

Colloque DREES-DSS

Le Renoncement aux soins

Espace Charenton, Paris, 22 novembre 2011

Renoncement à des soins et précarité

Philippe Warin - directeur de recherche au CNRS (PACTE/Odenore – Sciences-Po Grenoble)

La notion de « renoncement à des soins » fait aujourd’hui l’objet d’un travail de construction d’une catégorie d’analyse et d’action. Ce colloque organisé par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l’Evaluation et des Statistiques et la Direction de la Sécurité Sociale participe au processus. Le moment est important. Aussi n’est-il pas inutile d’interroger le sens de la notion de renoncement à des soins pour se doter d’une définition commune. Il ne semble pas en effet que cette définition soit totalement stabilisée. A l’instant, les interventions précédentes ont montré l’interchangeabilité des termes entre renoncement, non accès, absence de soins, etc.

Il s’agit donc de proposer une définition du renoncement. Pour cela, nous mettons en discussion la distinction que nous faisons à l’Odenore (Observatoire des non-recours aux droits et services - <http://odenore.msh-alpes.fr/>) entre renoncement à des soins et non-recours à des soins. Cette distinction permet de pointer les limites de certaines sources d’informations disponibles pour mesurer le renoncement. Elle a cependant des conséquences méthodologiques fortes pour l’approche (étude et action) du phénomène.

1. Renoncement et non-recours à des soins

Traditionnellement, le renoncement aux soins est établi sur une base déclarative : on demande aux personnes si elles ont renoncé à des soins sur une période donnée. Cela suppose qu’elles aient pris conscience d’un besoin de soins, auquel elles auraient renoncé, et que le système de santé soit susceptible d’y répondre : il s’agit par conséquent d’un besoin de soins identifié mais non satisfait.

En termes d’analyse, le renoncement renvoie donc en premier lieu à la question de l’identification du besoin de soins qui déclenche une « demande de soins »¹. Pour entrer dans un parcours de soins, il faut en effet pouvoir qualifier un trouble comme symptôme supposant une prise en charge médicale. Or, ce travail de qualification et d’interprétation met en jeu toute la culture du corps des individus : la manière dont le rapport au corps est socialisé, la manière dont la santé est valorisée, la manière de se représenter la maladie, le système de prise en charge, les soins ou le milieu médical sont ici déterminants. Mais il faut aussi donner à ce symptôme une certaine priorité dans les actions à entreprendre pour soi dans une situation de vie spécifique : diverses enquêtes ont montré que les personnes en situation de précarité reléguent souvent leur santé au second plan².

De son côté, la notion de non-recours à des soins renvoie à un besoin de soins avéré sur le plan médical, mais non satisfait. On n’est plus dans l’ordre du déclaratif, comme pour la notion de renoncement, mais dans celui du normatif puisque le non-recours est établi au regard de ce qui est

¹ Faizang S., *Pour une anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste*, Paris, Editions de l’EHESS, 1989. Parizot I., « Trajectoires sociales et modes de relations aux structures sanitaires », in Lebas J. et P. Chauvin (dir.), *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, 1998, pp. 33-43.

² Chauvin P. et I. Parizot (dir.), *Vulnérabilité sociale, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens*, Paris, Editions de la DIV, 2007, pp. 78-80. Chauvin P. et I. Parizot, « Précarité », in Fassin D et B. Hauray, (dir.), *Santé publique : l’état des savoirs*, Paris, La Découverte, 2010 : 279-290. Joubert M., « Crise du lien social et fragmentation de l’accès aux soins », *Revue Prévenir*, 1995, n° 28, pp. 93-104.

considéré du point de vue médical (à partir de l'état de connaissances de la médecine) comme un état de santé non traité médicalement.

Les deux notions ne se superposent pas nécessairement : les « renonçants » ne sont pas systématiquement des « non-recourants ». En plus d'être distinctes, ces notions ne s'incluent pas dans une relation réflexive du type *si renoncement alors non-recours* et réciproquement. Cette remarque est essentielle. Elle permet de noter l'existence de deux situations paradoxales :

- Une personne déclare renoncer à des soins, pourtant du point de vue médical elle n'a pas besoin de soins : Renoncement (Re) mais pas Non-recours (NR).
- Une personne ne déclare pas renoncer, pourtant du point de vue médical son état de santé nécessite des soins : pas de Renoncement (RE) mais Non-recours (NR)

En fait, chercheurs et acteurs sommes attentifs ou préoccupés par la population qui déclare renoncer pour diverses raisons (dont des raisons financières) et pour laquelle des soins sont nécessaires d'un point de vue médical. Or cette « population cible » (RE-NR) est théorique : généralement, nous ne savons pas si cette population qui déclare renoncer est effectivement en situation de non-recours. Ce ciblage approximatif concerne également d'autres populations types qui, pour être « paradoxales, ne représentent pas les mêmes enjeux en termes d'accès à la santé :

- Une première population « paradoxale » est celle qui déclare renoncer à des soins sans être en situation de non-recours (RE-NR). Du fait de l'importance de la question de la surconsommation de soins, cette population particulière est intéressante à identifier. Elle peut être composée en partie de personnes fortement préoccupées par leur santé, accédant probablement à des soins, mais insuffisamment selon elles. Il est possible que ces personnes soient prêtes à recourir davantage à des soins, de façon contrôlée ou pas (cas d'automédications non organisées).
- Si l'on parle de renoncement et de précarité (thème proposé pour cette intervention), la population la plus préoccupante est cette autre population « paradoxale » qui ne déclare pas renoncer à des soins mais qui est pourtant en situation de non-recours (RE-NR). De ce que l'on sait sur la précarité et la très grande précarité, notamment des travaux sur la souffrance psychique, est qu'à certains stades de précarité l'expression des besoins n'est plus possible. Les personnes ne sont plus en mesure de s'inscrire dans l'idée de besoins, même si elles sont parfaitement conscientes de leur état de santé dégradé. On peut ne plus recourir au dentiste (pas/plus de besoin exprimé alors même que des soins seraient nécessaires) et déclarer renoncer à des soins d'importance moindre médicalement parlant ; on peut aussi ne plus déclarer renoncer lorsque l'on a intériorisé l'obstacle financier (cette prothèse, cette psychothérapie, etc. sont définitivement hors de mes moyens) ; etc.

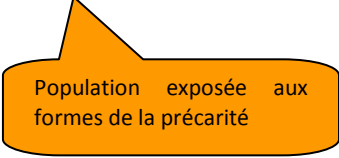
D'autres exemples indiquent que ce paradoxe n'est pas le fait des seuls grands précaires ou exclus. Ainsi par exemple, le constat nous a été rapporté par des professionnelles de centres de protection maternelle et infantile (PMI) qui observent de plus en plus la difficulté des parents à dire les besoins de leurs jeunes enfants et ainsi à faire part d'inquiétudes sur leur croissance, et par delà de demandes. Si l'on revient aux populations précaires, cela fait longtemps qu'ATD Quart-Monde a signalé ce problème majeur de l'indicible³.

³ Ce problème au cœur du débat actuel sur l'autonomie individuelle comme nouvelle norme des politiques publiques dès lors que l'on considère qu'être autonome c'est être en mesure d'exprimer ses besoins. Il a été développé par l'auteur lors du débat public avec Frédéric Worms et François de Singly, animé par Nicolas Duvoux, lors du forum de *La République des Idées* les 11-13 novembre à la MC2 de Grenoble.

Au total, la distinction entre renoncement et non-recours conduit à différencier des populations types et à pointer en particulier la population qui ne déclare pas renoncer à des soins mais qui est pourtant en situation de non-recours (RE-NR) :

Populations types

	Non-recours NR	Pas de Non-recours NR
Renoncement RE	Cible privilégiée	Population paradoxale
Pas de Renoncement RE	Population paradoxale	Population non visée



Population exposée aux formes de la précarité

A l'appui de cette distinction, il est possible d'interroger les limites des sources d'informations disponibles, sur lesquelles nous construisons observations et propositions d'action. C'est dire que les remarques suivantes ont pour but d'inviter à la réflexion, chercheurs et acteurs, sur les données nécessaires pour le pilotage d'une politique d'accès à la santé de populations différenciées.

2. Limites des sources d'informations disponibles

Les limites en question renvoient à l'absence d'information sur le renoncement quand on dispose d'informations sur le non-recours, et réciproquement. Pour illustrer ce constat, prenons deux exemples en lien avec des travaux de l'Odenore. Mais gardons-nous bien de le généraliser et de considérer qu'aucune source d'informations n'associe les deux. Il s'agit simplement de montrer que du travail reste à faire pour être doté au mieux de sources d'informations capables de rendre compte en même temps du renoncement et du non-recours.

La base de données RAIDE du Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examen de santé financés par l'Assurance Maladie (CETAF) intègre chaque année des informations sociales et médicales sur environ 600 000 consultants, dont plus de 30% de personnes définies comme précaires. Cette base de données, sur laquelle nous avons travaillé avec l'équipe « Inégalités de santé et précarité » dirigée par le Dr Jean-Jacques Moulin dans le cadre d'une recherche sur le non-recours aux soins des actifs précaires rendue fin 2008 à l'Agence Nationale de la Recherche⁴, comporte des questions sur le non-recours autour de trois critères définis sur le plan médical : « ne pas avoir consulté de médecin (généraliste ou spécialiste) au cours des 2 ans » ; « ne pas avoir consulté de dentiste au cours des 2 ans » ; « ne pas avoir de suivi gynécologique ».

Les requêtes statistiques effectuées sur une population de 1 137 991 personnes nous apprennent que les actifs précaires sont en moyenne deux fois plus en situation de non-recours que les actifs non-précaires. Certes il s'agit de déclarations (questionnaire proposé à chaque consultant lors de l'examen de santé), mais l'examen médical effectué lors de la consultation relève des critères cliniques (partant de mesures de taux de cholestérol, d'hypertension, de poids, ...) associés au non-recours. Cela étant, cette base de données de référence ne dispose d'aucune information sur le

⁴ Warin P. (coord.), Chauveaud C., Rode A. (Odenore), Chatain C., Gutton S., Labbe E., Moulin J.-J., Sass C. (CETAF), « Le non-recours aux soins des actifs précaires ». Rapport de recherche pour le programme Santé-Travail/Santé-Environnement de l'ANR, novembre 2008. <http://odenore.msh-alpes.fr/non-recours-aux-soins-actifs-precaires-rapport-final>

renoncement. Le questionnaire diffusé dans les Centres d'examens de santé n'interroge pas les consultants sur les soins dont ils pensent avoir besoin et qu'ils ne satisfont pas.

Cette absence d'informations empêche notamment de comparer non-recourants et recourants (précaires et non précaires) au regard de renoncements déclarés et ainsi de caractériser plus finement les populations paradoxales présentées plus haut. En particulier, parmi les actifs précaires (6 groupes avaient été distingués dans la recherche pour l'ANR) en situation de non-recours quels seraient les effectifs et les caractéristiques des personnes qui ne déclareraient pas renoncer à des soins ?

A l'inverse, le travail réalisé avec le Fonds CMU et la CPAM des Alpes de Haute-Provence sur les assurés sociaux éligibles à la CMU-C ou à l'ACS et sans complémentaire a intégré des questions sur le renoncement à des soins dans le questionnaire passé en 2011 auprès de 3 691 personnes⁵. On apprend ainsi que 44% des assurés éligibles à l'ACS et qui n'ont pas utilisé l'attestation (essentiellement à cause du reste à charge, sachant que près de la moitié de l'échantillon total dispose d'un reste à vivre – définition INSEE – égal ou inférieur à 200 € par mois) ont renoncé au moins une fois à des soins au cours de l'année. Ce n'est là qu'un des résultats fournis par cette étude. Pour autant, les données disponibles – ici celles de l'Assurance maladie pour l'identification des assurés sociaux et celles de l'enquête *ad hoc* pour l'information sur le renoncement – ne permettent pas de croiser des données médicales sur le non-recours. On ne peut pas ainsi départager les « renonçants non-recourants » des « renonçants pas non-recourants ».

Ces deux études montrent qu'en l'absence d'informations sur le renoncement ou sur le non-recours on ne peut pas véritablement identifier les populations types. C'est le cas de la plupart des travaux puisqu'il est généralement impossible de disposer de toutes les informations nécessaires. L'amélioration des sources d'informations disponibles est donc un enjeu majeur. Or cet enjeu est loin d'être simple au vu des questions méthodologiques auquel il renvoie. Par exemple, l'une d'entre elles est de savoir identifier les personnes qui auraient besoin d'être soignées mais n'en ont pas conscience, et par conséquent ne déclarent jamais renoncer à des soins ?⁶ Il faut pouvoir établir que ces personnes ont des besoins de soins et ne recourent pas à des services de soins : cela suppose de pouvoir mettre en évidence un « retard de soins » avéré sur le plan médical. Il faut donc posséder des informations médicales sur ces personnes, diagnostiquées en retard de soins au moment où elles sont prises en charge. Le chantier est grand ouvert.

Il est aussi possible de tirer deux conclusions intermédiaires de ces illustrations :

a) Si l'on accepte la distinction proposée par l'Odenore entre renoncement et non-recours, il convient alors de rééchelonner une série de termes et de considérer en particulier que le « retard » et l'« abandon de soins » précisent le non-recours, car relèvent d'un diagnostic médical, alors que le « report de soins », mais aussi le « renoncement barrière » et le « renoncement refus » introduits par Caroline Desprès dans son exposé, relèvent du déclaratif.

⁵ Warin P. (coord.), Poyaud-André I., Chauveaud C., Revil H. (Odenore), Loury I. tessier E. (CPAM 04), « Une action d'information pour accéder à la CMU-C ou à l'ACS. Résultats d'une étude menée dans les Alpes de Haute-Provence. Rapport d'étude pour le Fonds CMU, mars 2011.

<http://odenore.msh-alpes.fr/content/une-action-dinformation-pour-acc%C3%A9der-%C3%A0-la-cmu-c-ou-%C3%A0-lacs-r%C3%A9sultats-dune-%C3%A9tude-men%C3%A9e-dans-le>

⁶ De fait, dans les enquêtes menées sur base déclarative, les personnes qui indiquent ne pas renoncer à des soins sont considérées comme une catégorie de référence plus ou moins homogène et ne sont pas étudiées en tant que telles. Voir par exemple : Bazin F., Chauvin P. et I. Parizot, « Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans 5 ZUS de la région parisienne en 2011 », *Sciences sociales et santé*, 2011, vol. 24, n° 3, pp. 11-32

Termes connexes au renoncement et au non-recours à des soins

Renoncement – ordre du déclaratif	Non-recours – ordre du normatif
report	retard
renoncement barrière	abandon
renoncement refus	non observance
...	...

b) Si l'on retient cette définition du renoncement, il faut alors considérer que l'on ne peut expliquer le phénomène qu'en comprenant d'abord comment les personnes hiérarchisent leurs besoins et se prennent en charge, avant même de se demander à quels besoins elles renoncent et pourquoi. Dit autrement, la compréhension du renoncement oblige à déployer des enquêtes de sociologie compréhensive.

Il est en même temps essentiel de chercher à comprendre à quels soins les personnes renoncent. Nos enquêtes et d'autres tendent à montrer que les renoncements se portent plus particulièrement sur certains soins, au premier rang desquels les soins dentaires et optiques (notamment les travaux sur le renoncement à des soins dirigés par Pierre Chauvin et l'Enquête bisannuelle sur la santé et la protection sociale réalisée par l'IRDES). Pour autant, le renoncement relevé dans ces enquêtes mériterait d'être « contrôlé » par des données sur le non-recours avéré d'un point de vue médical.

3. Conséquences méthodologiques de la définition proposée du renoncement à des soins

La conséquence immédiate de la conclusion méthodologique précédente sur le passage nécessaire par une sociologie compréhensive pour expliquer et classer les situations de renoncement à des soins est que nous ne pouvons pas caractériser le renoncement seulement à partir de relations statistiques. Il faut aller au-delà des corrélations entre renoncement et diverses variables aussi prégnantes soient-elles, à commencer par la précarité financière.

Il est fortement question de raisons financières pour expliquer le renoncement. Dans un contexte d'évolution générale du coût de la santé, les déficits de la branche Maladie et de la Sécurité sociale ont atteint le montant record de 11,5 milliards d'€ en 2009 (10,3 en 2011). Aussi, pour réduire ces déficits, une part grandissante des coûts est transférée vers les usagers (notamment au travers des déremboursements). En même temps, l'absence d'assurance maladie complémentaire (et parfois de base) est un facteur avéré de renoncement à des soins pour raisons financières⁷. Or les cotisations demandées par les organismes complémentaires ont augmenté de 44% entre 2001 et 2008. Plus de 5 millions de personnes ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire, tandis que l'accroissement des dépenses pré-engagées dans le budget des ménages réduit d'autant le reste à vivre et ainsi les moyens disponibles pour se faire soigner. Cette situation générale accentue les inégalités sociales de santé, en limitant notamment l'accès aux soins primaires.

⁷ Revil H., « Le non-recours à la protection complémentaire gratuite ou aidée », ODENORE, *Document de travail*, n° 5, juin 2010 ; http://odenore.msh-alpes.fr/documents/OdenoreWP5_1.pdf ; Chauveaud C., Rode A. et P. Warin, « Le non-recours aux soins des actifs précaires », ODENORE, *Document de travail*, n° 2, juin 2010 http://odenore.msh-alpes.fr/documents/OdenoreWP2_1.pdf . Renahy E., Vallée J., Parizot I. et P. Chauvin, « Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2009 », Inserm U707, Rapport final pour la DREES, septembre 2011, à paraître. Wolff H, Gaspoz J.-M., Guessous I., "Health care renunciation for economic reasons in Switzerland", *Swiss Med Wkly*, 2011, Feb. 18:w13165. http://www.smw.ch/scripts/stream_pdf.php?doi=smw-2011-13165

Pour autant, l'explication financière n'est pas la seule⁸. Elle peut se combiner à d'autres, voire être secondaire même lorsque la situation économique des personnes est particulièrement précaire. Les situations de renoncement doivent donc être caractérisées sur différents plans, où entrent aussi en ligne de compte les connaissances, compétences et capacités des individus⁹ liées à leurs trajectoires sociales et à leurs relations personnelles¹⁰. Elles doivent aussi être classées car le renoncement peut renvoyer à des situations différentes en intensité (renoncement total ou partiel) ou en durée (renoncement plus ou moins temporaire, sinon définitif).

Ces mêmes enquêtes et d'autres travaux (notamment ceux de l'Odenore) signalent d'autres facteurs de renoncement, en particulier l'isolement relationnel. A titre d'exemple, la recherche réalisée avec le CETAF sur le non-recours aux soins des actifs précaires, signalée plus haut, démontre que le non-recours des précaires comme des non précaires est fortement lié au fait de « ne pas vivre en couple », à « l'absence de contact avec la famille », « l'absence d'aide matérielle ou de logement en cas de besoin », « l'absence de responsabilité vis-à-vis d'autrui ». Ces différentes variables multiplient par 1,2 à 2 le risque de non-recours au médecin ou au dentiste et d'absence de suivi gynécologique selon les populations de précaires.

L'isolement relationnel renvoie directement au phénomène de la solitude qui touche en France 4 millions de personnes aujourd'hui, dont la moitié dit en souffrir¹¹. Un tel facteur ne peut pas passer sous silence, même si l'explication financière du renoncement aux soins a la priorité. La combinaison précarité financière et solitude est un constat général préoccupant en Europe¹². La solitude touche aussi des populations jeunes pour lesquelles l'accès à la santé est parfois difficile. L'indicateur de la précarité étudiante mis au point par l'Odenore dans le cadre d'un partenariat avec le CEREQ et des Universités de Grenoble et de Bordeaux, montre que le renoncement aux soins est l'une des trois variables « gradients », c'est-à-dire caractérisant le mieux la progression de la précarité au fur et à mesure des 8 paliers (non précaires à très précaires) ; les deux autres variables étant le renoncement à des achats de première nécessité et le sentiment de solitude¹³.

Partant de résultats de ce type, des corrélations statistiques apparaissent entre précarité financière, faiblesse ou inexistence des supports relationnels et renoncement à des soins. Cela dit, une chose est d'établir des corrélations statistiques, une autre est de comprendre comment les facteurs identifiés du renoncement agissent ou pas comme activateurs, et dans quelles circonstances. Car toutes les personnes précaires financièrement et isolées ne renoncent pas à des soins, ni ne se trouvent en non-recours. La question est de savoir pourquoi pour certaines personnes la précarité financière et relationnelle active un renoncement à des soins et pourquoi chez d'autres cette même précarité ne déclenche rien de tel (sans ignorer la possibilité de renoncements à d'autres besoins, la santé pouvant être considérée comme prioritaire). La réponse à cette question se trouve à la fois dans les situations à un moment donné mais aussi dans les trajectoires sociales des personnes. Si l'objectif central est d'éviter des « *pertes de chances* » en santé pour des raisons financières, comme l'indiquait le Directeur de la Sécurité sociale lors d'un séminaire récent sur l'accessibilité financière

⁸ Parmi les travaux les plus récents, cette étude du CETAF pour le Fonds CMU, « Le renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C » réalisée auprès de 4589 consultants de centres d'examen de santé, indiquant comme autres raisons : les délais de rendez-vous trop importants, le manque de temps, les soins pas jugés utiles et le refus de la part de professionnels. Fonds CMU, Références, n° 44, juillet 2011, p. 3.

⁹ Peretti-Watel P. (coord.), « Les comportements à risque », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 919, Paris, La Documentation française.

¹⁰ Ferrand A., Appartenances multiples. Opinion plurielle, Lille, Presses du Septentrion, coll. "Le regard sociologique", 2011. Taze S., Ferrand A., « Les savoirs profanes sur le sida : des incertitudes rationnelles aux certitudes relationnelles », *Sociologie Santé*, 2007, n° 26, pp. 31-48. <http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00200380>

¹¹ Fondation de France, « Les solitudes en France en 2010 », juillet 2010. <http://www.onpes.gouv.fr/Les-solitudes-en-France-en-2010.html>

¹² Commission européenne, « Social participation and social isolation », *Eurostat Methodologies and Working papers*, 2010 edition. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-10-014/EN/KS-RA-10-014-EN.PDF

¹³ Vial B. « Indicateur de la précarité étudiante, construction et test : le non-recours au tutorat », Odenore, *Working paper* n° 6, février 2011. http://odenore.msh-alpes.fr/documents/odenorewp6_0.pdf

des soins¹⁴, encore faut-il – nous semble-t-il – comprendre comment le facteur financier (lui-même complexe) joue avec d'autres paramètres et surtout pourquoi à contraintes financières comparables des personnes renoncent à des soins et d'autres pas.

Conclusion

La distinction proposée ici entre renoncement à des soins (déclaratif) et non-recours à des soins (normatif) conduit à s'interroger sur la possibilité d'améliorer les sources d'informations de façon à aborder conjointement les deux phénomènes. Cet effort d'information est nécessaire car le recoupement du renoncement et du non-recours conduit à différencier des populations qui n'appellent pas les mêmes actions en matière d'accès à la santé. Entre la population qui déclare renoncer alors que médicalement parlant elle n'a pas besoin de soins en particulier et celle qui ne déclare pas renoncer alors que l'état de santé des personnes nécessiterait des soins, les actions à entreprendre n'ont pas les mêmes objectifs, ni même probablement les mêmes logiques. Succinctement, il s'agirait dans un cas de contrôler les comportements pour éviter des dépenses inutiles, dans l'autre d'aller vers les personnes pour rattraper des soins manquants et éviter ainsi de possibles surcoûts lorsque tôt ou tard elles arriveront en urgence dans des services de soins.

Un enjeu d'information est donc attendant à la construction de la notion de renoncement à des soins comme catégorie d'analyse et d'action. La définition proposée ici demande de développer une sociologie compréhensive de *ce que renoncer à des soins veut dire pour les personnes elles-mêmes* si l'on veut expliquer le phénomène. Ce choix méthodologique n'est pas simplement un enjeu pour la recherche. Il doit surtout permettre de comprendre comment différents facteurs agissent sur le renoncement dans la mesure où les réponses à apporter peuvent porter sur différents plans, financiers mais pas seulement, et engager différents acteurs, ceux de la santé mais pas uniquement, ni parfois même prioritairement.

¹⁴ Séminaire du 3 mars 2011 sur l'accessibilité financière des soins, animé par le Directeur de la Sécurité Sociale et la Directrice de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques