

Audition au CNIS du 13 janvier 2012

Propositions de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France pour l'évolution du questionnaire de recensement de la population

1- Intérêt d'inclure des données de santé dans le recensement de la population pour l'Agence régionale de santé

La création des Agences régionales de santé marque la volonté politique de renforcer le pilotage régional du système de santé pour lui permettre de mener des politiques plus adaptées aux besoins et aux spécificités de chaque population, de chaque territoire.

Le plan stratégique régional de santé (PSRS) publié par l'ARS Ile-de-France¹ affirme sa préoccupation d'apporter des réponses réellement adaptées au terrain local et aux populations. Pour développer une action de promotion de la santé, pour garantir la qualité d'un parcours de santé d'un individu ou pour assurer un accompagnement ou une prise en charge adéquats d'une personne dépendante, l'ARS doit rechercher la meilleure adaptation possible de ces services aux problèmes identifiés, aux **besoins manifestés au plus près des territoires**.

L'approche territoriale de la santé, en particulier à l'échelle infra-départementale des territoires de proximité, est pertinente pour lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé en ciblant davantage les actions sur des thématiques ou des populations prioritaires. Un dispositif innovant répond notamment à cet objectif, le contrat local de santé, signé entre l'Agence et une collectivité territoriale (commune ou communauté de communes). Il permet de mieux coordonner le projet régional de santé et les projets de santé portés par les collectivités les plus vulnérables. Ce contrat doit répondre à **des besoins de santé clairement identifiés**, dans le cadre d'un **diagnostic local de santé** partagé avec l'ensemble des acteurs y compris la population.

Or, si actuellement des données sont disponibles à **un niveau territorial fin** sur des déterminants de santé (éducation, emploi, revenu, logement, etc.) ou sur la mortalité, on ne dispose pas d'indicateurs systématiques de l'état de santé de la population qu'ils soient de nature déclarative ou diagnostiquée.

¹ Plan Stratégique Régional de Santé, septembre 2011. http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/1_Votre_ARS/3_Nos_Actions/3_PRS/psrs-idf-2011.pdf



Ainsi, l'inclusion de questions sur la santé dans le recensement de la population représenterait une opportunité très intéressante pour les agences régionales de santé, permettant ainsi de compléter le diagnostic local, de prioriser des territoires à un niveau géographique fin et d'évaluer au cours du temps l'impact sur la santé de la population d'actions mises en oeuvre.

2- Quel indicateur de santé dans le questionnaire du recensement de la population

Le recensement de la population étant basé sur un auto-questionnaire, l'état de santé sera mesuré de façon pertinente par des indicateurs de **santé ressentie**. Compte tenu des contraintes de taille du questionnaire, le Mini Module Européen sur la Santé, comprenant 3 questions, serait le plus approprié.

Ce mini module comporte différents avantages. Sa fiabilité a été validée². L'agence européenne de statistique, EUROSTAT, l'utilise dans le cadre du système européen de surveillance de la santé (EHSS). Il est utilisé dans le cadre de nombreuses études et recherches au niveau international et national (INSEE, INED, IRDES, INSERM).

Il investigate 3 domaines de la santé : la santé perçue, les maladies chroniques, les limitations fonctionnelles ou restrictions d'activité sur le long-terme.

- **Comment est votre état de santé en général ?**

1. Très bon - 2. Bon - 3. Assez bon - 4. Mauvais - 5. Très mauvais

- **Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ?**

1. Oui - 2. Non

- **Êtes-vous limité(e), depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé, dans les activités que les gens font habituellement ?**

1. Oui, fortement limité - 2. Oui, limité(e), mais pas fortement - 3. Non, pas limité du tout

Une autre dimension de la santé subjective nous semble importante à recueillir : la **santé psychologique et émotionnelle**. En effet, la santé mentale représente une problématique prioritaire des programmes de santé publique. Les outils standardisés pour évaluer un score de santé mentale sont multiples et font appel à une batterie de questions qui serait démesurée dans le contexte du questionnaire de recensement. En revanche, il serait possible après la question sur la santé en général, de recueillir en sus une information sur la santé physique et la santé psychologique et émotionnelle. Cette décomposition de la santé en général est utilisée dans la cohorte socio-épidémiologique francilienne SIRS (Santé, Inégalités et Ruptures Sociales). Cette décomposition est intéressante car dans la réponse à la santé en général, les personnes ne considèrent pas forcément la santé psychologique. On retrouve ainsi des discordances entre la santé physique et mentale. Dans la

² Cox B, van Oyen H, Cambois E, Jagger C, le Roy S, Robine J-M, Romieu I. The reliability of the Minimum European Health Module. *Int J Public Health* 54 (2009) :55-60.

cohorte SIRS, les femmes représentent 66,7% des personnes déclarant une mauvaise santé en général, 35,3% de celles déclarant un mauvais état de santé physique et 60,1% des celles rapportant un mauvais état de santé psychologique et émotionnel³.

Les questions à insérer seraient :

- **Comment est votre état de santé physique ?**

1. Très bon - 2. Bon - 3. Assez bon - 4. Mauvais - 5. Très mauvais

- **Comment est votre état de santé psychologique et émotionnel ?**

1. Très bon - 2. Bon - 3. Assez bon - 4. Mauvais - 5. Très mauvais

3- **Quelles interprétations de ces indicateurs ?**

Si la santé subjective est un bon prédicteur de mortalité⁴ et de consommation de soins⁵, elle résulte d'une agrégation de différentes informations sur sa santé dont dispose un individu (les pathologies diagnostiquées, sa norme de bonne santé dépendant de son environnement social et culturel, etc.) entraînant des discordances entre la perception de l'état de santé et un indicateur jugé plus objectif. Ainsi des travaux ont mis en évidence un certain nombre de facteurs expliquant ces discordances comme l'âge, le genre, le type de pathologie, le statut socio-économique, etc. Ces « biais de déclaration » affectent aussi les autres indicateurs de santé déclarée comme les maladies chroniques ou les limites fonctionnelles.

Ces indicateurs d'état de santé doivent nous permettre d'évaluer des besoins de santé, mais aussi les inégalités sociales de santé. Or l'ensemble de ces biais de déclaration liés aux caractéristiques sociodémographiques, économiques, pathologiques ou culturelles peuvent présenter un obstacle à l'analyse des inégalités de santé.

En France, à partir de l'enquête santé 2002-2003 de l'Insee, un travail sur l'hétérogénéité sociale de la déclaration de l'état de santé, impactant sur la mesure des inégalités sociales de santé, a été mené⁶.

Ses résultats nous permettent de prendre en compte ces différents biais de déclaration pour chacun des indicateurs, y compris un indicateur de santé mentale subjective. Il ressort que l'indicateur de maladie chronique est le plus biaisé et ne peut être considéré comme un bon indicateur de mesure des inégalités sociales de santé. Au contraire, les indicateurs de santé perçue, de limitation d'activité et de santé mentale, traduisant différents domaines de la santé, semblent moins biaisés et peuvent être utilisés avec intérêt selon les problématiques soulevées.

3 Roustit C, Campoy E, Renahy E, King G, Parizot I, Chauvin P. Family social environment in childhood and self-rated health in young adulthood. *BMC Public Health* 2011,11:949. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/949>

4 Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997, 38:21-37.

5 Desalvo K B, Fan V S, Mcdonell M B, Fihn S D. Predicting mortality and health care utilization with a single question, *Health Services Research* 2005, 40: 1234-46.

6 Devaux M, Jusot F, Sermet C, Tubeuf S. Hétérogénéité sociale de la déclaration de l'état de santé et mesure des inégalités de santé. *Revue Française des Affaires Sociales*, 2008/1,1 : 29-47.



4- **Quelle est la place de ces questions dans le recensement de la population ?**

La stratégie qui préside à ces propositions de questions sur la santé est **une inclusion dans le questionnaire** du recensement et non une enquête à part. En effet, l'opportunité pour les agences régionales de santé est de pouvoir disposer de données à un niveau géographique fin.

Une enquête complémentaire, qui serait alors remplie avec un taux d'exhaustivité inférieur à celui du questionnaire de recensement, risquerait de ne pas être interprétable à un niveau fin.

Nous avons conscience de la difficulté qui tient à la nécessité d'enlever d'autres questions présentes depuis de nombreuses années. Il n'est pas de notre légitimité de proposer des suppressions dans des champs autres que celui de la santé. Il nous semble cependant qu'un certain équilibre pourrait être apporté selon les thèmes et ainsi revoir la part de l'emploi dans le questionnaire (21 questions sur 30 du bulletin individuel).