



## Résumé

# Données sur la santé des bénéficiaires de l'aide sociale – Analyse de faisabilité

**Rapport final à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)**

Robert Fluder, Oliver Hümbelin, Dorian Kessler et Renate Salzgeber

**Berne, le 4 juillet 2019**

# 1 Résumé et recommandations

Plusieurs études montrent que la santé des personnes ayant un faible revenu est sensiblement moins bonne par comparaison avec l'ensemble de la population (cf. notamment BFH, 2018). Ce phénomène ne concerne pas que la Suisse, mais s'observe aussi dans d'autres pays (Hümbelin, 2018) et touche en particulier les personnes tributaires de l'aide sociale (Lätsch et al. 2011 ; Beyeler et al. 2018). L'état de santé a une influence décisive sur le déroulement des trajectoires des bénéficiaires de l'aide sociale (Haller et al. 2013).

Différentes analyses menées en Suisse attestent que les personnes tributaires de l'aide sociale sont en moins bonne santé que le reste de la population. Toutefois, on manque de connaissances solides sur les liens entre santé, pauvreté et dépendance à l'aide sociale. De nombreux indices suggèrent que pauvreté et maladie vont de pair. Un mauvais état de santé compromet la capacité d'agir des personnes et leur aptitude à exercer une activité professionnelle. Les problèmes de santé peuvent donc être un facteur menant à la pauvreté et à l'aide sociale. Il est plus difficile de savoir si l'état de santé se détériore pendant la période de perception de l'aide sociale et, en particulier, de déterminer le rôle de la dépendance à l'aide sociale dans cette évolution. Aucune étude n'a été réalisée en Suisse sur ce sujet. En revanche, il est établi que les frais de santé sont en moyenne beaucoup plus élevés pour les bénéficiaires de l'aide sociale que pour le reste de la population (Reich et al. 2015 ; Wolffers, 2012). Il apparaît en outre que les personnes tributaires de l'aide sociale atteintes de troubles psychiques, mais n'ayant pas droit à une rente AI n'ont pratiquement aucune chance sur le marché du travail (Beyeler et al. 2018). Le processus de réinsertion est très souvent mis à mal par des problèmes de santé, qui contribuent à maintenir la personne dans la pauvreté. Il est donc nécessaire, pendant la période de perception de l'aide sociale, de développer des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies, en plus de celles visant à renforcer les ressources individuelles en vue de l'intégration professionnelle. À cet effet, il est indispensable de disposer de connaissances approfondies sur les problèmes de santé, leurs causes et leur impact sur les bénéficiaires de l'aide sociale.

En Suisse, il n'y a pas de données standardisées permettant d'évaluer et d'observer la situation en matière de santé chez les personnes tributaires de l'aide sociale. Face à ce constat, l'OFSP a chargé la BFH d'examiner, dans le cadre d'une étude de faisabilité, la possibilité d'exploiter sous une forme simple les données administratives existantes. Concrètement, il s'agissait de déterminer si les données relatives à l'aide sociale pouvaient être complétées par des informations tirées des enquêtes auprès de la population, de manière à répondre aux interrogations sur la santé des bénéficiaires de l'aide sociale.

Les bases de données ont été évaluées en fonction des questions suivantes :

1. Quel est l'état de santé des bénéficiaires de l'aide sociale et à quels problèmes de santé sont-ils confrontés ?
2. Quelle est l'évolution de l'état de santé pendant la période de perception de l'aide sociale ?
3. Quelles sont les prestations médicales auxquelles ont recours les bénéficiaires de l'aide sociale ? Observe-t-on des obstacles à l'accès à ces prestations ?
4. Dans quelle mesure les problèmes de santé compromettent-ils la (ré)insertion professionnelle ?

En partant d'un modèle global dans lequel la santé est décrite comme un état de bien-être subjectif et la capacité de s'adapter et de se prendre en charge face à des problèmes physiques, émotionnels et sociaux, nous avons défini trois dimensions essentielles de la santé :

1. le bien-être subjectif
2. les troubles et les maladies
3. les restrictions dans la vie quotidienne et au travail

Le modèle de la santé utilisé inclut également :

4. le système de santé et le recours aux soins de santé et
5. les ressources individuelles et le comportement en matière de santé

### 1.1.1 Sources de données prises en compte

Nous avons examiné trois types de sources susceptibles de fournir des informations sur l'état de santé des bénéficiaires de l'aide sociale :

1. les données des enquêtes menées auprès de la population
2. les données sur les prestations des assureurs-maladie
3. les données contenues dans les dossiers d'aide sociale

Parmi les *enquêtes* menées régulièrement *auprès de la population* suisse, nous avons retenu et évalué de façon plus approfondie trois sondages en raison de leurs caractéristiques et des questions traitées. L'enquête suisse sur la santé (ESS) constitue la source la plus complète renseignant sur toutes les dimensions de la santé. L'enquête suisse sur la population active (ESPA) présente quant à elle un large échantillon et contient des informations sur l'état de santé. Elle offre ainsi la possibilité d'effectuer des analyses concernant des sous-groupes de bénéficiaires de l'aide sociale. Dans l'optique de permettre une observation sur la durée, nous avons également sélectionné le Panel suisse de ménages (PSM), dans le cadre duquel les mêmes personnes sont interrogées chaque année sur une longue période. Ces données ont été mises en relation au niveau individuel avec celles de la statistique suisse des bénéficiaires de l'aide sociale afin d'établir dans quelle mesure elles permettraient de répondre aux questions posées.

L'enquête sur les revenus et les conditions de vie des ménages de l'Office fédéral de la statistique (SILC) se caractérise par un échantillon de taille moyenne, des informations moyennement détaillées sur la santé et une structure de panel limitée. Nous l'avons également prise en compte, car elle réunit les propriétés des trois sources de données susmentionnées. Toutefois, nous avons renoncé à un examen au niveau des données individuelles afin de réduire le travail de mise à disposition et d'association des données.

En ce qui concerne les *données sur les prestations des assureurs-maladie*, nous nous sommes limités aux deux grandes caisses HELSANA et SWICA. Toutes deux ont accepté dans le cadre de ce projet de fournir des renseignements sur la disponibilité et les modalités d'utilisation des données. En nous fondant sur des études publiées contenant des informations des assureurs-maladie ainsi que sur des entretiens avec des experts des deux caisses, nous avons examiné et évalué les données disponibles et leur qualité, ainsi que la possibilité de mise en relation avec la statistique des bénéficiaires de l'aide sociale et d'autres données.

Enfin, nous avons étudié l'option d'utiliser les informations sur la santé contenues dans les dossiers d'aide sociale établis par les travailleurs sociaux dans le cadre de la gestion des cas. Le service social de la ville de Berne a aimablement mis à notre disposition une sélection de dossiers. Il s'agissait en particulier de déterminer s'il était possible d'utiliser des processus automatisés pour extraire des dossiers les informations relatives à la santé (*text mining*).

Ces différentes sources de données ont été évaluées au moyen des critères suivants :

- Contiennent-elles des données de qualité suffisante sur les dimensions essentielles de la santé ?
- La taille de l'échantillon est-elle suffisante pour permettre des analyses détaillées ?
- Dans quelle mesure les données sont-elles représentatives de l'ensemble des bénéficiaires de l'aide sociale ?
- Permettent-elles d'analyser l'évolution sur la durée ?
- Sont-elles utilisables à des fins scientifiques, autrement dit le travail nécessaire pour acquérir, associer et analyser les données est-il raisonnable et légitime du point de vue du droit ?

### 1.1.2 Évaluation des sources de données sur la base des cinq critères

Au niveau du *contenu informatif*, l'ESS fournit des renseignements sur toutes les dimensions de la santé. Il s'agit toutefois, comme pour toutes les données issues de sondages, d'une autoévaluation et donc d'indicateurs fondés sur une opinion subjective. Au vu de notre analyse, les dossiers d'aide sociale contiennent eux aussi des informations sur toutes les dimensions de la santé. Celles-ci sont axées sur les problèmes et les ressources et sont fournies du point de vue des travailleurs sociaux. Les données des assureurs-maladie livrent quant à elles des informations complètes sur le recours aux soins de santé, mais elles se limitent aux prestations financées par la LAMal pour lesquelles une prise en charge a été sollicitée. Ces données présentent surtout l'avantage de pouvoir constituer des indicateurs sanitaires fondés sur une

évaluation par des professionnels ou des médecins, ce qui leur donne une certaine objectivité. Elles ne contiennent cependant pas d'indications sur le bien-être ni sur les difficultés d'accès aux soins de santé. La teneur en informations sur la santé est la plus faible dans l'ESPA, qui ne recense que quelques aspects (état de santé subjectif, maladies chroniques et restrictions dans les activités de la vie quotidienne). Le PSM et l'enquête SILC saisissent ces mêmes aspects, auxquels s'ajoutent d'autres indicateurs sur la santé. On peut donc les situer entre l'ESS et l'ESPA. L'état de santé subjectif est relevé de la même manière dans toutes les enquêtes et la qualité de cette variable peut être considérée comme bonne. Afin d'optimiser la taille de l'échantillon, il est donc possible d'exploiter ensemble toutes les données d'enquêtes portant sur cet aspect (analyse groupée).

En ce qui concerne la *taille de l'échantillon*, l'ESPA et les données des assureurs obtiennent la première place (cf. également Tableau 1). Les données des assureurs couvrent près de 30 % de la population et l'ESPA inclut à chaque enquête environ 1000 personnes ayant bénéficié de l'aide sociale durant l'année sous revue. En réunissant plusieurs années, on obtient un échantillon qui permet de réaliser des analyses détaillées. Si les échantillons sont moins larges dans l'ESS, on parvient néanmoins, en regroupant les années 2012 et 2017, à un échantillon suffisamment grand pour analyser une grande partie des questions posées (N = 557). S'agissant du PSM, l'échantillon de personnes tributaires de l'aide sociale est très limité. On ne dispose pas d'indications précises pour l'enquête SILC, mais l'échantillon annuel de bénéficiaires de l'aide sociale est très probablement comparable à celui de l'ESS. Pour les dossiers d'aide sociale, la taille de l'échantillon est un paramètre critique. Un grand échantillon engendrerait des coûts disproportionnés pour l'extraction des informations sur la santé. Le développement d'un processus de *text mining* automatisé requiert en effet un investissement relativement élevé.

Bien que la probabilité de participation à l'ESPA et à l'ESS soit nettement plus faible pour les personnes tributaires de l'aide sociale que pour le reste de la population, les échantillons de ces deux enquêtes sont suffisamment *représentatifs* de l'ensemble des bénéficiaires de l'aide sociale. Il est possible de corriger les biais existants par une pondération. En termes de représentativité, le PSM est relativement moins bon en raison des pertes importantes au niveau de l'échantillon, typiques des enquêtes menées sur plusieurs années (mortalité du panel). Il convient par ailleurs de souligner que les distorsions liées aux problèmes de langue chez des groupes d'étrangers n'ont pas été examinées en détail dans la présente étude de faisabilité. Il est possible d'effectuer des analyses détaillées par (groupes de) pays pour compléter l'évaluation de la représentativité et de corriger les éventuels biais au moyen d'une pondération.

Pour les dossiers d'aide sociale, la représentativité par service social peut être contrôlée de façon optimale par la sélection des dossiers. Toutefois, si l'on voulait en tirer des conclusions plus générales, si possible à l'échelle de la Suisse, il faudrait mettre au point un échantillonnage spécifique au niveau des services sociaux. Au vu de l'investissement important requis et de la faible disposition des services à collaborer, on atteint rapidement les limites en termes de faisabilité. En outre, les informations relatives à la santé sont saisies de manière différente dans chaque service et sont parfois disponibles uniquement sous une forme non structurée (généralement des notes dans les dossiers). Cela étant, l'algorithme de *text mining* mis au point pour un service social ne pourra probablement pas être transposé tel quel à d'autres services.

Aucune analyse de la représentativité n'a pu être effectuée pour les données des assureurs, du fait que celles-ci n'ont pas pu être mises en relation avec les données d'aide sociale. La limitation à deux caisses-maladie peut entraîner certains biais. Néanmoins, les deux assureurs comptent parmi leur effectif des personnes de toutes les régions du pays et des procédures de pondération ont déjà été développées pour l'analyse des données. La représentativité des données des assureurs peut donc être considérée comme bonne.

Les données des assureurs, le PSM et les dossiers d'aide sociale permettent de suivre l'évolution de la santé des personnes tributaires de l'aide sociale durant la période de perception des prestations. Sur cette base, il est possible d'observer l'état de santé des bénéficiaires sur plusieurs années. S'agissant des données des assureurs, seules les personnes affiliées sans interruption auprès de l'une des deux caisses peuvent être prises en compte. L'ESPA et l'enquête SILC comprennent elles aussi plusieurs mesures de la santé et offrent donc la possibilité de suivre l'évolution. L'ESS, par contre, ne permet pas d'observation directe des

changements. Il serait néanmoins possible de déterminer l'impact de la durée de perception de l'aide sociale sur la santé en recourant à des méthodes multivariées.

Les données issues des enquêtes sont facilement *accessibles*, même si on enregistre un léger décalage dans le temps. La mise en relation, le traitement et le contrôle nécessitent cependant un certain investissement. Les évaluations menées montrent que les données des assureurs présentent un fort potentiel. Toutefois, nous n'avons pas pu établir clairement, dans le cadre de l'étude de faisabilité, la légalité de leur utilisation. Pour cette raison, il n'a pas été possible de tester la mise en relation des données des assureurs avec celles de l'aide sociale. Il faudrait clarifier au préalable la situation au niveau juridique. En cas d'utilisation des données des assureurs, il serait indispensable de coopérer avec les caisses, qui ont déjà une longue expérience dans le traitement et l'analyse de leurs données à des fins scientifiques. L'exploitation des informations contenues dans les dossiers d'aide sociale requerrait un travail très important. Afin de pouvoir mettre en place un processus de *text mining* pour extraire les données relatives à la santé, il faudrait réaliser un avant-projet permettant de développer un instrument axé sur les questions à traiter dans le cadre du projet.

Le Tableau 1 résume les résultats de l'examen des sources de données à la lumière des cinq critères.

Tableau 1 : Évaluation des sources de données en ce qui concerne les informations relatives à la santé des bénéficiaires de l'aide sociale

	Sources de données				
	ESPA	ESS	PSM	Données des assureurs	Dossiers d'aide sociale (AS)
Contenu informatif	+	+++	++	++	++
Taille de l'échantillon	+++	++		+++ (données de registre, très grand nombre de bénéficiaires de l'AS)	+ (selon le travail requis)
Représentativité	+++	+++		++(+)	+ (uniquement certains services sociaux)
Informations sur l'évolution	++	+ (indirectement seulement, par la durée de perception)	+++	+++	+++
Disponibilité des données <sup>1</sup>	+++	+++	+++	+(+)	+

+ minimale (un seul aspect relevé, taille/représentativité minimales)

++ moyenne (plusieurs aspects/dimensions de la santé relevés, taille/représentativité suffisantes)

+++ bonne (tous les aspects/dimensions de la santé relevés, taille optimale permettant des analyses détaillées, bonne représentativité)

<sup>1</sup>Travail requis pour l'acquisition des données

### 1.1.3 Utilité des sources de données pour répondre aux quatre questions

Les critères ci-dessus sont pondérés différemment selon la question considérée. En d'autres termes, l'utilité des sources varie en fonction de la question à traiter. Le Tableau 2 montre pour chacune des questions les données à utiliser en priorité pour effectuer les analyses et celles qui pourraient être employées en complément (priorités 2 et 3).

En ce qui concerne l'évaluation de l'état de santé des bénéficiaires de l'aide sociale par rapport à la population, l'ESS constitue la meilleure source de données, car elle contient de nombreuses informations sur toutes les dimensions de la santé. Il s'agit toutefois de la perception subjective des personnes interrogées. Les échantillons des enquêtes 2012 et 2017 sont suffisants pour une appréciation générale de l'état de santé des bénéficiaires de l'aide sociale (p. ex. par comparaison avec l'ensemble de la population). Si l'on souhaite tirer des conclusions pour des sous-groupes, il faudrait utiliser en complément l'ESPA et/ou les données des assureurs. Ces dernières présentent l'avantage de fournir des informations « objectives », contrairement aux enquêtes, qui recueillent des évaluations subjectives. Ces données ne concernent toutefois que les maladies et les problèmes de santé liés à des prestations couvertes par la LAMal. Les données des assureurs permettent par ailleurs de réaliser des analyses à petite échelle, ce qui

peut s'avérer intéressant pour les questions relatives à l'importance de la région de prise en charge. Avec l'ESPA, les analyses géographiques se limitent aux grandes régions. La teneur en informations des dossiers d'aide sociale est bonne également, mais l'acquisition des données demande un travail jugé disproportionné. En outre, il serait difficile de comparer les analyses avec la population moyenne, vu que les données portent uniquement sur des bénéficiaires de l'aide sociale (les données des enquêtes et celles des assureurs contiennent toujours des informations sur l'ensemble de la population). En l'état actuel des connaissances, cette source n'entre donc pratiquement pas en ligne de compte.

Pour l'observation de *l'évolution de l'état de santé durant la période de perception de l'aide sociale*, il faut disposer dans l'idéal de plusieurs mesures de la santé à différents moments. Les données des assureurs représentent la source à privilégier, car elles sont disponibles de façon continue sur une période prolongée. Il faut cependant se limiter aux données concernant les personnes qui n'ont pas changé d'assureur durant la période d'observation, ce qui pourrait engendrer des effets de sélection (sachant qu'il n'est pas possible d'utiliser les données de tous les assurés). L'ESPA, l'enquête SILC et le PSM contiennent des indications sur l'état de santé subjectif à différents moments pour une grande partie des personnes interrogées. Comme ces données sont collectées de la même manière dans les trois enquêtes, il est possible de les regrouper. On obtient alors une base de données complète permettant d'analyser l'évolution de l'état de santé subjectif. Le PSM et l'enquête SILC relèvent en outre les symptômes dépressifs et le degré de satisfaction dans la vie, deux aspects que l'on peut aussi suivre sur la durée. Avec l'ESS, les changements ne peuvent être observés que de manière indirecte par la durée de perception de l'aide sociale. En utilisant une modélisation multivariée, on peut contrôler partiellement l'effet de sélection, autrement dit le fait que les problèmes de santé existant au début du soutien entraînent une dépendance prolongée à l'aide sociale. L'ESS présente l'avantage de permettre un suivi de l'évolution pour toutes les dimensions de la santé. Les changements au niveau des problèmes de santé pendant la période de perception de l'aide sociale peuvent également être relevés directement dans les dossiers des bénéficiaires.

Tableau 2 : Évaluation des sources de données pour répondre aux quatre questions

	Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3
Q1 : état de santé	ESS (toutes les dimensions de la santé peuvent être représentées)	ESPA, données des assureurs (analyses détaillées de petits groupes)	SILC (complément à l'ESPA), dossiers d'aide sociale
Q2 : évolution de la santé / trajectoires	Données des assureurs : indications sur les prestations ESPA, SILC, PSM : état de santé subjectif	ESS (analyses sur la durée de perception de l'aide sociale uniquement)	Dossiers d'aide sociale (informations sur les trajectoires)
Q3 : recours aux soins	Données des assureurs, ESS	SILC (obstacles financiers)	
Q4 : obstacle à l'intégration	ESPA (SILC) plus CI	Données des assureurs plus CI (prestations LAMal uniquement) Données de l'AI	Dossiers d'aide sociale (problématique abordée directement)

Les données des assureurs constituent la meilleure source pour connaître le *recours aux soins de santé*. Toutefois, celles-ci n'incluent pas les prestations qui ne sont pas traitées par l'assurance-maladie. En cas de franchise élevée, il n'est pas toujours certain que l'assureur ait connaissance de la totalité des prestations dont les assurés ont bénéficié (dès lors qu'il n'y a pas de prise en charge). Il n'est pas non plus possible d'identifier les cas de non-recours à des prestations sanitaires en raison de difficultés financières (obstacles à l'accès aux soins).

La question du non-recours au système de santé peut être examinée à l'aide des données issues des enquêtes, et ce sous deux perspectives. Premièrement, l'ESS fournit des données complètes sur les prestations de santé du point de vue des personnes interrogées. Lorsque l'on met en parallèle l'état de santé et le recours aux prestations, on peut déterminer si des personnes utilisent comparativement peu le système de santé alors qu'elles sont en mauvaise santé – et évaluer leur nombre. Cette analyse peut servir de point de départ pour examiner la problématique du non-recours aux soins et des obstacles (question 3). Deuxièmement, l'enquête SILC et le PSM contiennent des indications sur les cas dans lesquels des personnes renoncent aux soins pour des raisons financières. Les barrières financières empêchant l'accès aux prestations de santé y sont directement relevées. Par conséquent, l'ESS, l'enquête SILC et le PSM représentent des compléments utiles pour aborder cette question.



Pour la quatrième question, il est nécessaire d'obtenir des données permettant de mesurer l'*intégration professionnelle*. On peut utiliser pour ce faire les données des CI (comptes individuels de l'AVS), qui permettent de reconstituer les trajectoires professionnelles sur une longue période. À titre complémentaire, il serait possible de recourir aux données de l'AI, qui donnent des indications sur les cas dans lesquels l'affranchissement de l'aide sociale est lié à une atteinte à la santé. Pour relever l'état de santé, l'ESPA constitue la meilleure référence, à compléter éventuellement par l'enquête SILC et le PSM. On obtient un échantillon suffisamment grand de personnes dont l'état de santé a été saisi peu avant ou juste après le début du soutien et pour lesquelles il est possible de suivre l'intégration professionnelle sur la durée. On peut aussi utiliser, comme complément ou substitut, les données des assureurs relatives au recours aux soins. Celles-ci fournissent des informations sur la santé pour toute la période d'observation, ce qui permet de comparer l'évolution de ce paramètre avec celle de l'intégration professionnelle. Toutefois, cette source ne reflète pas les difficultés d'intégration des personnes qui connaissent des problèmes de santé, mais qui n'ont pas sollicité de prestations sanitaires. Enfin, les dossiers d'aide sociale contiennent eux aussi des informations sur l'impact des troubles de santé sur l'intégration professionnelle. Les données de l'ESS ne permettent pas de répondre à la quatrième question. Il faudrait disposer d'informations sur l'état de santé au début du soutien, qui devraient être mises en relation avec les résultats d'une observation consécutive de l'activité professionnelle sur une longue période. Avec l'ESS, l'échantillon se limite par conséquent aux nouveaux cas de perception de l'aide sociale dans l'enquête 2012, ce qui constitue un échantillon trop réduit pour traiter cette question.

#### 1.1.4 *Évaluation finale*

Mis à part le PSM, toutes les enquêtes présentent des échantillons suffisamment grands de personnes ayant bénéficié de l'aide sociale durant l'année sous revue. Les données des assureurs fournissent elles aussi des indications sur la santé pour un grand groupe de personnes tributaires de l'aide sociale. La représentativité des bénéficiaires de l'aide sociale interrogés est satisfaisante pour toutes les enquêtes, à l'exception du PSM. Il est possible de l'améliorer encore de façon notable en appliquant des méthodes de pondération. Les évaluations test effectuées montrent que l'état de santé des bénéficiaires de l'aide sociale est nettement moins bon que celui de la population en général. Toutes les données d'enquêtes prises en compte donnent des résultats analogues, ce qui traduit une bonne qualité. L'enquête SILC n'a pas fait l'objet d'analyses au niveau individuel, mais on admet que la représentativité des données des bénéficiaires de l'aide sociale interrogés correspond à celle de l'ESS et de l'ESPA, vu que ces dernières ont une conception similaire. Au niveau des dimensions de la santé examinées, l'enquête SILC se rapproche du PSM.

En ce qui concerne les données des assureurs, des clarifications sont nécessaires en vue de leur utilisation. Ces données présentent un fort potentiel susceptible de compléter les informations provenant des enquêtes, car elles fournissent des indications objectives sur le recours aux soins de santé sur une longue période. Les dossiers d'aide sociale contiennent eux aussi de nombreuses informations permettant de répondre aux quatre questions. L'exploitation de cette source de données nécessite toutefois un travail important générant des coûts élevés. Il faudrait de préférence réaliser un avant-projet permettant d'explorer les modalités d'acquisition des données en vue de développer un processus automatisé de type *text mining* pour extraire des dossiers les informations relatives à la santé.

#### 1.1.5 *Recommandation*

La plupart des informations sur la santé peuvent être tirées de l'ESS. En termes de volume et de représentativité, les données sur les bénéficiaires de l'aide sociale contenues dans cette enquête sont suffisantes pour des analyses générales de l'état de santé. Nous recommandons par conséquent d'utiliser l'ESS comme source principale pour l'évaluation (en regroupant les enquêtes 2012 et 2017). Toutefois, au niveau qualitatif, il n'est pas possible d'aborder toutes les questions de manière satisfaisante sur la seule base de l'ESS. Cette enquête atteint clairement ses limites lorsqu'il s'agit d'apprécier l'intégration professionnelle et l'évolution de l'état de santé durant la période de perception de l'aide sociale. En complément à l'ESS, il est donc conseillé d'utiliser l'ESPA, l'enquête SILC et, éventuellement, le PSM. L'état de santé subjectif est relevé de la même manière dans ces trois enquêtes et ces données fournissent plusieurs mesures de l'état de santé pour une même personne. Elles sont utiles avant tout pour observer l'évolution de l'état de santé durant la période de perception de l'aide sociale ainsi que pour évaluer l'intégration professionnelle. Bien que la représentativité des bénéficiaires de l'aide sociale interrogés soit satisfaisante (à l'exception du PSM), une pondération est recommandée pour optimiser la qualité des données. La statistique des bénéficiaires de l'aide sociale propose à cet égard différents critères.

Parallèlement aux informations issues des enquêtes, les *données des assureurs-maladie* contiennent des indications objectives concernant le recours aux soins de santé sur une longue période. Elles constituent une source complémentaire importante. Nous recommandons de clarifier la possibilité d'utiliser ces données et, dans la mesure du possible, d'y recourir en priorité 2 pour l'analyse des quatre questions.

S'agissant des *données contenues dans les dossiers d'aide sociale*, le travail requis pour leur exploitation paraît excessivement élevé. Il serait préférable de commencer par développer, dans le cadre d'un avant-projet, un processus de *text mining* pour l'extraction des informations relatives à la santé afin d'en évaluer plus précisément le potentiel.



