observatoire des suicides, enquête Santé, qui relevait précédemment de l'Insee, appui aux expérimentations sur les nouvelles organisations de soins, etc. Ce dernier exemple souligne que la Drees a dû renforcer aussi son appui aux directions opérationnelles des ministères sociaux, notamment pour une meilleure utilisation des données. À cet égard, la mobilisation de 15 à 30 agents au profit de la gestion de crise (en particulier du centre de crise sanitaire) et le renforcement du statut de la Drees en tant que centre de références pour assurer la qualité et la cohérence des données pour la gestion du Covid a certes un caractère exceptionnel, mais il s'inscrit dans une tendance. Il faut souligner que cette fonction d'appui ne peut être efficace dans la durée sans consolidation de la production statistique, donc du programme statistique de la Drees, qui en constituent nécessairement le socle de par l'importance des données produites et des compétences réunies pour les produire.

Ainsi, la Drees œuvre dans un champ extrêmement large, avec des moyens modestes. Certes, de nombreux opérateurs contribuent à la production de données dans les différents domaines concernés. L'Autorité de la statistique publique, dans le cadre de sa mission de labellisation des séries qui intéressent la statistique publique et proviennent d'opérateurs publics ou d'organismes privés ayant une mission de service public, encourage d'ailleurs l'enrichissement de la statistique publique par ce biais.

Cependant, ce processus ne peut se substituer à la mise en œuvre d'un projet cohérent pour la statistique publique sanitaire et sociale par le SSM. En effet, les statistiques issues des données de gestion, de recherche ou issues de données thématiques, soit rencontrent intrinsèquement de fortes limites pour satisfaire les contraintes de la production statistique, en termes de normalisation des procédures de production et de diffusion, de pertinence, de fiabilité, de cohérence et comparabilité ; soit ne le peuvent qu'au prix d'un travail important à réaliser par le SSM lui-même pour en garantir la qualité, en coopération avec les détenteurs de ces données, par exemple Santé-publique France dans le domaine sanitaire. Par ailleurs, les données issues des « Caisses » ne couvrent généralement qu'un champ partiel, là où la statistique publique se doit de consolider et fournir des statistiques reflétant les évolutions dans leur ensemble et rendre compte de la diversité des situations.

Dans ce contexte, l'ASP estime que le maintien d'une capacité adaptée de la Drees, en termes humains et financiers, et la définition d'un projet global de la statistique publique dans le champ de la santé et des solidarités constituent des pré-requis pour que la Drees soit en mesure d'assurer ses missions.

Dans cette perspective, l'ASP se félicite de la mission conjointe engagée pour optimiser la production statistique des causes médicales de décès et de la mission conjointe demandée aux inspections générales de l'Insee et des affaires sociales en vue de l'établissement d'une cartographie identifiant les différents endroits où l'on produit de la donnée au sein du ministère et de ses opérateurs. Elle souligne toutefois, qu'au-delà du recensement des sources disponibles, de l'identification des redondances ou dispersions dommageables, il convient aussi de repérer les angles morts mal couverts par la statistique publique, et de bien apprécier la capacité des différentes données à fonder des statistiques et les conditions pour remédier à ces lacunes. À cet égard, l'Autorité rappelle en effet que, lorsque les statistiques sont fondées sur des sources administratives, leur définition, concepts utilisés et procédures doivent être compatibles avec ceux employés en statistique, ou rendus tels, afin d'en assurer la qualité.

Parce que sa production statistique est par nature une activité pluriannuelle et parce que cette production est de surcroît de plus en plus réglementée au niveau européen, il importe que la Drees ait une visibilité pluriannuelle de ses moyens humains et financiers. L'Autorité recommande donc que soit définie pour la Drees une trajectoire d'emploi pluriannuelle pour le prochain triennal 2021-2023, et que la mise en chantier de cette trajectoire soit engagée sans tarder. »

Il est notamment prioritaire que la Drees accompagne pleinement la CNSA dans la structuration et l'amélioration de son outil statistique de pilotage de la nouvelle branche de l'autonomie, ce point étant à mettre en regard du besoin parallèle de création d'emplois à cette fin à la CNSA tel que proposé par le récent rapport IGF/IGAS sur la COG de cet organisme.

Par ailleurs, l'accompagnement des directions d'administration centrale dans l'expression, l'orientation de leurs besoins statistiques et la rationalisation de leur utilisation devrait, comme proposé par le directeur de la Drees, faire l'objet d'un renfort de 3 ETP environ. Ces moyens étant destinés à rendre un service aux DAC pourraient être créés par redéploiement à partir de ces directions métier.

De plus, l'accompagnement des ARS dans les usages du SNDS et, plus largement, dans le pilotage de leurs outils statistiques et la mutualisation de leurs productions justifierait la création de 3 ETP à la Drees redéployés à partir des trois derniers emplois de statisticiens en poste en ARS qui émargent encore sur le plafond d'emplois de la Drees, comme l'a proposé le directeur de la Drees.

Il a par ailleurs déjà été signalé que la Drees nécessitera, au-delà des 2 ETP redéployés à partir de l'ONPE, la création d'au moins 1 ETP supplémentaire pour refondre le dispositif OLINPE de suivi du cursus des enfants relevant de la protection de l'enfance.

Le pilotage du groupe projet proposé par la présente mission en matière de cartographie des indicateurs de santé et l'actualisation régulière de leur cartographie nécessitent au moins 1 ETP, la Drees n'ayant pu jusqu'ici procéder à cette actualisation régulière. Or, ce travail est indispensable à une rationalisation progressive.

Le manque de connaissance des personnes sans domicile mis en exergue par le présent rapport nécessite également que la Drees soit dotée des moyens nécessaires, en complémentarité de ceux mis en œuvre par l'Insee.

Enfin, il a été souligné dans le présent rapport que, faute de moyens, la Drees ne peut produire des comptes réguliers de la prévention et de l'autonomie tels que devant figurer dans les annexes aux PLF et PLFSS. Là encore, le besoin est estimé à 1 ETP au moins pour les deux comptes.

En regard de ces besoins, la mission s'interroge sur la désignation de la Drees comme administrateur ministériel des données (AMD), la Drees étant le seul SSM à assumer cette fonction. Si la Drees a, depuis 2016, joué ce rôle s'agissant des données de santé, il faut noter que le rôle d'administrateur ministériel des données couvre l'ensemble du champ du ministère et inclut donc également les données du champ social. Aussi, la mission considère que si cette mission est confiée à la Drees, elle doit se faire avec l'attribution de moyens supplémentaires.

Il convient de rappeler que l'administrateur ministériel des données est en charge de la politique de la donnée, en lien avec les directions. Il veille à valoriser les données en travaillant sur les voies suivantes : favoriser la montée en qualité des données, poursuivre l'ouverture des données publiques du ministère; les données sont réutilisables simplement, librement et gratuitement, aider le ministère à mieux utiliser ses propres données, stimuler les écosystèmes qui utilisent les données du ministère, notamment pour favoriser l'innovation au service des usagers et de la transformation numérique de l'État, animer un réseau de correspondants en relation avec les directions et les opérateurs.

Par ailleurs, la mission n'a pas identifié de travaux de production statistique dont on pourrait délester la Drees pour dégager les moyens supplémentaires. La Drees, en tant que SSM, est légitime pour mener les grandes enquêtes de la statistique publique sur le champ sanitaire, et sur le champ social en lien avec l'Insee et les autres SSM. Elle respecte ainsi les règles de qualité et de transparence qui s'imposent au service statistique public. Elle bénéficie aussi de l'éco-système mis en place dans le cadre du SSP, en termes d'ingénierie d'échantillonnage, de redressements, etc.

La Drees a aussi une longue expérience d'utilisation des données administratives, acquise notamment via la constitution de bases inter-régimes, en tant que tiers de confiance. Cette pratique des appariements est d'ailleurs amenée à être développée de plus en plus pour enrichir les sources statistiques à partir de base de données connexes.

La mission s'est cependant interrogée sur le maintien des deux observatoires au sein des effectifs de de l'ONDPS.

La mission historique d'observation de l'ONDPS légitimait en effet son rattachement à la Drees, au même titre que les exercices de projection de la démographie des professionnels de santé (cf. projections réalisées par la Drees pour la conférence nationale qui s'est tenue en mars 2021). L'ONDPS s'est cependant vu confier depuis quelques années une orientation plus opérationnelle pour le compte de la DGOS qui légitimerait *a minima* un co-financement des moyens par la DGOS mais plus structurellement un rattachement à cette direction.

Recommandation n°16 Rattacher l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé (ONDPS) à la DGOS, tout en maintenant le rôle de la Drees en matière de production de statistiques et d'établissement de projections de la démographie des professions de santé.

Recommandation n°17 Doter la Drees de façon pérenne d'une dizaine d'ETP supplémentaires financés en partie par relèvement du plafond d'emplois ministériel et en partie par redéploiement pour lui permettre :

- de mettre en œuvre les recommandations suivantes de la mission :

Jouer un rôle d'appui aux directions en matière de gestion des données, recensement des besoins, et orientation vers les producteurs les plus idoines

Disposer des moyens pour mener la mission d'appui aux ARS

Piloter le comité projet des indicateurs de santé et actualiser régulièrement la base déjà constituée

Venir en appui sur l'important chantier de constitution d'un fichier automatisé APA

Refondre Olinpe en concertation avec les conseils départementaux

Animer, avec l'Insee, la démarche d'observation régulière des personnes sans domicile

Elaborer les comptes de l'autonomie et de la prévention

- d'exercer le rôle d'administrateur ministériel des données du ministère

Ces besoins ne tiennent pas compte des propositions du récent rapport IGAS-IG Insee sur l'amélioration du dispositif de recueil des certificats de décès qui impacteront, quel que soit le scénario retenu, les moyens de la Drees. Pour mémoire, ce rapport envisage trois scénarios : celui d'un maintien au CépiDc de l'Inserm de la centralisation des certificats de décès mais sous pilotage renforcé, celui d'un transfert au service statistique public dans le cadre d'une coopération entre la Drees et l'Insee, celui d'une unité placée sous la co-responsabilité de la Drees et de l'Inserm.

3.4.2 La nature-même des missions de la Drees nécessite de lui donner une visibilité pluriannuelle sur ses moyens

Lors de son audition du 21 octobre 2020 devant l’Autorité de la statistique publique, le directeur de la Drees a évoqué l’éventualité de conclure avec la direction du Budget un contrat triennal sur le modèle de celui conclu par l’Insee pour bénéficier d’une visibilité de ses moyens à l’horizon de trois ans.

Le type de contrat conclu par l’Insee avec la direction du budget est préconisé dans le cadre d’Action publique 2022 et l’intérêt de souscrire de tels contrats a récemment été rappelé par le ministre des Comptes et de la fonction publique.

Le contrat signé sur la période 2019 -2022 entre la directrice du Budget, le directeur de l’Insee et la Secrétaire générale des ministères économiques et financiers répond à ces caractéristiques et comprend donc :

- Des objectifs stratégiques propres à l’Insee
- Une visibilité des emplois et des crédits de l’Insee

Cette trajectoire consiste à contractualiser une baisse d’effectifs de l’Insee de 67 emplois par an sur la période (soit environ-1 % par an et 267 emplois en tout) et une diminution de ses moyens budgétaires (de 71,458 M€ à 63,944 M€ en AE et de 69,932 M€ à 66,814 M€ en CP)

- Une plus grande responsabilisation du directeur de l’Insee

Cette responsabilisation se manifeste principalement par l’assurance que l’Insee pourra utiliser 90 % de son éventuelle marge de gestion en matière de crédits de personnel pour financer ses opérations (principe de fongibilité asymétrique entre crédits de personnel et crédits de fonctionnement) et que les crédits non consommés au titre de l’année n seront automatiquement reportés en année n + 1 dans la limite de 3 % des crédits inscrits en LFI.

Pour autant un tel contrat, qui au passage ne donne pas de moyens supplémentaires à l’Insee, est-il transposable à la situation de la Drees ?

Le directeur de l’Insee, est responsable à lui seul d’un programme budgétaire, le Programme 220, dont la surface financière est conséquente (5 111 emplois en 2021 pour 368,9 M€ de crédits de personnel et 65,9 M€ de crédits de fonctionnement et d’intervention) ; il peut donc, comme tel, négocier techniquement et juridiquement l’intégralité de ses moyens avec la direction du Budget.

Le directeur de la Drees, n’est quant à lui pas dans cette situation ; il est responsable d’un Budget opérationnel de programme (BOP) au sein d’un programme budgétaire, le Programme 124 qui comprend bien d’autres dépenses que celles de la Drees (dépenses de personnel de l’administration centrale, des services déconcentrés et des Agences régionales de santé, dépenses de fonctionnement courant du ministère et des Agences régionales de santé, dépenses immobilières, informatiques, de communication, affaires européennes et internationales...) et dont la responsable est la directrice des affaires financières et des services du ministère.

Donc, sauf à créer un nouveau programme budgétaire comprenant sous l’autorité exclusive du directeur de la Drees les seuls effectifs et moyens de la Drees, ce qui ne paraît pas réaliste au regard du volume des emplois et crédits concernés et nécessiterait en tout état de cause l’accord du Parlement et du ministre des Comptes, il semble que le directeur de la Drees ne soit pas en capacité juridique de signer à lui seul un tel contrat avec la direction du Budget.

Pour autant, cette situation n'interdit pas à la Drees de travailler sur une vision pluriannuelle de ses besoins qui permettra de documenter davantage la discussion budgétaire que mène le secrétaire général du ministère avec la direction du budget.

Recommandation n°18 Produire dans le cadre des discussions budgétaires 2022 et suivantes une vision à 3 ans des missions et besoins de la Drees et fixer les moyens humains et financiers nécessaires pour les assurer.

3.5 Des instances de la statistique publique insuffisamment utilisées

Comme rappelé en 2.2, la statistique publique s'inscrit dans un cadre de gouvernance impliquant notamment l'Autorité de la statistique publique et le Conseil national de l'information statistique. Si certains opérateurs se conforment à ce cadre, la situation est cependant loin d'être exhaustive.

3.5.1 Elargir le champ des statistiques couvert par l'Autorité de la statistique publique (ASP) et élaborer une charte de bonnes pratiques pour les opérateurs

Un des domaines d'action de l'ASP est relatif aux données qui ne sont pas produites par le système statistique public c'est-à-dire par l'Insee et les services statistiques ministériels mais qui proviennent de l'exploitation, à des fins d'information générale de données collectées par des administrations ou des organismes privés chargés d'une mission de service public.

La mission constate que peu d'opérateurs recourent à la labellisation de leurs statistiques d'intérêt général et quand ils le font c'est pour une partie réduite des indicateurs qu'ils diffusent. Les organismes qui le font sont essentiellement les caisses de sécurité sociale (Cnam, Cnav, Cnaf, CCMSA, SRE, CEPIDc). Dans d'autres domaines hors champ sanitaire et social, on peut citer l'Acoss, Pôle emploi, l'Observatoire national interministériel de la sécurité routière, les Notaires pour les prix de vente des logements.

On peut ainsi citer le rapport Pittet de mars 2021 (Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise Covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques), qui propose notamment de « *Rationaliser et fiabiliser la production de données statistiques dans le champ de la santé publique en la soumettant à la procédure de labellisation par l'Autorité de la statistique publique* ».

La mission reprend à son compte cette proposition. Elle rappelle que ce dispositif de labellisation permet de garantir la diffusion de statistiques satisfaisant des critères de transparence quant à leurs méthodes et environnement de production, dans le cadre du respect des bonnes pratiques professionnelles que s'appliquent le SSP.

L'ASP a ainsi produit une grille d'auto-évaluation de la conformité des services statistiques ministériels au Code de bonnes pratiques de la statistique européenne³⁴. On pourrait envisager une déclinaison de cette grille sous forme d'une charte qui serait demandée à tous les opérateurs qui publient des statistiques et qui signent des COG ou des COP avec le ministère.

La mission relève toutefois que le champ des dispositifs couverts par certains opérateurs englobe différents types d'opérations, dont certaines ne sont pas strictement statistiques ou qui relèvent

³⁴ <https://www.autorite-statistique-publique.fr/grille-dauto-evaluation-de-la-conformite-des-services-statistiques-ministeriels-au-code-de-bonnes-pratiques-de-la-statistique-europeenne/>

d'autres dispositifs de gouvernance (cf. les comités CER et CSR pour les registres, le cadre de gouvernance du MESR pour les cohortes, le CESREES³⁵ dont le secrétariat est assuré par le Health Data Hub). Un rapprochement préalable avec les autres instances de gouvernance œuvrant dans des champs connexes serait souhaitable pour appréhender d'éventuels points de convergence entre les différentes démarches.

Recommandation n°19 Soumettre les opérateurs à la démarche de labellisation de leurs statistiques par l'Autorité de la statistique publique, afin qu'elles soient conformes au cadre d'assurance qualité de la statistique publique (code des bonnes pratiques).

3.5.2 Rendre obligatoire la présentation des programmes de travail au Cnis pour donner une plus grande visibilité aux utilisateurs

Le Conseil national de l'information statistique (Cnis) permet des échanges sur différents sujets thématiques ou transversaux, au travers de groupes de travail organisés régulièrement entre producteurs et utilisateurs pour approfondir un sujet et faire des propositions d'évolutions. Il est aussi le lieu d'échange sur les programmes de travail des différents producteurs.

La mission a relevé que la présentation des programmes de travail statistiques auprès du Cnis n'était pas systématique. Certains organismes le font régulièrement : il s'agit notamment de l'Irdes, de l'OFDT, de la Cnav, du SRE, de la Cnaf, de la CCMSA. Mais ce n'est pas le cas pour d'autres opérateurs : il en est ainsi notamment de SpF, de l'Anses et de l'Inca, de l'ATIH, de la CNSA. Ces organismes indiquent qu'ils ne se considèrent pas comme entrant dans le champ de compétences de cette instance ou qu'ils n'en sont pas membres. La Cnam a arrêté de le faire depuis quelques temps, au motif que « depuis déjà plus de 10 ans le SNIIRAM/SNDS est ouvert à tous les acteurs statistiques, notre activité statistiques et d'études s'est concentrée sur nos usages internes ». L'Inserm indique ne soumettre ses statistiques que de façon très ponctuelle et la CNSA indique avoir participé à une séance du Cnis en 2017 mais ne présente pas son programme statistique au Cnis.

Il en va de même pour les enquêtes soumises au Cnis pour obtention du label d'intérêt général et de qualité statistique et inscription au programme des enquêtes de la statistique publique. Seuls certains organismes se soumettent aux règles de la statistique publique pour une partie de leurs enquêtes (Irdes, OFDT, Inserm, etc). SpF a présenté deux de ses enquêtes récentes, notamment pour obtenir des échantillons probabilistes de l'Insee. La soumission des enquêtes pour inscription au programme des enquêtes de la statistique publique implique cependant des contraintes pour les organismes : les enquêtes sont examinées par le Comité du label de la statistique publique, qui en évalue la qualité en termes méthodologiques, en termes d'ouverture en amont de la concertation et de diffusion des micro-données en aval. Certaines enquêtes, qui ne s'appuient pas sur des procédures d'échantillonnage non probabiliste et qui visent un nombre de répondants minimal sans redressement du biais de sélection potentiel, ne passeraient pas dans leur état actuel les critères de qualité de la statistique publique.

³⁵ Le CESREES (Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé) se substitue au CEREES (Comité d'Expertise pour les Recherches, les Études et les Évaluations dans le domaine de la Santé). Il se prononce sur :

- La finalité et la méthodologie de la recherche
- La nécessité du recours à des données de santé à caractère personnel
- La pertinence éthique
- La qualité scientifique du projet
- Le cas échéant sur le caractère d'intérêt public que présente le projet.

Ce point est particulièrement important pour certaines enquêtes ou cohortes dans le domaine sanitaire : dans certains cas, l'attention est davantage portée aux critères de cohérence interne de l'échantillon, plutôt que de cohérence externe avec la population de référence et d'absence de biais. Le recrutement dans certaines cohortes se fait par ailleurs explicitement sur la base du volontariat, notamment lorsque le dispositif recourt à des examens relativement lourds et intrusifs.

On peut même noter une tendance à l'éloignement de certains dispositifs par rapport à la statistique publique, par exemple dans le cas de la cohorte Constances, qui a renoncé à la demande de labellisation, au motif qu'elle ne privilégiait plus le critère de représentativité statistique dans sa durée, ce qui imposerait des traitements spécifiques de l'attrition et/ou un renouvellement d'une partie de l'échantillon.

Cette situation est regrettable dans la mesure où le Cnis constitue une instance de coordination, permettant de veiller aux éventuelles incohérences, doublons et besoins non couverts. Dans la mesure où la soumission des programmes et enquêtes statistiques des organismes n'est pas légalement obligatoire, une action de prospection et de conviction plus volontariste de la part du Cnis auprès des organismes concernés serait sans doute souhaitable, au moins pour la présentation systématique des programmes de travail, qui aurait le mérite de porter une information large des utilisateurs rassemblés dans ce cadre.

Recommandation n°20 Systématiser la présentation des programmes statistiques annuels des opérateurs auprès du Cnis et les inciter à demander la labellisation de leurs principales enquêtes.

Erik RANCE

Nicole ROTH

Jean-Marc BETEMPS

LETTRE DE MISSION



Les Directeurs de cabinet

Paris, le **29 OCT. 2020**

Le directeur de cabinet du ministre de l'économie, des finances et de la relance
Le directeur de cabinet du ministre des solidarités et de la santé

à
Madame la cheffe de l'inspection générale des affaires sociales
Monsieur le directeur général de l'Insee

Objet : mission relative à la cartographie des productions de statistiques publiques en matière de solidarité et de santé

La loi définit et distingue le système statistique public du champ des statistiques publiques. En effet, le périmètre des statistiques publiques, qui peuvent être produites par tout type d'organisme public, excède celui des productions dont le système statistique public a directement la charge. Pour autant, cette différence de périmètre est plus ou moins grande, selon le domaine thématique considéré.

Le domaine sanitaire et social est paradigmatique de l'existence de cette différence. Si la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), le service statistique ministériel du ministère des solidarités et de la santé, a une production statistique dans pratiquement tous les champs de ce domaine, elle est loin d'être l'unique organisme producteur :

- un grand nombre d'opérateurs (caisses de sécurité sociale, CNSA, ATIH, etc.) produisent de nombreuses statistiques à partir de données administrative et de gestion ; certains gèrent par ailleurs des bases administratives qui ne sont pas aujourd'hui utilisables à des fins statistiques, alors qu'elles pourraient, moyennant un effort de retraitement, permettre la constitution de fichiers statistiques nouveaux ;
- de nombreuses institutions (ONPE, SPF, Inserm, HAS, etc.) produisent des enquêtes et des indicateurs en matière sanitaire et sociale ;
- des directions d'administration centrale produisent parfois leurs propres enquêtes ou sollicitent les opérateurs dont elles assurent la tutelle pour de nouvelles productions statistiques, sans forcément impliquer les directions statistiques ; certains corps de contrôle lancent également, de façon ponctuelle, leurs propres opérations statistiques ;
- le suivi épidémique du pays relève prioritairement de la responsabilité de plusieurs agences (SPF au premier chef), qui construisent et/ou exploitent des systèmes d'information et produisent de nombreux indicateurs et statistiques ;
- la compétence en matière de politiques sociales étant largement partagée avec les collectivités territoriales, l'observation statistique du domaine concerne aussi de nombreux acteurs locaux, ce qui soulève, entre autres, de multiples problèmes d'hétérogénéité dans le calcul de statistiques comparables d'un territoire à l'autre.

La grande dispersion des acteurs sur le champ de la production statistique dans le domaine sanitaire et social rend ce champ difficile à appréhender. Elle est susceptible de générer des redondances, mais aussi de laisser des opportunités inexploitées : un acteur produisant une base de gestion peut considérer qu'il n'est pas de sa responsabilité d'en tirer un fichier statistique, en dépit des besoins vis-à-vis d'un tel fichier ; un manque de connaissance dans les méthodes de construction de statistiques peut par ailleurs induire un délai considérable dans une telle production, dès lors que l'enjeu de transformation des données de gestion en données exploitables statistiquement n'est pris en compte que tardivement. Enfin, si certains acteurs soumettent certains de leurs projets de collecte statistique au Conseil national de l'information statistique (Cnis) pour en vérifier l'intérêt auprès des utilisateurs, ce n'est pas le cas de tous.

Au final, en l'absence d'une coordination davantage formalisée et intégrée par tous, propre au champ sanitaire et social, il est difficile d'avoir une vue d'ensemble de la production de statistiques publiques sur ces champs et de s'assurer de sa pertinence et de son efficacité, ainsi que de sa qualité. C'est pourquoi, lors des dernières conférences budgétaires, la direction du budget a émis le souhait que soit réalisée une cartographie des productions et des producteurs statistiques sur le champ du ministère des solidarités et de la santé (« qui fait quoi » en matière de production statistique). Plus précisément, elle a souhaité que soit explicité le rôle des différents partenaires et opérateurs du ministère (caisses, agences, etc.) qui ont à traiter des données dans le cadre de leurs activités, en produisent et en publient tout ou partie, et que soit décrites la gouvernance et l'articulation de ces travaux de production de données et de statistiques avec ce que fait la Direction de la Recherche, des Études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), pour viser à une amélioration de l'efficacité et de la qualité du système dans son ensemble.

La mission s'attachera à dresser cette cartographie raisonnée des acteurs et de la production statistique dans les champs du sanitaire et du social, ainsi que des moyens afférents déployés. Elle examinera globalement, par grands thèmes, la pertinence des statistiques produites au regard de leurs usages et d'éventuelles manques qui pourraient justifier un redéploiement et/ou un ajustement de ressources pour le combler (en ne s'appesantissant pas sur la question spécifique des statistiques de causes de décès, qui fait l'objet d'une mission dédiée déjà en cours). Elle pourra émettre des recommandations pour améliorer l'efficacité globale de cette production.

Nous souhaitons que votre rapport nous soit remis pour mars 2021.



Emmanuel MOULIN



Jérôme MARCHAND-ARVIER

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : description des comptes (Etat et ss)

Annexe 2 : description des comptes sectoriels de la Drees

Annexe 3 : description des sources statistiques sur la santé

Annexe 4 : description des sources statistiques sur les retraites

Annexe 5 : description des sources statistiques sur l'autonomie

Annexe 6 : description des sources statistiques sur la pauvreté

Annexe 7 : indicateurs d'évaluation de la stratégie de lutte contre la pauvreté

Annexe 8 : tableaux relatifs aux sources sante

Annexe 9 : tableaux relatifs aux sources retraite

Annexe 10 : tableaux relatifs aux sources autonomie

Annexe 11 : tableaux relatifs aux sources protection de l'enfance

Annexe 12 : tableaux relatifs aux sources pauvreté

Annexe 13 : tableaux relatifs aux sources famille/enfance

Annexe 14 : tableaux relatifs aux comptes

Annexe 15 : tableaux relatifs à des sources transversales

LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

Organismes	Intitulé complet des organismes	Personnes auditionnées ou contactées
ABM	Agence de biomédecine	Emmanuelle Cortot-Boucher
ACPR	Autorité de contrôle prudentiel et de résolution	Patrick Montagner
ADF	Assemblée des départements de France	Jean-Michel Rapinat Marilyne Lefort
AGIRC/ARRCO	Association générale des institutions de retraite des cadres Association des régimes de retraite complémentaire	François-Xavier Selleret
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance	Sophie Martinon
ANDAS	Association nationale des directeurs d'action sociale	Emmanuel Gagneux
ANS	Agence du numérique en santé	Annie Prévot Pascale Sauvage Laurent Joubert Thierry Dart
Anses	Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail	Agathe Denéchère Mathieu Schuler
ANSM	Agence nationale de sécurité du médicament	Christelle RATIGNIER-CARBONNEIL Sandrine Gaborel Mehdi BENKEBIL Mahmoud ZUREIK Carole LE-SAULNIER Hélène POIRIER Patrick MAISON

		Vincent GAZIN Guillaume RENAUD
ARS	Agence régionale de santé (Grand-Est)	Michel Mulic Agnès Gerbaud Anne Muller Peggy Gibson Edwige Olivieiro Laurent Dalmas Michel Vernay
ARS	Agence régionale de santé (Bretagne)	Hervé Goby David Le Goff
ASP	Autorité de la statistique publique	Dominique Bureau
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation	Housseyni Holla Pauline Renaud Véronique Sauvadet-Chouvy
CAB	Cabinet Autonomie	Sophie Sergent-Decherf
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	Nadia Joubert
CDC Retraites	Caisse des dépôts et consignations	Ronan Mahieu
Cnaf	Caisse nationale d'allocations familiales	Bernard Tapie Florence Thibaud
Cnam	Caisse nationale d'assurance maladie	Claude Gissot
Cnav	Caisse nationale d'assurance vieillesse	Pascale Breuil
CNG	Centre national de gestion	Eve Parier
Cnis	Conseil national de l'information statistique	Françoise Maurel
CNLE	Conseil national de lutte contre l'exclusion	Nicolas Duvoux Michèle Lelievre

CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	Stéphane Corbin Amandine Weber Bénédicte Auber Etienne Deguelle
COR	Conseil d'orientation des retraites	Pierre-Louis Bras Emmanuel Bretin Frédérique Nordier-Ribordy
DB	Direction du budget	Marie Chanchole
DFAS	Direction des finances, des achats et des services (Secrétariat général des ministères sociaux)	Valérie Delahaye-Guillocheau Christophe Tassart Fanny Vermorel Murielle Monrose
DGCL	Direction générale des collectivités locales (département des études et des statistiques locales)	Luc Briere
DGCS	Direction générale de la cohésion sociale	Christophe Fourel Matthieu Devriendt Anatole Puiseux
DGFIP	Direction générale des finances publiques	Etienne Duvivier Philippe Gac
DGOS	Direction générale de l'offre de soins	Katia Julienne Sandrien Pautot Marie-Odile Thevenon Martine Laborde-Chiocchia
DGS	Direction générale de la santé	Philippe Guilbert Sophie Chaumien-Czuwak
DGT	Direction générale du trésor	Emilie Rodriguez Pierre Tanneau Samuel Ménard
DIPLP	Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté	Marine Jeantet

DNS	Délégation ministérielle du numérique en santé	Raphael Beaufret
DNUM	Direction du numérique (Secrétariat général des ministères sociaux)	Hélène Brisset
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques <u>Sous-direction de l'observation de la solidarité</u>	Patrick Aubert Olivier Leon
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques <u>Sous-direction des synthèses, des études économiques et de l'évaluation</u>	Lucie Gonzalez Jean-Cyprien Heam
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques <u>Direction</u>	Fabrice Lengart
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques <u>Sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie</u>	Muriel Barlet
DRJSCS	Direction régionale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (Région Bretagne)	Yvon Barillet
DSS	Direction de la sécurité sociale	Franck Von Lennep Damien Vergé Augustin Vicard Guillaume Berthoin
FAS	France-Assos-Santé	Gérard Raymond Jean-Pierre Thierry
FNORS	Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé	Bernard Ledésert Alain Trugeon Lise Trottet
FS	France Stratégie	Gautier Maigne

Giped	Groupement d'intérêt public enfance en danger	Violaine Blain Agnès Gindt-Ducros
HAS	Haute autorité en santé	Thomas Wanecq
HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie	Anne-Marie Brocas
HCFEA	Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge	Laurence Rioux
HCSP	Haut conseil de santé publique	Bernard Faliu Franck Chauvin Thierry Lang Véronique Gilleron
IGAS	Inspection générale des affaires sociales	Anne Burstin
IGAS	Inspection générale des affaires sociales	Bénédicte Jacquy
IGAS	Inspection générale des affaires sociales	Pascale Flamant
IGAS	Inspection générale des affaires sociales	Christine d'Autume
IGAS	Inspection générale des affaires sociales	Mireille Elbaum
IGAS	Inspection générale des affaires sociales	Philippe Burnel
Inca	Institut national du cancer	Thierry Breton
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques Direction des statistiques démographiques et sociales	Christel Colin
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale	Rémy Slama

Irdes	Institut de recherche et documentation en économie de la santé	Denis Raynaud
ODAS	Observatoire national de l'action sociale	Didier Lesueur Claudine Padieu
OFDT	Observatoire français des drogues et des toxicomanies	Julien Morel d' Arleux
ONDPS	Observatoire national de la démographie des professions de santé	Agnès Bocognano
ONS	Observatoire national du suicide	Valérie Ulrich
SDES	Service des données et des études statistiques (ministère de la transition écologique)	Béatrice Sédillot
SGCMAS	Secrétariat général des ministères sociaux	Muriel Vidalenc Laurent Pellen
SpF	Santé publique France	Geneviève Chène Marianne Jacquet Yann Lestrat Sandrine Ferri
SRE	Service des retraites de l'Etat	Guillaume Talon
UNAF	Union nationale des associations familiales	Yvon Seyriex
UNIOPSS	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux	Jérôme Voiturier Christine Chognot