

Intercommission CNIS – Statistiques sur la santé

17 septembre 2024

Cette note présente les finalités, méthodes et enjeux de coordination des statistiques publiques dans le domaine de la santé (partie 1), décrit les sources mobilisables pour cela (partie 2) et détaille plus spécifiquement les travaux de la DREES, service statistique des ministères en charge de la santé et des solidarités (partie 3).

Table des matières

1. Des statistiques publiques dans le domaine de la santé : Pourquoi ? Comment ?	2
2. Les principaux dispositifs d’observation statistiques de la santé	9
3. Les travaux de la DREES.....	17

Cette note se concentre sur le champ des statistiques démographiques et sociales dans le domaine de la santé. Le service statistique public, notamment la DREES, couvre d’autres thématiques dans ce domaine comme l’organisation de l’offre de soin ou les dépenses de santé et leur financement ; celles-ci ont été abordées lors de la [réunion de la commission « Services publics et services aux publics » du 21 mars 2024](#).

Par ailleurs, cette note ne traite pas les questions de handicap et de perte d’autonomie, dans la mesure où elles font l’objet d’un avis général et d’avis thématiques spécifiques distincts dans le cadre du moyen terme 2024-2028 du Conseil national de l’information statistique. Cette distinction est cependant pour partie conventionnelle. Il y a de très nombreux points d’adhérence : sur les sources mobilisables pour leur observation comme sur les phénomènes observés (d’une part, les problèmes de santé peuvent conduire à des situations de handicap ou de perte d’autonomie ; d’autre part, les personnes en situation de handicap ou de perte d’autonomie ont des besoins spécifiques en termes de santé ; enfin, il n’est pas toujours possible de séparer les prises en charge liées à des problèmes de santé, au handicap ou à la perte d’autonomie).

1. Des statistiques publiques dans le domaine de la santé : Pourquoi ? Comment ?

Les travaux du service statistique public relatifs à la santé qui s'inscrivent dans le champ des statistiques démographiques et sociales visent notamment à décrire :

- l'état de santé de la population et le recours aux soins ;
- les interactions entre la santé et les conditions de vie de la population, à travers la mesure des inégalités sociales et territoriales de santé ; ces interactions peuvent aller dans les deux sens : d'une part, comment les conditions de vie influent sur la santé et, d'autre part, comment la santé affecte les conditions de vie ;
- les relations entre la population et le système de santé, ce qui recouvre notamment l'accessibilité aux soins, géographique et financière, et les conditions de prise en charge.

Dans tous les cas, cela nécessite de recueillir des informations sur les événements de santé auxquels sont confrontées les personnes (les pathologies, leurs manifestations somatiques et psychologiques) et de qualifier leur état de santé. La population d'intérêt ne se limite naturellement pas aux personnes prises en charge par le système de santé mais à tous les individus, malades et en bonne santé.

D'autres organismes publics partagent avec le service statistique public cette activité de description de l'état de santé de la population, avec des objectifs différents ; à titre d'exemple, sans être exhaustif :

- recherche en santé (Institut national de la santé et de la recherche médicale [Inserm], Institut national du cancer [InCa], équipes universitaires) ;
- veille et surveillance sanitaire, expertise en santé publique (Santé publique France [SpF], Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Anses], Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [ANSM]) ;
- évaluation de la qualité des soins (Haute Autorité de santé [HAS]) ; analyse des dépenses de santé (Caisse nationale de l'Assurance maladie [Cnam]) ;

- description de l'organisation et de l'activité du système de santé (Cnam, Agence technique de l'information hospitalière [ATIH]).

Tous ces organismes diffusent des statistiques à des fins d'information générale, entrant de ce fait théoriquement dans le champ des statistiques publiques au sens de la [loi n° 51-711 du 7 juin 1951](#) sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques¹.

Le Conseil national de l'information statistique (Cnis) est appelé à jouer à la fois un rôle de coordination entre ces organismes qui produisent des statistiques publiques sur l'état de santé de la population et de concertation avec les usagers sur ce qui doit être compté et comment le mesurer. Cela passe principalement par l'examen pour avis d'opportunité des enquêtes statistiques de ces organismes qui le sollicitent et par la présentation annuelle de leurs programmes de travail.

L'Autorité de la statistique publique (ASP) est pour sa part également compétente sur l'ensemble des statistiques publiques, que leur producteur appartienne ou non au service statistique public². Ses missions de régulation participent aussi à la coordination entre les producteurs et à l'amélioration de l'appréhension des informations qu'ils produisent par les usagers à travers les procédures de labellisation et, plus récemment, de « reconnaissance de la qualification d'intérêt général ». Ces procédures constituent les deux volets de ce qui est appelé la « démarche statistique publique » (cf. encadré « La « démarche statistique publique » de l'Autorité de la statistique publique [ASP]).

Cependant, d'autres instances jouent de fait un rôle similaire en termes de coordination, de recueil des besoins et de contrôle de la qualité, même si ce n'est pas toujours directement dans leurs missions, avec des méthodes et critères potentiellement différents :

- les besoins des usagers en termes de statistiques publiques s'expriment aussi dans les instances de la démocratie en santé (Conseil national de santé [CNS]) ou de l'expertise sanitaire (Haut Conseil de santé publique [HCSP], Haut Conseil pour l'avenir de

¹ « Les statistiques publiques regroupent l'ensemble des productions issues : [...] 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. »

² L'article 1 du [décret du 3 mars 2009](#) relatif à l'Autorité de la statistique publique établit aussi que l'ASP « s'assure que la conception, la réalisation et la diffusion des productions issues 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 se font dans le respect des principes d'indépendance professionnelle, d'objectivité, d'impartialité, de pertinence et de qualité des données. »

l'assurance maladie [HCAAM]), ainsi qu'à travers les plans de santé publique du ministère en charge de la santé³ ;

- certains dispositifs d'observation dans le domaine de la santé font par ailleurs l'objet d'une gouvernance et d'une régulation spécifique, qui évalue leur qualité sur des critères qui peuvent aussi concerner les aspects statistiques (par exemple, le comité d'évaluation des registres [CER] et le comité stratégique des registres [CSR] pour les registres, le cadre de gouvernance du ministère en charge de l'enseignement supérieur et de la recherche pour les cohortes, le Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé [CESREES]).

Encadré - La « démarche statistique publique » de l'Autorité de la statistique publique (ASP)

Lors de sa création en 2009, l'ASP a mis en place, avec l'appui du Comité du label de la statistique publique, une démarche de labellisation d'intérêt général et de qualité statistique. Il s'agit de « *s'assurer que la conception, la réalisation et la diffusion des productions issues de l'exploitation, à des fins d'information générale, de données collectées par des administrations, des organismes publics et des organismes privés chargés d'une mission de service public se font dans le respect des principes d'indépendance professionnelle, d'objectivité, d'impartialité, de pertinence et de qualité des données* » et « *qu'elle peut attribuer un label d'intérêt général et de qualité statistiques aux productions qu'elle a examinées* ».

Les séries actuellement labellisées portent, dans le domaine de la santé, sur des séries statistiques produites respectivement par la Cnam et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (MSA).

Cette procédure exigeante a été complétée depuis 2021 par une démarche plus légère de « *reconnaissance de la qualification d'intérêt général* » ([arrêté du 23 décembre 2022](#)).

Cette reconnaissance repose sur un avis du Comité du label qui examine la transparence et l'accessibilité de la mise à disposition des séries statistiques proposées, au travers de leurs supports de diffusion, ainsi que de la documentation et des « métadonnées » qui les

³ En 2020, la direction générale de la santé a recensé une cinquantaine de plans de santé publique, dotés d'indicateurs de suivi pouvant constituer des statistiques publiques dans le domaine de la santé.

accompagnent (définitions, concepts, nomenclatures, méthodes d'élaboration, révisions éventuelles...).

Dans le domaine de la santé, la reconnaissance d'intérêt général a été obtenue par :

- Santé publique France (SpF) en 2021 pour les maladies à déclaration obligatoire, les indicateurs d'incidence et de prévalence de certaines pathologies, les indicateurs de résistance aux antibiotiques et les remontées d'information relatives aux noyades ;
- la MSA en 2022 pour le suivi des affections de longue durée ;
- la Cnam pour les statistiques relatives aux professionnels de santé libéraux (démographie, honoraires, activité et prescriptions).

Par ailleurs, des extensions sont en projet concernant les séries relatives aux indemnités journalières, aux risques professionnels et à leur sinistralité de la Cnam (accidents du travail, accidents de trajet et maladies professionnelles). Elles sont aussi possiblement envisagées concernant les affections de longue durée et, le cas échéant, l'incidence et la prévalence des pathologies, en complétant les suivis assurés par les agences sanitaires (SpF et Institut national du cancer [INCa]) et en examinant les données diffusées par les caisses de sécurité sociale (Cnam, MSA).

L'observation de la santé est par nature complexe. Ce n'est pas une grandeur unidimensionnelle et directement quantifiable, comme le niveau de vie ou la situation sur le marché du travail.

Elle peut être envisagée en premier lieu comme la mesure de l'incidence et de la prévalence des maladies ou de la perte d'autonomie. Plusieurs approches sont mobilisables, reposant sur des examens médicaux⁴ (diagnostics réalisés par des professionnels de santé, intégrant le cas échéant des examens d'aide au diagnostic : mesures physiologiques, tests biologiques, imagerie médicale, etc.), l'analyse des consommations de soins ou de compensation d'un handicap ou encore l'auto-déclaration des personnes. Lorsque le recueil de données ne repose

⁴ Ces diagnostics peuvent être réalisés spécifiquement pour les besoins de recueil de l'information, ou bien dans le cadre d'une réutilisation secondaire de données recueillies à l'occasion de la prise en charge des patients par le système de santé ; dans ce dernier cas, l'information est couverte par le secret médical.

pas sur des examens réalisés par des professionnels de santé, il n'est pas toujours possible de produire des statistiques selon les nomenclatures médicales de référence⁵.

Le choix de l'approche retenue dépend des objectifs poursuivis, des ressources disponibles et du cadre législatif ou réglementaire sur lequel repose la collecte d'informations. En particulier, les examens médicaux nécessitent l'intervention de professionnels de santé, ce qui coûte cher en plus de mobiliser les ressources du système de santé. Cela peut conduire naturellement à des définitions différentes des pathologies et des incidences ou prévalences mesurées, qui sont tout à fait légitimes et peuvent être expliquées, mais peuvent aussi compliquer l'appréhension par les usagers de l'ensemble des informations produites (cf. exemple sur les statistiques de prévalence du diabète en France).

Exemple – Les statistiques de prévalence du diabète en France

Le diabète est l'une des principales maladies chroniques en France, dont la prévalence augmente tendanciellement à âge donné. La prévention du diabète et sa prise en charge constituent des enjeux majeurs de santé publique et de dépenses de santé.

Plusieurs statistiques mesurent la prévalence du diabète en France, selon des approches et pour des finalités différentes, qui conduisent à un éventail d'estimations :

- L'enquête santé européenne (EHIS) de la DREES (et de l'Irdes, jusqu'en 2019), par auto-déclaration des personnes enquêtées ; le nombre de personnes concernées est rapporté à la population de référence de l'enquête, les personnes de 15 ans et plus vivant en logement ordinaire ;
- La cartographie des pathologies de la Cnam, par analyse des consommations de soins dans le SNDS ; le nombre de personnes concernées est rapporté au nombre de bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire ayant consommé des soins dans l'année ;

⁵ Principalement la classification internationale des maladies (CIM). Elle permet de classer les maladies mais également les signes, symptômes, lésions traumatiques, empoisonnements, circonstances sociales et causes externes de blessures ou de maladies. Elle est publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et est mondialement utilisée pour l'enregistrement des causes de morbidité et de mortalité touchant le domaine de la médecine. En France elle est utilisée notamment pour les statistiques sur les causes médicales de décès (CépiDC) et les statistiques de morbidité hospitalière (DREES).

- L'observatoire cartographique de santé publique (GÉODES) de Santé publique France, également par analyse des consommations de soins dans le SNDS ; le nombre de personnes concernées est rapporté aux estimations de population de l'Insee ;
- Le dispositif d'exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée (ALD) de la Cnam, par expertise médicale suivie d'une décision administrative ; le nombre de personnes concernées est rapporté au nombre de bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie.

Prévalence du diabète en 2019, selon différentes sources

			Taux de prévalence	Nombre de malades, en M
DREES	Enquête EHIS	15 ans et plus	7,4%	3,9
Cnam	Cartographie des pathologies (SNDS)	15 ans et plus	7,2%	3,9
Cnam	Dispositif ALD	15 ans et plus		2,9
SpF	Observatoire GÉODES (SNDS)	tous âges	5,2%	3,5
Cnam	Cartographie des pathologies (SNDS)	tous âges	6,0%	3,9
Cnam	Dispositif ALD	tous âges	4,6%	2,9

Le nombre de personnes diabétiques diffère sensiblement selon les sources, et les taux de prévalence ajoutent un facteur supplémentaire d'écarts, dans la mesure où chaque statistique rapporte ce nombre à des estimations de population différentes (résidents, assurés ou consommateurs).

L'observation de la santé ne peut cependant pas se limiter à l'étude de la morbidité (et de la mortalité et ses causes). En effet, l'Organisation mondiale de la santé (OMS), dans sa Constitution de 1948, a défini la santé comme « *un état de complet de bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Cela relève d'une mesure du ressenti.

Le service statistique public en France déploie énormément d'efforts pour rendre compte de ce qui est ressenti, souvent avec des dispositifs qui ont fait l'objet d'une réflexion au niveau international. La motivation première est de chercher à comprendre les écarts éventuels entre la mesure objective d'un phénomène et la perception que peut en avoir la population ; c'est un enjeu de confiance et de qualité, qui peut questionner en retour les conventions des statisticiens. La mesure du ressenti permet aussi de compléter des statistiques reposant sur des

données administratives, qui peuvent être biaisées par des comportements de non-recours ou de non-déclaration. La motivation est cependant un peu différente dans le domaine de la santé : il ne s'agit en effet pas tant de croiser une mesure objective avec la perception que peut en avoir la population (comme le pouvoir d'achat) ou de compléter l'observation d'événements qui échappent aux données administratives (comme les victimations) que de mesurer des phénomènes intrinsèquement subjectifs comme le bien-être.

La mesure de la santé perçue et de la qualité de vie en lien avec la santé ne relève toutefois pas seulement de l'information statistique sur l'état de santé de la population. Elle est également utilisée au niveau individuel, dans le cadre de la relation patients/soignant pour aider aux prises en charge adaptées des malades, médicales mais aussi psychologiques et sociales (réponse aux besoins, qualité), et au niveau populationnel, pour la définition et l'évaluation des actions et des plans de santé publique⁶. Cette diversité d'objectifs et de méthodes associées peut aussi compliquer l'appréhension par les usagers des informations produites.

S'il y a un consensus sur l'intérêt de compléter l'observation de la santé par des mesures subjectives du ressenti, l'analyse et l'interprétation des statistiques qui s'appuient dessus reste encore un champ de recherche. Le recours à des protocoles et questionnaires standardisés et à des mesures répétées est un prérequis, comme pour toute mesure subjective.

⁶ Le Haut Conseil de santé publique (HCSP) y a consacré un rapport en 2022 : [Usages et bon usage de la mesure de la santé perçue et de la qualité de vie en France](#)

2. Les principaux dispositifs d'observation statistiques de la santé⁷

Les principaux dispositifs d'observation statistiques de la santé peuvent être classés en trois grandes catégories, définies notamment par leur nature et leurs finalités : les bases de données médico-administratives, rassemblées désormais au sein de la base principale du système national de données de santé (SNDS), les enquêtes statistiques et les dispositifs épidémiologiques (registres, cohortes, dispositifs de surveillance).

Le système national de 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 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 médico-administratives sur la santé, l'offre de soins, la prise en charge médico-sociale et les dépenses. Il est utilisé de façon intensive par la DREES pour produire des statistiques sur l'état de santé de la population, ainsi que sur le système de santé et les dépenses de santé. La DREES bénéficie pour cela d'un accès permanent à ces données, de même que l'Insee ; s'ils en ont besoin, les autres membres du service statistique public doivent pour leur part recourir aux procédures d'accès de droit commun.

Le SNDS est sous la responsabilité de traitement conjointe de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) et de la Plateforme des données de santé (*Health Data Hub* [HDH]). Il est encore aujourd'hui géré de façon opérationnelle par la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) qui en assure la constitution. Les bases disponibles dans le SNDS⁸ sont à ce jour :

- les informations issues des remboursements effectués par l'ensemble des régimes d'assurance maladie pour les soins ambulatoires, rassemblées par la Cnam au sein du système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie (Sniiram) ;

⁷ Ce panorama des dispositifs d'observation statistiques en santé s'appuie très largement sur le travail remarquable de [« Cartographie des productions de statistiques publiques dans les domaines de la santé et de la solidarité »](#) (rapport IGAS n°2020-102R/IG-Insee n°2021_32, juin 2021).

⁸ Cette description du SNDS se concentre sur la « base principale », constituée historiquement autour des données médico-administratives exhaustives. Le SNDS est complété par un « catalogue » de bases de données issues principalement de registres de pathologies ou de cohortes épidémiologiques ; les enquêtes de la statistique publique dans le domaine de la santé peuvent aussi être inscrite à ce catalogue, comme l'enquête EpiCov.

- les données issues du recueil systématique et minimal d'informations administratives et médicales utilisées pour le financement des établissements de santé (tarification à l'activité) et l'organisation de l'offre de soins hospitalière, rassemblées par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) au sein de la base du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) ;
- les causes médicales de décès, codées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ; ce sont les données exploitées pour la production de la statistique annuelle sur les causes médicales de décès ;
- les données relatives aux vaccinations contre le Covid-19 et aux dépistages des cas de Covid-19, issues respectivement des systèmes d'information « Vaccin-Covid » et « SI-VIC » et recueillies durant la crise sanitaire.

À terme, doivent se rajouter notamment : les données relatives au handicap (en provenance des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) rassemblées la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), un échantillon de données en provenance des organismes d'assurance maladie complémentaire, les données recueillies par les services départementaux de protection maternelle et infantile, les données recueillies lors des visites médicales et de dépistage en milieu scolaire ainsi que les données recueillies par les services de prévention et de santé au travail. Cependant, hormis les données relatives au handicap, dont l'intégration au SNDS est prévue pour 2025, les autres extensions du SNDS sont à un stade peu avancé du fait de l'absence de systèmes d'information homogènes et inter-opérables pour ces recueils de données et d'opérateur chargé de l'agrégation et la consolidation au niveau national, étape préalable à l'intégration au SNDS par la Cnam.

Il s'agit de données individuelles, qui peuvent être chaînées pour une même personne, sur une profondeur de plus de 15 ans aujourd'hui. Le caractère universel de l'assurance maladie obligatoire en France permet de garantir une couverture large de la population. Le champ très étendu des soins remboursés par l'assurance maladie obligatoire (même si le taux de remboursement est parfois très faible) assure également une très bonne couverture des consommations de soins.

L'accès à cet entrepôt de données est relativement plus ouvert que l'accès aux données collectées par le service statistique public, sous réserve du respect du cadre juridique. Il peut

en effet être octroyé pour des finalités très étendues⁹ (III de l'[article L1461-1 du code de santé public](#)), alors que les données collectées par le service statistique public sont réservées à des fins de statistique publique ou de recherche scientifique ou historique. Il n'y a aucune restriction sur les destinataires¹⁰ ([article L1460-1 du code de santé publique](#)), là où la liste très limitative des finalités de l'accès aux données de la statistique publique induit de fait une restriction aux organismes dotés de missions conformes à ces finalités.

Les données médico-administratives du SNDS sont d'une richesse inestimable pour la recherche clinique et épidémiologique. En revanche, elles présentent quelques limites pour la production de statistiques publiques :

- le SNDS est exhaustif sur la population des bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire, qui ne correspond pas exactement à la population au sens du recensement ou des enquêtes auprès des ménages ;
- il contient peu de caractéristiques socio-démographiques (sexe, âge, commune de la dernière adresse déclarée à l'assurance maladie, bénéfice de dispositifs ciblés sur les personnes à faibles revenus ou en situation de précarité), essentielles pour la production de statistiques publiques répondant à la demande sociale sur de nombreux sujets, à commencer par les inégalités sociales de santé, les liens entre santé et travail, l'accessibilité aux soins, etc. ;
- le SNDS ne contient aucune information sur le non-recours aux soins et les besoins de santé non-satisfaits (par définition), sur les facteurs de risques et les comportements favorables ou défavorables à la santé, ou encore sur la santé perçue (*Patient-Reported Outcome Measures*, PROMs) et l'expérience des patients dans leur prise en charge par le système de santé (*Patient-Reported Experience Measures*, PREMs) ;
- enfin, il contient très peu de données médicales permettant de caractériser l'état de santé : uniquement les informations sur les consommations de soins et les prises en

⁹ L'information sur la santé ainsi que sur l'offre de soins, la prise en charge médico-sociale et leur qualité ; la définition, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé et de protection sociale ; la connaissance des dépenses de santé, des dépenses d'assurance maladie et des dépenses médico-sociales ; l'information des professionnels, des structures et des établissements de santé ou médico-sociaux sur leur activité ; la surveillance, la veille et la sécurité sanitaires ; la recherche, les études, l'évaluation et l'innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale.

¹⁰ Les citoyens, les usagers du système de santé, les professionnels de santé, les établissements de santé et leurs organisations représentatives ainsi que les organismes participant au financement de la couverture contre le risque maladie ou réalisant des traitements de données concernant la santé, les services de l'État, les institutions publiques compétentes en matière de santé et les organismes de presse

charge nécessaires à la facturation pour l'assurance maladie obligatoire (par exemple, pas d'information sur les motifs de consultation chez le médecin généraliste, les résultats d'examens biologiques ou les comptes-rendus opératoires) ; l'état de santé n'est donc pas connu mais peut être mesuré indirectement à partir de ces informations, à l'aide d'algorithmes nécessitant une validation externe complexe par une expertise médicale approfondie.

Les enquêtes statistiques

Les statistiques publiques sur la santé nécessitent de compléter l'exploitation des bases médico-administratives issues de l'assurance maladie (SNDS) par des enquêtes déclaratives. Celles-ci sont nécessaires pour mesurer l'état de santé des personnes, en lien avec les déterminants notamment sociaux et environnementaux de cet état de santé et les conditions de vie, de façon à appréhender des thématiques liées aux inégalités sociales de santé et l'accès aux soins.

Les enquêtes fournissent un état des lieux à une date de référence ; elles ont vocation à être répétées périodiquement afin d'assurer un suivi des évolutions. Ces enquêtes visant à mesurer des évolutions structurelles, une périodicité de quelques années est suffisante pour la production de statistiques, les évolutions d'une année sur l'autre n'étant en général pas significatives au regard de la précision atteignable par des enquêtes. La seule exception d'enquête statistique à une fréquence plus élevée, annuelle, est le Baromètre de Santé publique France (SpF), ainsi que les informations relatives à la santé recueillies dans l'enquête SRCV de l'Insee ; si les tendances d'une année sur l'autre restent fragiles, elles peuvent néanmoins être utiles pour mieux comprendre les évolutions entre deux observations pluriannuelles.

Au sein du service statistique public, ces enquêtes sont portées par la DREES, responsable notamment de l'enquête européenne de santé (EHIS), qui fait l'objet d'un règlement communautaire. Cette enquête a lieu tous les six 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 s'inscrivent dans le cadre de la statistique publique coordonné par le Cnis (avis d'opportunité et le cas échéant avis de conformité). Ils complètent ces enquêtes en population générale sur les questions plus spécifiques de périnatalité (Inserm-SpF-DREES), de

santé des enfants (DREES, SpF), de santé des personnes âgées (Université Paris Dauphine) de handicap (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, en partenariat avec l'Anses.

Encadré - La santé dans les enquêtes du service statistique public

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) assure la maîtrise d'ouvrage de toutes les enquêtes du service statistique public auprès de la population sur les thèmes de la santé. En population générale, il s'agit principalement des enquêtes périodiques suivantes :

- le volet français de l'enquête « Santé » européenne (*European Health Interview Survey, EHIS*) et son extension nationale dans les outre-mer, qui a désormais lieu tous les six ans ;
- l'enquête « Vie quotidienne et santé », premier volet du dispositif d'enquêtes sur l'autonomie lancé en 2021 et enquête-filtre pour la réalisation d'enquêtes plus ciblées sur les personnes en situation de handicap et leur entourage.

Le champ spécifique de la santé au travail est suivi par la direction de l'animation de la recherche et des statistiques (Dares). La Dares est ainsi responsable des enquêtes « Conditions de travail et risques psychosociaux », à une fréquence triennale, et des enquêtes « Surveillance médicale des expositions des salariés aux risques professionnels » (Sumer), environ tous les sept ans, 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.

Mais la santé est également abordée de façon plus légère dans de nombreuses autres enquêtes auprès des ménages du service statistique public, à travers :

- l'utilisation du « mini-module santé européen »¹¹ dans le tronc commun de ces enquêtes ; elle est obligatoire pour l'ensemble des enquêtes harmonisées européennes relevant du règlement-cadre européen sur les statistiques sociales (*Integrated European Social Statistics, IESS*)¹² et quasi-systématique dans toutes les autres enquêtes auprès des ménages ;
- la réalisation de modules *ad hoc*, réguliers ou ponctuels, sur la santé associés à des enquêtes sur d'autres thématiques ; c'est le cas notamment de l'enquête emploi en continu (EEC), l'enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) ou encore l'enquête sur le vécu et ressenti en matière de sécurité (VRS).

Enfin, une question sur les difficultés rencontrées par les personnes dans la vie quotidienne en raison de problèmes de santé durables (depuis plus de 6 mois) sera introduite dans les enquêtes annuelles de recensement de l'Insee, à compter de 2025. Il s'agit d'une question standardisée, qui fait partie également du « mini-module santé européen », utilisée pour estimer la prévalence des incapacités au sein de la population (*Global Activity Limitation Index, GALI*) et, partant de là, l'espérance de vie sans incapacité.

Les dispositifs épidémiologiques

La connaissance de l'état de santé de la population fait également l'objet de suivis de type épidémiologique à partir de cohortes, de déclarations dans le cadre de registres ou de dispositifs de surveillance. Ces dispositifs épidémiologiques relèvent, sauf exceptions, de cadres juridiques, de gouvernances et de méthodologies propres, distincts de ceux des statistiques publiques.

Les **cohortes** présentent des analogies avec les enquêtes statistiques ; elles reposent notamment sur la sélection d'un échantillon de la population d'intérêt qui fait l'objet d'interrogations déclaratives, mais en général couplées avec des examens médicaux et/ou biologiques. Elles relèvent cependant d'une logique quelque peu différente des enquêtes

¹¹ Le « mini-module santé européen (*Minimum European Health Module, MEHM*) est composé de trois questions sur l'état de santé déclaré, le fait d'avoir un problème de santé chronique et les difficultés rencontrées par les personnes dans la vie quotidienne en raison de problèmes de santé chroniques.

¹² Soit l'enquête emploi en continu (EEC), l'enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV), l'enquête sur la formation tout au long de la vie (FTLV) et l'enquête sur les technologies de l'information et de la communication auprès des ménages (TIC-Ménages), outre l'enquête santé européenne.

statistiques, à visée d'études et de recherche plutôt que d'établissement de statistiques descriptives. Il s'agit en effet d'infrastructures de recherche, qui 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)* »¹³. Cependant, certaines grandes cohortes épidémiologiques généralistes se sont inscrites également dans une démarche de statistique publique :

- La cohorte Constances, pilotée par l'Inserm : Constances est une cohorte épidémiologique « généraliste » constituée d'un échantillon de 200 000 adultes âgés de 18 à 69 ans à l'inclusion, recrutés entre 2012 et 2019. Les volontaires qui se sont engagés dans Constances bénéficient d'un examen de santé régulier dans les Centres d'examen de santé (CES) de la Sécurité sociale, répondent tous les ans à des questionnaires sur différents thèmes et acceptent un suivi passif dans les grandes bases de données nationales.
- La cohorte Elfe (étude longitudinale française depuis l'enfance) pilotée par l'Ined et l'Inserm : elle a débuté en 2011 avec l'inclusion de 18 300 enfants nés dans un échantillon de maternités métropolitaines. La cohorte a pour objectif d'analyser le développement de l'enfant dans son milieu, avec le souci d'étudier les différents facteurs en interaction tout au long de son parcours jusqu'à l'âge adulte : facteurs familiaux, sociaux, scolaires, culturels, comportementaux, environnementaux, sanitaires, nutritionnels.

Les **registres de morbidité** sont des 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, comme les cohortes, d'une gouvernance spécifique.

Enfin, la dernière catégorie de dispositif épidémiologique renvoie aux **dispositifs de surveillance**, pilotés notamment par Santé publique France dans son activité d'alerte et de

¹³ « [Les cohortes pour les études et la recherche en santé](#) », rapport IGÉSR-IGAS n° 2020-025, février 2020.

veille sanitaire. Ils sollicitent des sources variées. La représentativité n'est ni une condition nécessaire ni une condition suffisante pour un dispositif de surveillance efficace.

3. Les travaux de la DREES

Le dispositif d'observation de l'état de santé de la population de la DREES repose sur deux piliers : la réalisation d'enquêtes statistiques pluriannuelles sur la santé en population générale et l'exploitation du système national de données de santé (SNDS) pour la production de statistiques annuelles ou ponctuelles, dans le cadre d'études. La DREES développe en parallèle des appariements entre les données du SNDS et des sources statistiques de la DREES ou d'autres membres du service statistique public.

L'orientation de ces travaux statistiques vise à décrire les interactions entre la santé et les conditions de vie de la population d'une part, et les relations entre la population et le système de santé d'autre part. La DREES a développé par ailleurs une expertise spécifique sur la santé périnatale, la santé des enfants, la santé mentale et les causes de décès.

Outre la réponse à la demande sociale nationale, les travaux de la DREES sont aussi déterminés par le programme statistique européen dans le domaine de la santé et, subsidiairement, par les collectes des organisations internationales (OMS, OCDE).

Les enquêtes statistiques sur la santé

L'enquête santé européenne : La principale enquête statistique sur la santé de la population réalisée par la DREES est l'enquête santé européenne, qui relève du règlement-cadre européen sur les statistiques sociales (*Integrated European Social Statistics, IESS*).

Le dispositif a connu des évolutions au fil du temps. Il a pris le relais des enquêtes décennales de l'Insee sur la santé (5 éditions, des années 1960 aux années 2000), avec deux éditions (2008 et 2014) adossées à d'autres enquêtes, mais il est stabilisé depuis l'édition de 2019.

Le cœur du questionnaire, qui correspond au volet européen sous règlement, couvre 3 grandes thématiques : l'état de santé, le recours aux soins et les déterminants de santé. La prochaine édition en 2025 sera réalisée en partenariat avec l'Insee et mobilisera les outils de sa nouvelle filière d'enquête. La DREES va déployer un dispositif novateur, tirant parti à la fois de l'expérience de l'édition 2019, avec des extensions régionales dans chacun des 5 DRDM, et de l'enquête EpiCov conduite pendant la crise sanitaire :

- l'enquête « sante et recours aux soins » (ESR), correspondant à l'enquête sous règlement européen *stricto sensu*, en France métropolitaine, sur un échantillon de

20 000 personnes, selon un protocole multimode séquentiel classique (internet, téléphone, face-à-face) et avec un objectif de représentativité au niveau du territoire métropolitain ;

- l'enquête « sante outre-mer » (ESO), déclinaison régionale dans les cinq départements et régions d'outre-mer de l'ESR, selon un protocole adapté (face-à-face exclusivement, spécificités linguistiques, mesures physiques de poids et taille) ;
- l'enquête « santé et territoires » (EST), par téléphone et internet exclusivement sur un échantillon large de 200 000 personnes, avec deux objectifs : décliner les principaux indicateurs à l'échelle départementale et aborder des thématiques spécifiques non couvertes par le questionnaire-socle sur des sous-échantillons.

L'enquête « Vie quotidienne et santé » : L'autre grande enquête en population générale réalisée par la DREES (également en partenariat avec l'Insee) est l'enquête « Vie quotidienne et santé » (VQS), dont la dernière édition a eu lieu en 2021. Les objectifs de cette enquête sont de mieux connaître l'état de santé des Français, de disposer d'informations dans chaque département et de permettre de sélectionner l'échantillon de l'enquête Autonomie en logements ordinaires. L'enquête VQS est courte ; elle est posée à un large échantillon (225 000 ménages) représentatif au niveau départemental, permettant ainsi des comparaisons entre territoires. Sous diverses formes, elle a été réalisée tous les sept ans depuis 1999.

L'enquête PaRIS : De façon ponctuelle, la DREES a réalisé en 2023 le volet français de l'enquête internationale PaRIS (*Patient-Reported Indicator Survey*, littéralement « enquête sur les indicateurs renseignés par les patients »), menée simultanément dans 20 pays membres de l'OCDE, dont la France. Conduite auprès des médecins généralistes et de leurs patients, son objectif principal est d'analyser l'effet des pratiques des médecins sur l'expérience du patient et son état de santé et de comparer les pratiques entre les différents pays membres de l'OCDE participant à l'enquête. Elle cible plus particulièrement la prise en charge et le suivi des patients atteints de pathologies chroniques (par exemple diabète, hypertension artérielle, problème respiratoire ou encore problème cardiovasculaire). Les premiers résultats seront publiés à l'hiver 2025.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une enquête mais d'un indicateur et que la DREES ne soit pas responsable de la collecte des données mobilisée pour le calculer, il convient de signaler également l'**espérance de vie sans incapacité (EVS)**. C'est l'un des principaux indicateurs synthétiques de l'état de santé de la population (avec le taux de mortalité standardisé), dont

la notoriété est très importante. Il repose sur les résultats de l'enquête SRCV de l'Insee pour l'estimation des prévalences d'incapacités, et sur les statistiques démographiques de l'Insee pour les quotients de mortalité. L'introduction dans les enquêtes annuelles de recensement de l'Insee d'une question sur les incapacités permettra à terme de décliner finement cet indicateur au niveau territorial et selon les caractéristiques sociales.

L'exploitation du SNDS

L'exploitation du SNDS permet de produire chaque année des statistiques de référence sur la morbidité hospitalière, la santé périnatale, les interruptions volontaires de grossesse et, plus récemment, les hospitalisations pour gestes auto-infligés (tentatives de suicide), en lien avec les préoccupations croissantes sur la dégradation de la santé mentale des jeunes filles et jeunes femmes depuis la crise sanitaire.

En 2024, les études ponctuelles ont porté sur le recours des enfants aux orthophonistes, la prise en charge hospitalière des patients atteints du Covid-19, ou encore les relations entre distance aux maternités et santé périnatale (à venir). A cela s'ajoutent les publications annuelles accompagnant la mise à disposition des statistiques annuelles sur les interruptions volontaires de grossesse, les hospitalisations pour gestes auto-infligés et les causes médicales de décès¹⁴ (à venir).

Les appariements entre les enquêtes de la statistique publique et le SNDS

Les appariements de données individuelles sont encouragés de longue date par le Cnis pour développer et enrichir le système d'information statistique. Dans le domaine de l'observation de la santé, le SNDS, dans sa version actuelle et plus encore avec les perspectives d'élargissement prévues par la loi, offre des opportunités très étendues.

Comme cela a été expliqué plus haut, le SNDS exploité isolément présente quelques limites pour la production de statistiques publiques. Celles-ci peuvent être dépassées par l'appariement du SNDS avec des sources de la statistique publique, qu'il s'agisse d'enquêtes ou données administratives :

¹⁴ La production de la statistique annuelle sur les causes de décès est assurée par le CépiDC ; la publication accompagnant ces résultats est réalisée conjointement avec le CépiDC et Santé publique France.

- les données appariées constituent un échantillon représentatif de la population d'intérêt, au sens des autres dispositifs d'observation du service statistique public ;
- elles apportent des informations complémentaires, dans le domaine de la santé (non-recours, facteurs de risques, comportements, indicateurs subjectifs) ou dans d'autres domaines (position sociale, mobilités résidentielles, activité professionnelle, etc.) ;
- elles permettent de cibler des sous-populations d'intérêt non-identifiables dans le SNDS (étudiants, catégories socio-professionnelles, etc.).

En retour, le SNDS peut aussi améliorer la qualité et la pertinence des enquêtes dans le domaine de la santé :

- en réduisant la charge des répondants, en allant chercher directement dans le SNDS les informations collectées avec certaines questions (prévalence de maladies chroniques, recours aux soins notamment) ; cela permet par exemple de s'affranchir de certains biais bien identifiés dans les réponses à ces questions (biais de désirabilité, en matière de recours aux soins ; biais de mémoire, en ce qui concerne la fréquence de ces recours ; difficulté à bien identifier les soins dont on a bénéficié)¹⁵ ;
- en enrichissant la base de sondage pour améliorer la correction de la non-réponse, notamment si celle-ci n'est pas indépendante de l'état de santé des personnes (par exemple, personnes ne répondant pas à une enquête parce qu'elles sont hospitalisées au moment de la collecte) ;
- en construisant un panel avec les informations recueillies dans le SNDS couvrant les années autour de la période de collecte ;
- en confrontant les indicateurs de santé perçue avec les informations sur l'état de santé déduites des consommations de soins, pour évaluer ces indicateurs.

Plusieurs sources de la statistique publique ont déjà fait l'objet d'un appariement avec le SNDS par la DREES : l'échantillon démographique permanent (EDP-Santé) et les enquêtes de santé européennes de 2014 (ESPS) et 2019 (EHIS 2019). D'autres projets sont en cours, avec notamment l'enquête statistique sur les ressources et conditions de vie des ménages de 2023 (SRCV), l'enquête « Épidémiologie et conditions de vie sous le Covid-19 » (EpiCov) avec l'Inserm, le système d'information sur le suivi des étudiants (SISE) en partenariat avec le service

¹⁵ Sans s'y substituer totalement ; il peut être intéressant de continuer à recueillir ces informations auprès des personnes et d'étudier les biais que comportent les réponses.

statistique du ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, le recensement agricole en partenariat avec l'Insee et le volet français de l'enquête internationale de l'OCDE sur l'expérience des patients atteints de maladies chroniques de 2023 (PaRIS). En dehors de la DREES, la Dares apparie ses enquêtes sur les conditions de travail et les risques professionnels avec le SNDS depuis l'édition de 2016. Cela demande des moyens conséquents, d'abord pour constituer ces appariements et ensuite pour les exploiter.

Les premiers travaux sur l'EDP-Santé ont permis de documenter, pour la première fois de façon aussi fine et précise, les inégalités sociales d'incidence et de prévalence des maladies ainsi que leurs conséquences en termes d'hospitalisations potentiellement évitables, de recours à l'IVG, de survenue d'accident vasculaires cérébraux (AVC), leur prise en charge et leurs séquelles, de tentatives de suicides et d'exposition des enfants à la pollution atmosphérique.

Encadré – Le cadre juridique des appariements entre les enquêtes de la statistique publique et le SNDS

Les appariements entre le SNDS et des sources de la statistique publique par le service statistique public ainsi que la réutilisation des données appariées sont encadrés par trois régimes juridiques distincts, qui se cumulent :

- celui des sources de la statistique publique ([loi n° 51-711 du 7 juin 1951](#) sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques) ;
- celui des données de santé (section 3 du chapitre 3 de la [loi n° 78-17 du 6 janvier 1978](#) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés) ;
- celui du SNDS ([chapitre 1^{er} du titre VI du livre IV de la première partie du code de santé publique](#)).

Pour le service statistique public, comme pour tout autre organisme, la réalisation de ces appariements relève du régime d'autorisation par la CNIL après avis du comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé (CESREES). La CNIL a homologué un référentiel encadrant les traitements de données à caractère personnel à des fins d'étude, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine ([méthodologie de référence \[MR\] 004](#)). L'application de ce référentiel accompagnée d'une déclaration de mise en conformité peut remplacer l'autorisation de la

CNIL, mais les appariements avec le SNDS en sont exclus (ainsi que le traitement du NIR, qui est une condition nécessaire pour mener ces appariements).

En revanche, la réutilisation des données appariées à des fins de recherche peut dans certains cas entrer dans le champ de la MR-004, et ne pas nécessiter d'autorisation de la CNIL (et d'avis préalable du CESREES). Les conditions sont toutefois restrictives, et imposent pour cela que les personnes aient été préalablement et individuellement informées de l'appariement par le responsable de l'appariement ainsi que de la réutilisation éventuelle des données appariées à des fins de recherche par d'autres organismes.

Or ce n'est pas systématiquement le cas pour les sources de la statistique publique :

- pour des enquêtes statistiques, il faut que ces informations aient été dispensées dans les lettres-avis, ou alors que les personnes soient recontactées à cette fin (sous réserve que leurs coordonnées de contact aient été conservées) ;
- pour des données administratives, qui sont par nature recueillies indirectement auprès des personnes concernées, le service statistique public n'a pas de contact avec ces personnes ; elles devraient donc être recontactées à cette fin, sous réserve de disposer de leurs coordonnées de contact.

En pratique, seules certaines enquêtes statistiques dans le domaine de la santé prévoient une telle information (notamment l'enquête EHIS 2019) ; il n'est ni envisageable ni souhaitable d'étendre cette information à des enquêtes n'ayant pas de lien direct avec la santé, « au cas où » ces enquêtes seraient ultérieurement appariées au SNDS afin de faciliter l'accès des chercheurs aux données appariées. Aucune source administrative parmi celles mobilisées pour de tels appariements ne permet non plus de réaliser cette information ; c'est le cas en particulier de l'EDP.

Le cadre législatif n'empêche pas les chercheurs d'accéder aux sources de la statistique publique appariées au SNDS en l'absence d'information préalable et individuelle des personnes concernées. En revanche, le traitement n'est pas une simple réutilisation, les chercheurs doivent assumer la responsabilité de l'appariement ; cela oblige les chercheurs à demander pour cela l'autorisation de la CNIL, au lieu de recourir à la MR-004. Dans le cas de l'appariement entre l'EDP et le SNDS, la DREES accompagne activement les équipes de recherche dans leurs demandes d'autorisation¹⁶.

¹⁶ Pour toute information : https://drees_code.pages.drees.fr/OSAM/besp/doc-edpsante/.

Pour rappel : les avis du programme de moyen-terme 2024-2028 du Cnis en lien avec la santé

Avis général 7 : Mieux prendre en compte les besoins sociaux en matière de statistiques de santé et renforcer la coordination entre producteurs pour y répondre

La crise sanitaire a renforcé le besoin de disposer de données fiables, rapides et cohérentes sur l'état de santé de la population et l'offre de soins. Constatant plus généralement la difficulté des utilisateurs à appréhender l'ensemble des informations produites par les différents acteurs de la statistique publique, de la recherche épidémiologique ou d'autres administrations et leur articulation, le Conseil lancera, à l'issue de l'exercice d'état des lieux mené par le Système Statistique Européen, une concertation spécifique ou un groupe de travail, en vue de préciser le rôle de la statistique publique en matière de coordination des statistiques de santé, d'augmenter la visibilité des données existantes, de cerner les besoins statistiques insuffisamment couverts et de faire des propositions pour y répondre.

Avis SERPU n°1 : Évaluer les inégalités de santé en lien avec l'offre et la qualité du système de santé

Le Conseil réitère l'importance de développer l'information sur les inégalités, en particulier en matière de santé. Il soutient les travaux visant à une meilleure connaissance des conditions d'accès et de recours aux soins et des inégalités sociales et territoriales en la matière : information disponible, accessibilité, mais aussi qualité des services rendus (dont délais d'attente) et coût. Il s'agira en particulier d'exploiter les données existantes qui permettent d'évaluer la capacité du système de santé dans toutes ses dimensions (hôpital, médecine de ville, professionnels de santé, secteur médico-social) à répondre aux besoins des habitants.

Avis SERPU n°8 : Observer les inégalités d'accès aux services publics

Le Conseil encourage la poursuite des travaux visant à une meilleure connaissance des conditions d'accès aux services publics dans leurs différentes composantes : accès géographique, capacités à accomplir des démarches administratives dans le contexte de leur dématérialisation (littératie, illettrisme...), renoncement pour des raisons financières (d'accès à la santé, à l'éducation, à la prise en charge des personnes âgées ou en situation de handicap, inadéquation de l'offre aux besoins, discriminations potentielles... Il soutient

également la poursuite des travaux sur le non-recours aux droits sociaux et leur élargissement à des dimensions encore peu explorées telles que le non-recours à certains services publics.

Avis SERPU n°10 : Définir des indicateurs de qualité des services publics (du point de vue des usagers)

Le Conseil prend acte de la multiplicité et de l'hétérogénéité des données ou baromètres sur la qualité des services publics. Il réaffirme l'importance qu'il attache à ce que la statistique publique s'empare de cette question pour clarifier les concepts et identifier les indicateurs adaptés. Le conseil encourage la mise en place d'une large concertation autour de ce sujet.

Avis DQS n° 3 : Observer les inégalités sociales de santé

Les inégalités sociales de santé recouvrent les « différences systématiques, évitables et importantes dans le domaine de la santé » observées entre des groupes sociaux. Elles résultent d'une inégalité de distribution d'une multitude de déterminants socio-démographiques tels que le genre, le pays de naissance, l'origine sociale, la catégorie socio-professionnelle, le revenu, le lieu de vie... Le Conseil salue les travaux statistiques permettant de mesurer l'influence des déterminants sociaux, familiaux et territoriaux sur la santé d'une part et de suivre l'évolution des inégalités en matière de santé d'autre part et recommande de les poursuivre.

Le Conseil discutera des potentialités que pourra offrir l'appariement de sources existantes pour produire des données plus fréquentes et déclinées à une échelle infranationale, mais aussi de la mise en perspective de ces travaux dans un cadre européen ou international. Le Conseil examinera les possibilités de préciser les statistiques de morbidité et de mortalité, s'agissant notamment de la mortalité évitable ou de la morbidité et mortalité par profession.

Avis EDD n°10 : Santé et environnement

L'environnement est un déterminant majeur de la santé humaine, à travers différents facteurs : la qualité des milieux (air, eau, etc.), la pollution, les nuisances (bruit, insalubrité, etc.), les variations climatiques... Les activités humaines peuvent également avoir un impact sur la santé, notamment les activités industrielles, urbaines ou l'évolution des technologies. Le Conseil recommande de mobiliser les informations statistiques pour documenter l'impact de l'environnement sur la santé des personnes, en apportant un éclairage particulier sur les

inégalités socioéconomiques, territoriales et les professions les plus exposées (agriculteurs, conducteurs d'engins, ouvriers du BTP, etc...). Le conseil encourage le rapprochement des producteurs et utilisateurs de données statistiques sur la santé humaine, la santé animale et la santé environnementale dans le cadre de la démarche internationale « une seule santé » (*One Health*).