



Conseil national
de l'information statistique

Paris, le XX – n°XX/H030

COMMISSION « DEMOGRAPHIE ET QUESTIONS SOCIALES »

Réunion du 26 novembre 2024

COMPTE RENDU DE LA RÉUNION.....	2
LISTE DES DOCUMENTS PRÉPARATOIRES.....	33
AVIS D'OPPORTUNITÉ ET « 7BIS ».....	34

COMPTE RENDU DE LA RÉUNION DE
LA COMMISSION DEMOGRAPHIE ET QUESTIONS SOCIALES

- 26 novembre 2024 -

Président : Jean-Philippe VINQUANT

Rapporteurs : Christel COLIN
Christelle MINODIER

Responsable de la commission : Sylvie BLANC (01 87 69 57 10)

RAPPEL DE L'ordre du Jour

<u>INTRODUCTION.....</u>	<u>5</u>
<u>I. OBSERVER LES INEGALITES SOCIALE DE SANTE (Avis n°3 du programme de moyen terme) 5</u>	
<u>1. Les inégalités sociales d'espérance de vie (Nathalie Blanpain, Insee).....</u>	<u>5</u>
<u>2. Les progrès récents et à venir sur la mesure des inégalités de santé et de leurs déterminants (Benoît Ourliac, Drees).....</u>	<u>7</u>
<u>3. Les apports de l'enquête Santé européenne (EHIS).....</u>	<u>7</u>
<u>4. Discussion et mise en perspective (Marine Jean-Baptiste, Direction générale de la santé).....</u>	<u>13</u>
<u>5. Échanges et suivi d'avis de la commission.....</u>	<u>15</u>
<u>II. EXAMEN DE DEMANDES D'AVIS D'OPPORTUNITE.....</u>	<u>19</u>
<u>1. Enquête Voyages professionnels et personnels, Insee.....</u>	<u>19</u>
<u>2. Enquête Participation associative, Medes, Injep.....</u>	<u>20</u>
<u>3. Enquête Santé et substance en prison (ESSPRI), OFDT.....</u>	<u>22</u>
<u>4. Enquête Corpulence 7-9 ans, Santé Publique France.....</u>	<u>23</u>
<u>5. Enquête Panel Elipss, Science Po.....</u>	<u>25</u>
<u>CONCLUSION.....</u>	<u>26</u>

Liste des participants (à vérifier)

CRAVATTE	Céline	Cnis
BARADJI	Eva	Ministère de l'Éducation nationale et de la jeunesse
BAUCHAT	Barbara	Ministère de la Culture - DEPS-Doc
BIDAULT	Claire	Insee Bourgogne
BLANC	Sylvie	Cnis
BLANPAIN	Nathalie	Insee
BOUDET-BERQUIER	Julie	Santé Publique France
BOUSMAH	Magali	Cnis
BRUN	Patrick	Agence d'urbanisme agglomération de Lyon
CAILLAUD	Alain	
CANCEL	Sébastien	Cnis
CASTERAN SACRESTE	Bénédicté	Injep
COLIN	Christel	Insee
COUNIL	Émilie	INED
DANET-KELLY	Sandrine	Ministère de la Santé et de la prévention - DSS
DE PERETTI	Gaël	Ministère de la transformation et de la fonction publique - DGAFP
DEMOLY	Elvire	Ministère de la Santé et de la prévention - DREES
DEROYON	Thomas	Ministère de la Santé et de la prévention - DREES
DUÉE	Michel	
DURAND	Cécile	Santé Publique France
DUWEZ	Emmanuelle	CDSP
FILATRIAU	Olivier	Ministère de l'intérieur – SSMSI
FONTES-ROUSSEAU	Camille	Insee
FOUGERE	Erica	Santé Publique France
GACHARD	Mathilde	DDT du Bas Rhin
GAUTHIER	Alix	Injep
GONTHIER	Céline	ANCT
GUILLAUMAT-TAILLIET	François	Cnis
HADDAK	Mohamed Mouloud	Université Gustave Eiffel
IDOHOU	Emmanuel	Université Catholique de Louvain
JEAN-BAPTISTE	Marine	Ministère de la Santé et de la prévention
LAGANDRÉ	Véronique	FEPEM
LAGARENNE	Christine	Cnis
LAMBERT	Aurore	France Stratégie
LANOÉ	Jean-Louis	INED
LE MINEZ	Sylvie	Insee - DSDS
MAUROUX	Amélie	Injep
MARNAS	Annick	
MINODIER	Christelle	Ministère de la Santé et de la prévention - DREES
MOFAKHAMI	Malo	CEET
MONDEILH	Aude	Université de Toulouse
MORAND	Elisabeth	INED
NAM	Malick	Science Po
NGUYEN	Élise	UNAPL
OURLIAC	Benoît	Ministère de la Santé et de la prévention - DREES
PALA	Frédéric	Cnis
PELLETIER	Estelle	Agence d'urbanisme agglomération de Lyon
RECLARD	Typhenn	Cnis
ROCHUT	Julie	CNAV
SAVINA	Yannick	CNRS
SELZ	Marion-Marianne	SfDS
SERIEYX	Yvon	UNAF
SOLEILHAVOUP	Marine	
SOULLIER	Noémie	Santé Publique France
SOURD	Catherine	Insee Occitanie
SILKA	Stanislas	OFDT
SUJOBERT	Bernard	CGT
VERDOT	Charlotte	
VIDAL	Marie	CASD
VILAIN	Annick	Ministère de la Santé et de la prévention - DREES
VINQUANT	Jean-Philippe	Ministère de la Santé et de la prévention - IGAS

La séance est ouverte à 14 heures 30 sous la présidence de Jean-Philippe VINQUANT.

INTRODUCTION

Jean-Philippe VINQUANT, Président de la commission

Bonjour à toutes et à tous. Je propose de commencer notre réunion d'automne de la Commission de démographie et question sociale du CNIS. Le thème central de notre séance porte sur les inégalités sociales de santé, auquel nous consacrerons une large partie de notre réunion. Ensuite, nous examinerons les demandes d'avis transmises sur des enquêtes renouvelées ou lancées.

Avant d'entamer notre ordre du jour, j'informe que le secrétariat général du CNIS a été saisi par l'INSEE d'un souhait d'extension de l'enquête sur les personnes sans domicile fixe à la population des 16-17 ans, initialement centrée sur les 18 ans et plus. Suite à notre avis favorable en juin 2022 et à l'obtention du label par l'enquête, et compte tenu de l'intérêt d'inclure cette tranche d'âge, j'ai accordé cette extension de l'avis d'opportunité en tant que Président. L'enquête se déroulera entre le printemps 2024 et 2025, avec une première phase auprès des structures, suivie de l'enquête individuelle. Cette extension permettra d'obtenir des informations précieuses sur les jeunes errants, à la rue ou mineurs isolés, complétant ainsi d'autres enquêtes comme ELAP de l'INED.

Je constate qu'il n'y a pas d'objection à cette décision. Nous pouvons donc confirmer l'extension de l'avis d'opportunité pour l'enquête « personnes sans domicile » aux 16-17 ans.

Passons maintenant au premier point de notre ordre du jour : les inégalités sociales de santé. Ce sujet fait suite à l'avis numéro trois inscrit au moyen-terme de notre commission, intitulé « Observer les inégalités sociales de santé ». Notre objectif est de mieux éclairer les situations et les facteurs qui influencent l'état de santé en fonction des caractéristiques socio-économiques des personnes, tant au niveau ressenti que constaté. Nous nous inscrivons dans la continuité de l'inter-commission sur les données et statistiques de

santé du 17 septembre dernier, où la question des inégalités sociales de santé (ISS) et de leur meilleure connaissance avait été largement abordée.

On constate une attention croissante des services producteurs sur cette thématique depuis plusieurs années. Cela se reflète également dans l'avis d'opportunité demandé par Santé publique France pour l'enquête sur la corpulence des 7-9 ans, qui met l'accent sur l'égalité sociale.

Nous avons organisé cette réunion en trois temps : d'abord, des présentations par les services producteurs sur les enquêtes et démarches visant à mieux éclairer les ISS ; ensuite, une discussion sur les implications pour l'action publique et la politique de santé, avec l'intervention d'une représentante de la Direction générale de la santé ; enfin, un débat général avant que le Secrétariat Général ne propose un avis récapitulatif.

I. OBSERVER LES INEGALITES SOCIALE DE SANTE (Avis n°3 du programme de moyen terme)

1. Les inégalités sociales d'espérance de vie (Nathalie Blanpain, Insee)

Nathalie BLANPAIN, Insee

Je vais présenter les travaux de l'Insee sur l'espérance de vie en fonction du niveau de vie et de la catégorie sociale. Je vais présenter l'espérance de vie en général, puis par niveau de vie et par catégorie sociale.

Concernant l'espérance de vie en général, examinons les quotients de mortalité des hommes selon l'âge en 1970, 1995 et 2020. Le quotient de mortalité représente la probabilité de décès dans l'année. En 1970, les nouveau-nés de sexe masculin avaient 18 % de risque de mourir dans l'année, contre 4 pour 1 000 aujourd'hui. Pour les hommes de 80 ans, la probabilité est passée de 11 % en 1970 à 4 % actuellement.

L'espérance de vie permet de synthétiser ces données en un seul chiffre. Elle représente la durée de vie moyenne d'une génération fictive soumise aux conditions de mortalité d'une année donnée. Bien que théorique, cet indicateur reflète efficacement les conditions de mortalité et facilite les comparaisons entre années, pays ou catégories sociales.

L'espérance de vie des hommes en France est passée de 68,4 ans en 1970 à 73,8 ans en 1995, puis à environ 79,1 ans en 2020. La mortalité a donc diminué de façon similaire sur ces deux périodes de 25 ans, avec un gain d'environ 5 ans d'espérance de vie à chaque fois.

Concernant l'espérance de vie par niveau de vie, les quotients de mortalité varient significativement. Par exemple, à 50 ans, la probabilité de décès des hommes parmi les 5 % les plus pauvres est de 1 %, contre légèrement plus de 0,1 % pour les plus riches. Cette différence décuple presque le risque de mortalité dans l'année entre ces deux groupes.

Pour calculer l'espérance de vie, nous considérons une génération fictive soumise aux conditions de mortalité des 5 % les plus pauvres tout au long de leur vie. Bien que théorique, cette méthode mesure l'écart réel entre les courbes de mortalité des plus pauvres et des plus riches.

Les résultats montrent une espérance de vie à la naissance de 71,7 ans pour les 5 % les plus pauvres contre 84,4 ans pour les 5 % les plus riches chez les hommes, soit un écart de près de 13 ans. Concernant les femmes, l'espérance de vie varie de 80 ans pour les 5 % les plus pauvres à 88,3 ans pour les 5 % les plus riches, soit un écart de 8 ans.

Le graphique montre que plus on est riche, plus l'espérance de vie est élevée, mais aussi que plus on est riche, moins l'espérance de vie augmente rapidement. Par exemple, une augmentation de 100 euros mensuels de 1000 à 1100 euros entraîne un gain d'espérance de vie de 0,9 an pour les hommes et 0,7 an pour les femmes. En revanche, la même augmentation de 2000 à 2100 euros ne génère qu'un gain de 0,3 an pour les hommes et 0,2 an pour les femmes.

Plusieurs facteurs expliquent cette disparité d'espérance de vie :

- L'impact direct du niveau de vie sur la santé : les personnes aisées ont un meilleur accès aux soins et à une alimentation de qualité. Les enquêtes montrent que 11 % des adultes parmi les 20 % les plus modestes renoncent à consulter un médecin pour des raisons financières, contre seulement 1 % des adultes parmi les 20 % les plus aisés.

- L'influence indirecte du niveau de vie : le niveau de vie est associé à la catégorie socioprofessionnelle et au niveau d'éducation. Les cadres, par exemple, sont moins exposés aux accidents du travail. De même, 39 % des personnes âgées de 15 à 75 ans sans diplôme fument quotidiennement, contre 21 % des diplômés du supérieur.

- L'impact de la santé sur le niveau de vie : une santé défaillante peut réduire les opportunités économiques à chaque étape de la vie. L'état de santé peut avoir un impact significatif sur le parcours de vie et le niveau de vie des individus. Chez les jeunes, la maladie peut compromettre l'obtention d'un diplôme. Durant la vie active, elle peut entraîner une perte d'emploi et une baisse du niveau de vie. À la retraite, un faible niveau de vie peut être lié à une maladie chronique ou à des interruptions de carrière ayant réduit la pension.

Ces trois niveaux d'explication sont essentiels dans l'analyse de l'espérance de vie par niveau de vie.

Concernant l'espérance de vie par catégorie sociale, les données révèlent des écarts significatifs. En 2020-2022, l'espérance de vie à 35 ans des cadres surpasse celle des ouvriers. Chez les femmes, l'écart est de 3 ans, tandis qu'il atteint 5 ans chez les hommes. Il est notable que l'espérance de vie des femmes ouvrières dépasse légèrement celle des hommes cadres sur toute la période étudiée. Depuis les années 90, l'écart entre cadres et ouvriers s'est légèrement creusé pour les femmes, passant de 2,6 à 3,4 ans. En revanche, il s'est réduit chez les hommes, passant de 7 à 5 ans dans les années 2020.

Une analyse plus détaillée des catégories socioprofessionnelles montre que les hommes cadres de la fonction publique et des professions intellectuelles et artistiques ont une espérance de vie à 35 ans de 49,1 ans en 2020-2022. À l'opposé, les ouvriers peu qualifiés des secteurs industriels ou artisanaux ont une espérance de vie de 43,1 ans, soit un écart de 6 ans entre les cadres de la fonction publique et les ouvriers peu qualifiés. Chez les femmes, l'écart est d'environ quatre ans entre les cadres de la fonction publique (53,5 ans) et les ouvrières peu qualifiées (49,1 ans). Le classement global reste similaire à celui des hommes, avec quelques nuances comme les professeures des écoles se positionnant devant les cadres administratifs et commerciaux.

Ces catégories sociales détaillées ont été déterminées en prenant en compte celles représentant au moins 2,57 % des femmes ou des hommes. Cependant, il convient d'être prudent dans l'interprétation des résultats, car les intervalles de confiance peuvent atteindre plus ou moins 0,8 an pour certaines catégories. Il faut également tenir compte des potentielles erreurs de déclaration des enquêtés et des imputations effectuées, notamment pour les personnes âgées dont les données sont parfois incomplètes.

Pour approfondir le sujet, deux « Insee Première » ont été publiées, ainsi que des résultats détaillés comprenant les tables de mortalité par sexe, âge et catégorie sociale. Deux documents de travail expliquent également la méthodologie employée de manière approfondie.

Jean-Philippe VINQUANT

Merci pour cette présentation claire et détaillée.

Yvon SÉRIEYX, UNAF

Ma question porte sur les perspectives offertes par l'échantillon démographique permanent, notamment en termes de mortalité selon les trajectoires réelles. Dans ces parcours, on observe souvent des mobilités ascendantes ou descendantes, et des changements de catégorie sociale. Je m'interroge sur la corrélation entre un épisode de pauvreté ponctuelle ou une trajectoire familiale spécifique et le taux de mortalité. Je suis conscient que cette analyse peut être complexe, en raison d'un manque de données socio-fiscales sur une période suffisamment longue. Néanmoins, je souhaiterais savoir si cette approche fait partie de vos réflexions futures.

Nathalie BLANPAIN

Nous disposons de données sur les catégories sociales depuis le milieu des années 1970. Il est possible de calculer l'espérance de vie réelle d'une génération, mais uniquement lorsque cette génération est entièrement éteinte. Néanmoins, en utilisant les probabilités de 1970 à 2020, nous pourrions estimer la probabilité de décès entre 30 et 80 ans pour une personne âgée de 30 ans en 1970. Concernant le niveau de vie, nos données ne remontent qu'à 2011, ce qui limite considérablement l'analyse sur ce point.

Jean-Philippe VINQUANT

Il s'agit donc d'approches que vous avez commencé à regarder.

Nathalie BLANPAIN

Il serait nécessaire d'effectuer un travail d'estimation et de lissage pour les différents âges. Par ailleurs, pour calculer l'espérance de vie réelle d'une génération qui n'est pas entièrement éteinte, un travail de projection serait également nécessaire.

Jean-Philippe VINQUANT

Cela peut donc être une idée. Je cède maintenant la parole à Benoît Ourliac pour deux présentations.

- 2. Les progrès récents et à venir sur la mesure des inégalités de santé et de leurs déterminants (Benoît Ourliac, Drees)**
- 3. Les apports de l'enquête Santé européenne (EHIS)**

Les deux points sont présentés en même temps.

Benoît OURLIAC, Drees

Je vous remercie de m'avoir invité à présenter les travaux de la Drees sur l'observation des inégalités sociales de santé, les progrès et les perspectives. Je me concentrerai principalement sur nos recherches, tout en reconnaissant les contributions importantes d'autres organismes du service statistique public et d'institutions comme Santé publique France et l'INSERM.

- Les inégalités sociales de santé : comment les mesure-t-on ?

Les inégalités sociales de santé se définissent comme les disparités d'état de santé selon la position sociale. Il est important de noter qu'elles ne se limitent pas à une opposition entre les catégories sociales plus précaires et le reste de la population, mais forment un gradient continu sur l'ensemble de la population.

Leur mesure nécessite de grands échantillons pour contrôler la structure par âge et sexe entre les groupes sociaux, l'âge étant le principal déterminant de santé. Cette contrainte limite la granularité des analyses possibles.

L'étude des inégalités sociales de santé englobe non seulement l'état de santé, mais aussi ses déterminants et les facteurs de risques : comportements individuels, accès et recours aux soins, et exposition aux risques environnementaux.

Il faut souligner que ces inégalités décrivent des corrélations entre position sociale et état de santé, sans nécessairement établir de lien de causalité. Dans certains cas, des facteurs de risque peuvent influencer simultanément l'état de santé et la position sociale.

La mesure des inégalités sociales de santé s'effectue principalement par le biais d'enquêtes statistiques, en population générale ou ciblée, recueillant des informations sur l'état de santé, ses déterminants et la position sociale des individus. La position sociale peut être définie par le niveau de vie, la catégorie socioprofessionnelle ou le niveau d'études.

Les enquêtes du service statistique public recueillent un ensemble riche de caractéristiques socio-économiques harmonisées entre les différentes enquêtes, renvoyant à des concepts bien définis comme le niveau de vie. Elles permettent également d'obtenir des informations sur le ressenti et les comportements, impossibles à obtenir autrement. Cependant, la taille des échantillons peut être limitante pour décrire les inégalités sociales de manière détaillée. Par exemple, l'indicateur d'espérance de vie sans incapacité, produit à partir de l'enquête SRCV de l'Insee, ne peut être décliné que par sexe, sans possibilité de le calculer par catégorie socioprofessionnelle. De plus, les données déclaratives sur l'état de santé peuvent être biaisées pour diverses raisons : manque d'information des personnes sur leurs pathologies, biais de mémoire concernant le recours aux soins ou l'histoire de vie. Cela entraîne des questionnaires longs et complexes, avec des coûts élevés dans un contexte budgétaire contraint.

Il existe de nombreuses enquêtes présentées au CNIS, incluant des enquêtes en population générale, des enquêtes ciblées sur les personnes âgées ou dépendantes, sur les enfants et adolescents, ainsi que sur les travailleurs.

Les inégalités sociales de santé peuvent également être mesurées indirectement à partir des données médico-administratives rassemblées dans le Système National de Santé. Cet entrepôt de données exhaustif rassemble les informations sur les prises en charge remboursées par l'assurance maladie pour l'ensemble de la population française. Il permet de reconstituer les parcours de soins et d'en déduire l'état de santé et les pathologies des personnes. L'avantage de cette source est son exhaustivité et la richesse des données sur le recours aux soins, disponibles sur près de 20 ans. Cependant, elle comporte peu d'informations socio-économiques, limitant l'étude des inégalités sociales de santé. La seule information disponible est le bénéfice de l'Aide Médicale d'État ou de la Complémentaire Santé Solidaire, qui ne permet d'identifier qu'une partie des ménages précaires. De plus, il n'y a pas de mesure directe de l'état de santé, nécessitant la mise en place d'algorithmes pour identifier les pathologies à partir des informations sur les consommations de soins. Ce domaine fait l'objet de nombreuses recherches. Nous disposons désormais d'algorithmes partagés entre les organismes d'études et de recherche travaillant sur le SNDS, bien que leur utilisation reste complexe.

L'appariement des sources statistiques avec le SNDS offre le meilleur des deux mondes. Cela permet d'obtenir un échantillon représentatif tout en bénéficiant d'une grande richesse d'informations dans le domaine de la santé et au-delà. Cette approche réduit la charge de réponse et les biais, car une partie des informations est directement récupérée des données médico-administratives.

Actuellement, trois sources de la statistique publique sont appariées au SNDS et exploitées : l'échantillon démographique permanent, l'enquête santé européenne (EHIS) et l'enquête sur les conditions de travail et risques psychosociaux de la DARES de 2016. D'autres projets sont en cours d'autorisation ou d'instruction.

Le processus d'appariement au SNDS est complexe et comprend plusieurs étapes. Il débute par une phase de préparation du projet, suivie de l'obtention des autorisations réglementaires. Cela implique l'accord du comité du secret statistique, un avis positif du CESREES et une autorisation de la CNIL, qui peut prendre jusqu'à quatre mois. Ensuite, l'appariement des individus dépend des informations disponibles dans la source statistique appariée au SNDS. Si le NIR (numéro d'identification au répertoire des personnes physiques) est disponible, l'opération est immédiate. Sinon, une recherche dans le RNIPP ou le système national de gestion des identifiants est nécessaire, ce qui peut prendre jusqu'à douze mois. Pour les sources ne contenant que le code statistique non signifiant, la procédure reste à définir avec l'Insee. Enfin, l'extraction des données du SNDS correspondant aux individus identifiés est effectuée par la CNAM, avec un délai moyen actuel de dix mois. Ces délais reflètent la situation constatée en 2023.

La plateforme des données de santé devrait améliorer les extractions pour les appariements au SNDS, mais ce n'est pas encore le cas. L'appariement concret peut réserver des surprises malgré un identifiant théoriquement unique. L'exploitation des données prend du temps : entre l'initiation d'un projet et la publication des résultats, il faut compter deux ans et demi à trois ans. Ces projets nécessitent donc une anticipation importante.

- État des lieux : de l'ancien et du nouveau

Je vais maintenant présenter un panorama des connaissances actuelles sur les inégalités sociales de santé, en m'appuyant sur les méthodes traditionnelles (enquêtes statistiques) et nouvelles (SNDS et appariements).

L'enquête santé européenne (EHIS) est le principal dispositif d'observation à la Drees. Cette enquête harmonisée a lieu tous les six ans dans les pays européens et recueille des informations sur l'état de santé déclaré, le recours aux soins et les déterminants de santé. Les indicateurs sont déclinables selon l'âge, le sexe, le niveau de vie, le diplôme et la catégorie socioprofessionnelle.

Les résultats montrent de fortes inégalités dans tous les domaines de la santé. Les taux de prévalence varient selon le niveau de vie et le niveau de diplôme pour l'état de santé déclaré, les limitations d'activité, la santé mentale, les pathologies, les douleurs chroniques et les comportements de santé. Par exemple, la proportion de femmes de 45 ans et plus n'ayant pas réalisé de dépistage du cancer du sein depuis moins de deux ans varie de 15 % chez les plus aisées à 23 % chez les plus modestes. La consommation d'alcool fait exception, avec un gradient social inversé : les personnes les plus aisées consomment davantage, y compris pour les alcoolisations ponctuelles importantes.

L'enquête permet également de comparer les inégalités sociales entre pays européens. Par exemple, pour l'état de santé déclaré mauvais ou très mauvais, l'Italie présente les inégalités sociales les plus faibles et la Croatie les plus élevées. La France se situe proche de la moyenne de l'Union européenne dans les enquêtes harmonisées, occupant une position médiane sur la quasi-totalité des indicateurs. Cette position permet de mettre en perspective la situation française en termes d'inégalités sociales de santé.

L'Enquête santé européenne révèle que les ouvriers qualifiés et les salariés qualifiés déclarent plus souvent un état de santé dégradé que les cadres, tant sur le plan physique que mental. Les prévalences sont généralement plus élevées dans les pays d'Europe de l'Ouest et du Nord que dans ceux du Sud et de l'Est. En France, les inégalités sociales parmi les personnes en emploi sont légèrement plus marquées qu'en Europe, ce qui pourrait s'expliquer par une plus grande inclusivité du marché du travail français.

L'enquête santé de 2019 de la Drees a introduit un module spécial pour mesurer la littératie en santé, c'est-à-dire les compétences et connaissances permettant de comprendre et d'utiliser les informations relatives à la santé. Cette étude a révélé des inégalités territoriales significatives, notamment entre la France métropolitaine et les Outre-mer. Le niveau de littératie en santé est nettement plus faible dans les DROM, avec des difficultés deux à six fois plus élevées qu'en métropole.

L'analyse montre que la littératie en santé joue un rôle important dans la relation entre le faible niveau d'études et le mauvais état de santé déclaré. On estime qu'un quart à un tiers des inégalités sociales de santé liées au niveau d'études passe par ce faible niveau de littératie en santé. Ce constat est crucial car, contrairement à d'autres facteurs d'inégalités sociales de santé, la littératie en santé peut être influencée par le système de santé. Elle représente donc un levier potentiel pour les professionnels de santé et les politiques de santé publique dans la réduction des inégalités sociales de santé et l'amélioration de la prise en charge des patients.

Dans le cadre du projet EDP-Santé, nous avons réalisé un appariement entre l'échantillon démographique permanent et le SNDS. Ce projet, initié en 2016 et finalisé en 2021, a nécessité cinq ans de travail. L'EDP-Santé permet une description détaillée des caractéristiques sociodémographiques et des inégalités sociales de santé, grâce aux informations sur le niveau de vie de l'échantillon, qui représente 3 % de la population française. Cette base de données offre la possibilité d'observer des événements de santé rares, tels que les tentatives de suicide ou les AVC, difficilement étudiables dans des enquêtes statistiques classiques. Elle fournit également des données longitudinales, permettant de suivre les trajectoires de vie, l'enchaînement des événements de santé et les parcours de soins.

Concernant les maladies chroniques, nous avons pu mesurer leur incidence et leur prévalence. Nos résultats montrent que, pour la plupart des maladies chroniques étudiées, les personnes les plus modestes sont plus susceptibles de les développer et de vivre avec. Le ratio entre les 10 % les plus modestes et les 10 % les plus aisés peut atteindre 3 pour le diabète. Les cancers font exception, mais une analyse plus fine par localisation est en cours.

Nous avons observé que les risques diminuent graduellement le long de l'échelle des niveaux de vie, démontrant l'existence d'inégalités sociales de santé à tous les niveaux. Les maladies chroniques renforcent ces inégalités en matière d'espérance de vie, avec une contribution particulièrement importante des maladies psychiatriques et cardio-neurovasculaires aux écarts d'espérance de vie selon le niveau de vie.

Jean-Philippe VINQUANT

Compte tenu du temps limité dont nous disposons, je propose de passer rapidement en revue les caractéristiques principales de la prochaine enquête santé européenne. Les éléments présentés étant très riches, nous pourrions mettre la présentation complète à disposition ultérieurement.

Benoît OURLIAC

Concernant l'EDP-Santé, nous avons obtenu des résultats significatifs sur les tentatives de suicide, un événement rare que cet outil nous a permis d'observer. Pour les AVC, nous avons analysé la prise en charge des patients, notamment par les unités neurovasculaires qui réduisent les risques de séquelles et augmentent l'espérance de vie. Ces aspects sont fortement marqués socialement. Nous avons également examiné l'impact de la pollution de l'air sur la santé respiratoire des jeunes enfants, en distinguant les effets du lieu de résidence, de la prise en charge par le système de santé et du niveau de vie.

- L'enfance des inégalités sociales de santé

Concernant l'enfance et l'égalité sociale de santé, les inégalités commencent avant la naissance, dès le parcours de grossesse, avec des conséquences à long terme. Nous avons établi des liens de causalité entre l'état de santé à la naissance et à l'âge adulte, notamment pour les pathologies cardiovasculaires et métaboliques. Ces inégalités se creusent durant l'enfance et l'adolescence, étant déjà marquées à 17 ans, influencées à la fois par la situation sociale des parents et par la position scolaire des adolescents eux-mêmes.

- Les inégalités sociales de santé au temps du Covid

L'épidémie de Covid-19 a mis en lumière ces inégalités sociales de santé. En croisant les données fiscales et d'hospitalisation, nous avons observé un gradient social évoluant au fil des vagues de l'épidémie. L'enquête EpiCov, menée en partenariat avec l'INSERM et l'Insee, a révélé des inégalités dans le recours à la vaccination, avec un écart de 30 % entre les 10 % les plus aisés et les 10 % les plus modestes mi-2021. La défiance envers l'action gouvernementale et les capacités des scientifiques a joué un rôle majeur dans ces disparités.

- Inégalités sociales de santé et accès aux soins

Je n'ai malheureusement pas le temps d'aborder les inégalités sociales dans l'accès aux soins, mais je reste disponible pour répondre aux questions ultérieurement.

- Perspectives

Notre stratégie pour les quatre prochaines années repose sur deux piliers. Le premier est l'enquête de santé européenne prévue en 2025, avec deux extensions : une dans les Outre-mer et une territoriale pour produire des indicateurs de santé à l'échelle départementale. Le second pilier consiste en l'appariement entre les sources de la statistique publique et le SNDS, incluant des enquêtes et des données administratives.

Nous avons en cours d'autorisation un appariement entre l'enquête SRCV et le SNDS pour actualiser notre modèle de micro-simulation évaluant les taux d'effort et de reste à charge des ménages concernant les dépenses de santé. Un autre appariement est prévu avec le système d'information sur le suivi des étudiants du SIES pour produire des statistiques sur leur état de santé et leur recours aux soins.

Nous instruisons quatre autres appariements : un sur les enquêtes du dispositif autonomie de la Drees concernant les personnes dépendantes, un sur l'enquête EpiCov, un sur une base d'informations sur les agriculteurs exposés aux produits phytosanitaires, et enfin un sur l'enquête PaRIS de l'OCDE concernant l'expérience des patients dans leur relation avec leurs médecins généralistes.

Notre dispositif d'observation sera enrichi par l'extension prévue du SNDS, qui devrait inclure les données de la protection maternelle et infantile, de la médecine scolaire et de la santé au travail. Cependant, la réalisation de ces enrichissements dépendra de leur montée en charge et de la qualité des informations recueillies.

Nous espérons pouvoir faire un bilan positif de ces extensions en 2028, bien que je reste prudent quant à leur mise en œuvre complète. Il faut également prendre en compte les enquêtes statistiques d'autres producteurs de données, notamment l'Insee, qui collectent des informations sur la santé et le recours aux soins. Le recensement de la population intégrera dès l'année prochaine des informations sur les limitations d'activité. Cela permettra de produire des statistiques localisées sur les personnes en situation de handicap et d'étudier les inégalités sociales, notamment en calculant l'espérance de vie sans incapacité par catégorie sociale, niveau d'études, voire par profession. La DARES poursuivra ses enquêtes sur les conditions de travail et les risques psychosociaux. Santé publique France, l'INSERM et l'OFDT continueront leurs études, en particulier sur la santé des adolescents.

L'observation de la morbidité et de la mortalité par profession, sujet complexe, se situe à l'intersection de la statistique publique, de la surveillance épidémiologique et de la recherche en santé. Le lien entre profession et état de santé passe principalement par les conditions de travail et les risques psychosociaux, nécessitant une observation sur le long terme des trajectoires professionnelles. Pour obtenir des données détaillées par profession, au-delà des catégories socio-professionnelles agrégées, il faut disposer de très larges échantillons ou de données exhaustives. Les principales sources sont l'enquête sur les conditions de travail et risques psychosociaux de la DARES, appariée au SNDS, et l'EDP-Santé, chacune avec ses limites. La DARES a récemment publié un document de travail démontrant l'influence directe des conditions de travail et de l'exposition aux risques psychosociaux sur l'état de santé, à travers les consommations de soins observées dans le SNDS. Cependant, l'échantillon ne permet pas une analyse fine par profession. L'EDP-Santé, malgré sa taille importante, ne permet pas non plus d'atteindre un niveau de détail très fin par profession et ne contient pas d'information sur les conditions de travail. L'utilisation de matrices décrivant les conditions de travail moyennes par profession reste une approche indirecte.

Pour aller plus loin, il faudrait appairer une base statistique exhaustive sur la profession avec le système national des données de santé. La seule base existante est la base tout salarié de l'Insee, mais cela soulèverait des questions juridiques, techniques et organisationnelles importantes. Il convient d'évaluer la pertinence d'une telle opération et de déterminer quelle entité serait la plus à même de la prendre en charge, sachant que la statistique publique n'est pas nécessairement la plus légitime ou la plus utilisatrice de cet appariement.

Jean-Philippe VINQUANT

Les détails concernant le champ d'application de chaque module de la future enquête santé européenne sont disponibles dans la documentation fournie. Nous pouvons projeter ces informations pour une analyse plus approfondie. Pourriez-vous nous présenter brièvement les trois composantes d'enquête principales qui contribuent à l'EHIS ?

Benoît OURLIAC

Il y a le dispositif harmonisé européen en France métropolitaine, conformément aux exigences de l'Union européenne. En parallèle, nous conduisons deux autres enquêtes. La première est une déclinaison de l'enquête européenne dans chacun des DROM, exclus du règlement européen. Cette extension nous semble essentielle pour obtenir des statistiques représentatives de ces territoires, où les besoins en santé sont considérables et les enjeux de santé publique très différents de la métropole et entre eux. La seconde enquête, à grande échelle mais avec un questionnaire allégé, répond à une demande sociale et des acteurs publics locaux. Elle produira les principaux indicateurs de l'enquête à l'échelle de chaque département métropolitain.

Le dispositif européen ne couvre que les personnes de 15 ans et plus vivant en ménage ordinaire en France métropolitaine. Pour combler ces lacunes, nous ajoutons un module sur la santé des enfants dans notre questionnaire spécifique. Quant aux personnes vivant en institution, elles sont couvertes par le dispositif d'enquête autonomie de la Drees, qui inclut également les prisons et les sans-domicile.

La collecte s'étalera sur 2025 et 2026, en quatre vagues de trois mois. Les premiers résultats du volet européen seront disponibles fin 2026, avec une transmission à Eurostat en septembre 2026. Les résultats des autres volets et des études thématiques suivront, alimentant notre programme de travail en 2027 et 2028.

Jean-Philippe VINQUANT

Je vous remercie pour cette présentation riche en perspectives. Il est particulièrement pertinent de considérer des situations spécifiques pour certains publics et territoires, plutôt que de se limiter à une approche générale centrée sur la France métropolitaine et les adultes de plus de 16 ans.

Yvon SÉRIEYX

Les enfants de tous âges seront-ils couverts dans le champ d'étude ? Concernant la complexité de l'appariement avec le SNDS, je tiens à souligner que cette procédure ne serait pas adaptée en cas de nouvelle pandémie, en raison des délais importants qu'elle nécessite. Pour obtenir des données plus pertinentes sur la transmission interpersonnelle, il serait judicieux d'interroger des ménages complets plutôt que des individus isolés. Cette approche permettrait d'avoir une vision plus claire de la propagation au sein des foyers. Lors de la précédente pandémie, on nous avait assuré que l'appariement SNDS serait réalisé, mais nous constatons aujourd'hui que sa complexité le rend inadapté aux situations d'urgence sanitaire. Par conséquent, dans l'éventualité d'une nouvelle crise épidémique, ne devrions-nous pas envisager dès à présent de cibler les ménages plutôt que les individus ?

Benoît OURLIAC

Notre enquête ciblera les enfants de 3 à 15 ans. Dans chaque ménage interrogé, nous demanderons aux parents de sélectionner aléatoirement un enfant et de répondre pour lui. Avec la taille de notre échantillon, nous espérons obtenir des réponses pour environ 20 000 enfants, couvrant toute la tranche d'âge visée.

Concernant la réactivité en situation de crise, comme lors de la pandémie de Covid, les processus habituels sont bouleversés. Nous avons pu mettre en place l'enquête EpiCov en seulement un mois, ce qui est impossible en temps normal. Les crises permettent d'accélérer considérablement les procédures. En période de crise, nous ne pouvons pas nous appuyer uniquement sur le SNDS, car ce n'est pas un dispositif réactif. Les informations y sont intégrées au fur et à mesure des remboursements, avec un délai de consolidation d'au moins six mois. Lors de la crise du Covid, il a fallu mettre en place des systèmes d'information spécifiques pour suivre les hospitalisations, les résultats des tests, les contaminations et les vaccinations. Il ne faut donc pas considérer nos capacités en temps normal comme référence pour ce qui serait possible en temps de crise face à un risque sanitaire élevé.

Yvon SÉRIEYX

Ma remarque était que suite à cette crise, nous avons compris que pour réaliser un sondage efficace dans le cadre d'un phénomène épidémique, il est essentiel d'agir rapidement. En ce sens, l'unité de santé pertinente devrait être le ménage plutôt que l'individu. La mise en place d'un tel dispositif reste complexe et nous devons probablement faire face à d'autres défis similaires à l'avenir.

Benoît OURLIAC

Je pense que le choix de l'unité de sondage a été dicté par les contraintes de délais lors de la mise en place de l'enquête EpiCov. Compte tenu du temps imparti, il était plus judicieux de retenir l'individu comme unité de sondage plutôt que le ménage.

4. Discussion et mise en perspective (Marine Jean-Baptiste, Direction générale de la santé)

Marine JEAN-BAPTISTE, Direction générale de la santé

Le sujet des inégalités sociales de santé (ISS) figure comme un principe d'action central dans la stratégie nationale de santé actuelle et future, ainsi qu'un axe fort du projet stratégique de la Direction générale de la santé. Nous préférons parfois parler de « placer les solidarités au cœur des politiques de santé » pour rendre le concept plus accessible au grand public. Santé publique France travaille notamment sur la littératie en santé pour améliorer la communication sur les questions de santé auprès de tous les publics. Ces travaux influencent aussi la façon dont le ministère de la Santé et l'Assurance maladie communiquent avec leurs publics respectifs.

Pour intégrer efficacement les politiques de santé destinées aux publics vulnérables, nous devons d'abord identifier ces publics. S'agit-il de personnes à faible niveau de vie, de certaines professions, de foyers monoparentaux ? Ces questions sont cruciales pour cibler et adapter nos politiques aux besoins réels de la population.

Nous assistons actuellement à un changement de paradigme dans la prise en compte des ISS et l'importance de la prévention, notamment dès le plus jeune âge. Évaluer l'impact à long terme de ces politiques sur des facteurs comme les addictions ou l'activité physique reste complexe. Nous devons justifier l'importance accordée aux ISS et à la prévention en nous appuyant sur les taux de mortalité et de morbidité, à la fois pour convaincre les décideurs et le public du bien-fondé de nos propositions.

Dans un contexte de contraintes budgétaires, allouer davantage de crédits à ces publics spécifiques relève à la fois de la justice sociale et de l'efficacité des politiques publiques. Il est aussi important de déterminer si la France est performante en matière de lutte contre les ISS et de prévention, en nous comparant notamment à l'Allemagne, au Royaume-Uni ou aux pays nordiques et en tirant des enseignements.

Les ISS étant un gradient, nous devons adopter une approche d'universalisme proportionné, en accordant plus d'attention aux personnes vulnérables tout en maintenant des politiques universelles. Certaines mesures doivent être spécifiquement conçues pour les publics les plus vulnérables, comme les personnes en institution, ou les familles monoparentales.

Un exemple récent d'intégration des ISS dans les politiques de santé est le dispositif des « rendez-vous prévention ». Bien qu'universel, le défi consiste à cibler particulièrement les publics vulnérables pour garantir leur accès à ce nouveau service. Pour améliorer l'efficacité de l'approche « aller vers », nous devons nous interroger sur nos méthodes d'information et d'explication, en particulier pour les personnes qui bénéficieraient le plus de ces actions. Il est crucial d'adapter nos ressources en aval, de former et d'outiller le personnel pour répondre adéquatement aux besoins spécifiques de chaque territoire. Les rendez-vous de prévention sont pertinents pour tous, avec quatre âges clés identifiés : 18-25 ans, 40-45 ans, 55-60 ans et 65-70 ans. Ces consultations permettent de faire le point sur les habitudes et l'environnement de vie, dans le but d'apporter des modifications bénéfiques. Le dispositif se veut englobant, offrant une prise en charge personnalisée qui traite les principaux facteurs de risque de chaque individu. Cette approche se distingue des interventions habituelles par silo.

Cette nouvelle approche modifie la conception des politiques de prévention et la façon dont les professionnels accueillent ces publics. Elle implique un changement de posture, prenant en compte le vécu, les attentes et les besoins de chacun. Ce changement est essentiel dans la lutte contre les inégalités sociales de santé et l'amélioration de la littératie en santé.

Nous nous concentrons sur les déterminants de santé majeurs : tabac, alcool, activité physique et alimentation. La santé mentale s'ajoute comme un facteur crucial, formant un continuum dès la naissance. La mesure du capital en santé mentale et ses interactions avec divers facteurs (contexte social, politique, éco-anxiété, estime de soi) restent des défis complexes à relever. Le manque de données sur les troubles psychiques légers constitue un angle mort important. Nous poursuivons nos efforts pour combler ces lacunes et élaborer des politiques publiques adaptées.

Le lien entre santé mentale et addictions mérite une attention particulière, tout comme la corrélation entre les catégories socioprofessionnelles et la consommation d'alcool. Ces observations peuvent influencer les politiques fiscales liées à l'alcool.

L'interaction entre inégalités sociales de santé et santé environnementale est un autre domaine nécessitant davantage de recherches. Cela inclut l'impact du logement, des conditions de travail et de l'exposition à la pollution sur la santé.

Enfin, il est primordial de souligner le lien entre inégalités sociales et territoriales de santé. L'inclusion systématique des territoires d'Outre-mer dans les études est cruciale pour obtenir des informations complètes et pertinentes, permettant ainsi de mieux outiller et soutenir ces régions. Dans les territoires isolés et ruraux, nous soutenons l'administration agricole et les lycées agricoles pour mettre en place des actions, tout en nous concentrant également sur les quartiers prioritaires de la ville.

Notre approche universelle repose sur l'utilisation de leviers existants qui touchent déjà ces publics. Nous cibons les plus jeunes en collaborant avec les maternités, la PMA, les écoles et la santé étudiante. Ces institutions jouent un rôle crucial dans la santé des jeunes et le renforcement des capacités parentales. Notre objectif est d'outiller les parents, en particulier les plus vulnérables, pour qu'ils deviennent des acteurs positifs de la santé de leurs enfants. Nous avons évolué d'une santé scolaire axée sur la réussite scolaire vers une approche centrée sur le bien-être des enfants. Chaque partenaire dans le parcours de santé des jeunes joue désormais un rôle dans la prévention, notamment auprès des publics vulnérables.

Pour les adultes, nous travaillons avec France Travail et les entreprises. Nous utilisons les statistiques sur les professions les plus à risque pour améliorer les conditions de travail et faire de la santé au travail un levier de promotion de la santé.

Notre méthodologie pour lutter contre les ISS implique deux impératifs parfois concurrents : concevoir des dispositifs spécifiques pour chaque public tout en maintenant une lisibilité globale. Cela nécessite un travail minutieux pour avoir un impact significatif sur les facteurs de risque majeurs.

Le ministère de la Santé, en particulier la Direction générale de la Santé, joue un rôle important au-delà du système de santé. Nous collaborons avec les rectorats, les départements et les collectivités locales pour intégrer la santé dans toutes les politiques (« Health in All Policies »). Concrètement, nous intégrons dans la formation des professeurs des écoles l'enseignement des compétences psychosociales (« life skills ») pour améliorer la santé mentale et l'épanouissement des élèves.

Enfin, nous veillons à concerter nos politiques publiques non seulement avec les CSP+, mais aussi avec les personnes vulnérables, en nous appuyant sur des outils comme le Conseil national de lutte contre l'exclusion. Je pense que c'est une voie d'avenir d'impliquer les personnes vulnérables dans la conception et le suivi des dispositifs qui leur sont destinés, tant au niveau national que territorial.

Concernant les politiques « d'aller vers », nous avons constaté pendant la crise du Covid comment les caisses d'assurance maladie ont mis en place des dispositifs à grande échelle pour atteindre ces publics, notamment pour la vaccination et le respect des gestes barrières. Cette approche s'applique également lors des vagues de chaleur, où l'on va à la rencontre des personnes vulnérables en institution et à domicile. Il est aussi crucial de travailler sur l'inclusion numérique des publics vulnérables. La Direction du Numérique en Santé intègre cet aspect dans son programme, notamment pour rendre « Mon espace santé » le plus accessible et pédagogique possible.

Nous travaillons également sur la formation des acteurs en contact avec les publics vulnérables pour qu'ils deviennent des ambassadeurs de la santé, capables d'orienter vers les dispositifs appropriés. En collaboration avec la DGCS, nous cherchons à renforcer l'accès aux soins, à la prévention et aux droits dans les politiques « d'aller vers ».

L'évaluation des politiques publiques pour les publics vulnérables présente des défis, notamment en raison de la taille réduite des échantillons et de la complexité des indicateurs à mesurer. Le SNDS a ses limites, ne permettant pas de visualiser certains facteurs de risque ou les pathologies à un stade précoce.

La temporalité est un enjeu majeur, tant pour l'apparition dans les bases de données que pour la mesure des impacts à long terme. La restitution des informations est également un enjeu dans un contexte de méfiance envers les données officielles.

Enfin, il est essentiel d'anticiper les défis futurs tels que le changement climatique et son impact sur les travailleurs, l'inclusion numérique des publics vulnérables, et le vieillissement de la population. Ces enjeux complexifient davantage la mesure et la prise en charge des problématiques de santé des populations vulnérables.

Jean-Philippe VINQUANT

Je remercie Marine Jean-Baptiste pour sa présentation qui a mis en lumière les axes principaux de la politique actuelle, illustrée par des exemples concrets. J'encourage les démarches entreprises pour obtenir des données plus récentes et réactives, permettant une meilleure compréhension des phénomènes à l'origine des inégalités sociales de santé. Ces informations sont essentielles pour élaborer des politiques proactives visant à réduire ou éliminer ces inégalités à la source.

5. Échanges et suivi d'avis de la commission

Bernard SUJOBERT, CGT

Je remercie les intervenants pour l'ensemble de leurs présentations.. Je suis à la fois ébloui, perplexe et désespéré. Bien que l'abondance d'informations soit impressionnante, je suis perplexe et désespéré par l'absence d'une méthode de travail permettant de réagir, s'approprier et partager ces données, et comprendre comment des acteurs extérieurs à l'administration et aux statistiques peuvent intervenir dans ce processus.

L'inter-commission récente du Cnis (en septembre) était excellente, mais sa durée limitée à quatre heures est insuffisante. Nous devons établir une méthode de travail permettant une interaction continue avec divers publics, au-delà des membres habituels du CNIS.

Je plaide à nouveau pour la création d'un groupe de travail sur les questions de santé, en particulier sur le thème « santé et inégalités sociales ». Ce sujet est actuellement dispersé entre plusieurs commissions, et ses utilisateurs potentiels ne participent pas au CNIS par méconnaissance ou difficulté d'accès. Ce groupe de travail devrait permettre une appropriation des données existantes et l'expression des besoins des forces sociales et des professionnels de santé. Il pourrait aboutir à des propositions consensuelles, tout en identifiant les points de désaccord qui méritent une attention particulière.

Je propose que la création de ce groupe de travail figure dans l'avis que nous formulerons aujourd'hui. J'ai rédigé une note détaillée à ce sujet que je transmettrai au secrétariat du CNIS.

Jean-Philippe VINQUANT

Je souhaite apporter une réponse rapide concernant la réunion de l'inter-commission, qui a été très riche et intéressante. Ce format a permis d'avoir une vision globale. Il a été décidé de présenter lors de la prochaine réunion du Bureau du CNIS les suites à donner à cette inter-commission. Une proposition sera faite dans ce cadre.

Je tiens à souligner qu'il existe d'autres instances où ces sujets sont largement discutés entre les parties prenantes de la politique de santé. La Conférence nationale de santé, par exemple, aborde intensément ces questions avec tous les acteurs du secteur : pouvoirs publics, régulateurs, financeurs (caisses d'assurance maladie et complémentaires), associations d'établissements et de professionnels de santé, France Asso Santé, associations de patients, représentants des CRSA et des collectivités territoriales.

Le Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAM) produit et analyse de nombreuses données sur la solvabilisation apportée par l'assurance maladie de base et complémentaire, l'accès aux soins et les soins de proximité. Actuellement, le HCAM travaille sur l'impact des dépassements d'honoraires sur l'accès aux soins des différentes catégories de population.

D'autres instances comme le Haut Conseil de la santé publique et la Commission des comptes de la santé débattent également de ces sujets. Concernant les conditions de travail, le Conseil national d'orientation sur les conditions de travail (COCT) traite ces questions avec les partenaires sociaux et les acteurs de la prévention et de la santé au travail.

Il est important de noter que les instances du CNIS ne peuvent pas traiter tous les sujets débattus par les acteurs spécialisés. Les professionnels de santé discutent fréquemment de ces questions avec les pouvoirs publics dans d'autres cadres.

Bernard SUJOBERT, CGT

Je précise qu'il s'agit de rapatrier ces éléments dans le cadre de l'information statistique. Cela ne concerne pas l'intégralité de la politique de santé.

Jean-Philippe VINQUANT

Au vu des éléments présentés aujourd'hui et des perspectives de progrès à court et moyen terme, avons-nous répondu aux problématiques inscrites dans le libellé de l'avis n°3 ? Je rappelle que cet avis avait été adopté en décembre 2023 par les instances du CNIS, sur proposition.

François GUILLAUMAT-TAILLIET

Je vais lire le suivi de l'avis que nous proposons et que nous pouvons amender ensemble.

L'espérance de vie et l'accès réguliers à des soins de qualité dépendent de facteurs socio-économiques tels que le niveau de vie, l'éducation, la catégorie socioprofessionnelle, l'emploi occupé, le logement ou encore le lieu de vie. Vouloir réduire ces inégalités sociales de santé suppose de pouvoir les observer avec méthode et d'en mesurer à la fois le niveau et l'évolution.

La commission Démographie et questions sociales a pris connaissance du constat très riche réalisé par la Drees sur les inégalités sociales de santé en France et l'analyse de ses ressorts et conséquences. Ces travaux reposent principalement d'une part sur l'enquête santé européenne, complétée avec les enquêtes santé ultra-marines et territoriales en 2025/2026, et d'autre part sur l'exploitation d'appariements entre sources statistiques et sources médico-administratives, comme l'EDP-Santé qui apparie l'Échantillon démographique permanent (EDP) avec le système national des données de santé (SNDS), et d'autres appariements en projet, le cas échéant, en partenariat avec l'Insee et/ou des SSM.

La commission encourage à poursuivre les travaux existants sur l'observation des inégalités sociales de santé, à développer des statistiques infranationales et à mettre ces résultats en perspective internationale. Elle encourage également les chercheurs à utiliser ces données pour mener notamment des analyses de causalité entre la santé et ses déterminants sociaux, familiaux ou territoriaux. Elle invite aussi à poursuivre et approfondir la problématique de l'accessibilité aux soins : le renoncement aux soins et ses motifs, qu'ils soient avant tout financiers, ou davantage liés à l'offre présente sur le territoire, à la mauvaise compréhension des informations médicales, voire au refus de soin opposé aux patients selon leurs caractéristiques.

La mortalité évitable fait l'objet de statistiques harmonisées au niveau européen (tableau de bord des indicateurs de développement durable au niveau européen) et la commission se félicite que la Drees et le CépiDC aient rattrapé le retard dans la diffusion des données sur les causes de décès pour la France. Les données sur les causes de mortalité en 2021 ont ainsi été publiées en décembre 2023 et celles sur 2022 en octobre 2024. La commission prend acte du fait que la morbidité et la mortalité par profession se trouvent à la croisée de la statistique publique, de la surveillance épidémiologique de la santé au travail et de la recherche. Elle recommande à la statistique publique de produire des résultats nationaux de cadrage, permettant aux autres parties prenantes de situer leurs travaux par rapport à ces résultats.

Jean-Philippe VINQUANT

Je valide l'avis qui reprend les principaux éléments présentés aujourd'hui. Concernant la mortalité et les écarts d'espérance de vie, nous pourrions mentionner les progrès réalisés, en nous référant à l'avis numéro n°3 pour une analyse plus détaillée.

Bien que nous n'ayons pas approfondi le sujet du rattrapage CépiDC lors des présentations, il convient de souligner les avancées remarquables dans l'exploitation des certificats de décès. Nous sommes désormais en mesure de produire des données à N+2, comme en témoigne l'exploitation des données de 2022. Ce progrès significatif résulte d'une mobilisation intensive des équipes de l'Insee et de l'INSERM, qui a permis de combler un retard considérable. Cette amélioration est particulièrement importante dans le contexte européen, facilitant la transmission des données à l'Union européenne.

Benoît OURLIAC

Je souhaite préciser que le rattrapage sur les causes de décès est principalement dû au CépiDC, qui demeure le producteur de ces données. La Drees a simplement accompagné le CépiDC, qu'il faut féliciter en premier lieux.

Jean-Philippe VINQUANT

L'opérateur statistique national est bien l'équipe CépiDC de l'INSERM. Je vous remercie pour cette précision et cette humilité.

Bernard SUJOBERT

Dans le premier alinéa, nous retrouvons la catégorie socioprofessionnelle, l'emploi occupé, le logement et le lieu de vie. J'ajouterais une mention « *conditions de travail et les risques professionnels* », qui sont des éléments qualitatifs importants.

Jean-Philippe VINQUANT

Nous pouvons le mentionner, bien que cela relève plutôt de la commission travail-emploi.

Bernard SUJOBERT

Concernant le CépiDC, bien que je ne sois pas expert, j'ai entendu que les problèmes ne se limitaient pas aux délais, mais concernaient également la qualité de l'information fournie par les médecins. Il semble y avoir un enjeu lié à l'information elle-même.

Quant à la méthode de travail, malgré la réticence générale face au terme « groupe de travail », nous devons réfléchir à l'utilisation du matériau que nous avons rencontré. Comment allons-nous communiquer à l'extérieur sur la richesse des échanges qui ont eu lieu ici ?

Jean-Philippe VINQUANT

Nous mettons à disposition l'intégralité des documents présentés et élaborés au sein de la commission sur notre site internet. Ce portail offre un large éventail de connaissances. Par ailleurs, nous relayons l'information sur les réseaux sociaux afin d'informer le public de la tenue de nos commissions.

Bernard SUJOBERT

Comment pouvons-nous collaborer efficacement pour nous approprier et produire des informations statistiques pertinentes sur les sujets abordés aujourd'hui ? Bien que nous ne soyons pas une instance politique, il est essentiel de déterminer comment nous pouvons travailler ensemble pour identifier nos besoins et les partager avec les professionnels. Où cette interaction pourra-t-elle avoir lieu ? Je reconnais pleinement la légitimité de tous les groupes que vous avez mentionnés. Il y a une vingtaine d'années, un groupe de travail du Cnis a produit des résultats remarquables sur les niveaux de vie et les inégalités sociales. Pourquoi ne serions-nous pas capables de reproduire ce type d'initiative sur une autre thématique ?

Jean-Philippe VINQUANT

Les groupes de travail ont été établis pour combler des lacunes importantes dans nos connaissances. Nous progressons désormais vers une compréhension plus fine, dans une dynamique d'amélioration globale et de production soutenue. Le CNIS dispose d'autres moyens que la commission et le bureau pour diffuser ses travaux, notamment des colloques ou séminaires d'une demi-journée pour intéresser un public plus large. Chaque année, des thématiques sont abordées sous forme de conférences ou de petits colloques.

Je suggère que la discussion sur les suites à donner à l'inter-commission se tienne en bureau du CNIS, où toutes les parties prenantes et les présidents de commission sont représentés. Concernant les inégalités sociales de santé, les demandes les plus pressantes portent sur le lien entre profession, conditions de travail et expositions. Bien que ce sujet soit pris en charge, obtenir des données aussi détaillées sur le parcours professionnel réel des personnes dépasse actuellement nos capacités avec les outils disponibles. Néanmoins, cette perspective reste à l'esprit des producteurs et des analystes de données.

Quant aux causes de décès, l'Autorité de la statistique publique a récemment délibéré sur ce sujet. En février 2024, des améliorations ont été apportées, notamment l'exploitation des causes secondaires de décès et une meilleure fiabilisation des certificats individuels. Ce point n'ayant pas été vraiment abordé aujourd'hui, je suggère de l'enlever.

La mortalité évitable reste le principal facteur d'écart d'espérance de vie entre cadres et ouvriers, principalement due à la mortalité prématurée. Après le pic de surmortalité entre 40 et 55 ans, les taux de mortalité par âge s'égalisent presque entre les CSP, les courbes convergeant vers la fin.

Benoît OURLIAC

Je considère qu'il est pertinent de mentionner les progrès réalisés par le CépiDC concernant la mesure de la mortalité et ses causes. Ces informations sont pertinentes pour comprendre les inégalités sociales de santé. Le prochain rapport de l'Observatoire national du suicide, prévu pour début 2025, présentera des résultats novateurs sur les inégalités sociales face au suicide. Ces travaux ont été rendus possibles grâce aux données sur les causes médicales de décès, permettant d'étendre la période d'observation jusqu'en 2022.

Le suicide représente l'aboutissement extrême des problèmes de santé mentale. Les causes de décès permettent d'éclairer sur cet aspect des inégalités sociales de santé. L'amélioration de la production des données de rattrapage est donc essentielle pour mieux observer ces inégalités. Le processus de rattrapage devrait s'accélérer dans les deux prochaines années, avec des résultats disponibles environ 15 mois après la fin de l'année. Cela permettra de passer d'études structurelles à des analyses plus réactives des évolutions de la mortalité et de ses causes, tout en mettant en lumière les inégalités sociales de santé. Cette avancée s'inscrit pleinement dans les perspectives de travaux statistiques pour les années à venir.

Jean-Philippe VINQUANT

Nous pouvons peut-être simplifier la phrase, en expliquant que le fait de disposer de données plus contemporaines de l'exploitation des causes de décès est un progrès notable.

Il serait pertinent de mentionner les apports des études et de la statistique publique concernant les écarts d'espérance de vie selon le revenu et la catégorie socioprofessionnelle, en mettant davantage l'accent sur ces aspects dans la présentation.

Dans la phrase précédente, je propose de supprimer les dates et d'écrire : « *la commission se félicite de la production plus contemporaine de données sur les causes de décès pour la France* ».

Yvon SÉRIEYX

Je propose d'ajouter une précision suite à la remarque sur le champ des enquêtes, qui peut également s'appliquer à l'intérêt de la mortalité par âge. Dans le premier paragraphe de la même page, nous devrions ajouter : « *à tous les âges de la vie* » après la phrase « *la commission encourage à poursuivre les travaux existants sur l'observation des inégalités sociales de santé* ». Cette formulation apporte une dimension diachronique au champ d'étude, particulièrement pertinente pour les études de trajectoires.

De plus, les freins aux annonces de soins et d'émotions ne sont pas uniquement financiers. Il serait plus pertinent de parler de freins « *matériels* » pour englober les difficultés de mobilité, le manque de temps disponible et les conditions de travail.

Jean-Philippe VINQUANT

Très bien. Nous considérons que cet avis ainsi amendé reflète bien notre discussion sur les inégalités sociales de santé, sans prétendre couvrir tous les aspects des données et statistiques de santé. En l'absence d'objections, nous adoptons cet avis qui sera diffusé comme reflétant la position de notre commission.

Nous passons aux avis d'opportunité.

II. EXAMEN DE DEMANDES D'AVIS D'OPPORTUNITÉ

1. Enquête Voyages professionnels et personnels, Insee

Claire BIDAULT, Insee

Je vais vous présenter l'enquête « Voyages professionnels et personnels » (VPP). Cette présentation couvrira les aspects généraux, séquentiels et techniques de l'enquête.

L'enquête VPP cible les résidents de France métropolitaine âgés de 15 ans et plus, vivant en logement ordinaire. Son objectif est de mesurer l'ensemble des activités touristiques et les dépenses associées, notamment l'hébergement, le transport et la restauration.

Les principaux objectifs sont :

- Répondre aux exigences du règlement européen sur l'économie du tourisme
- Estimer les retombées économiques du tourisme, notamment pour alimenter la comptabilité tourisme
- Contribuer à l'estimation trimestrielle de la balance des paiements à partir des dépenses collectées par l'enquête
- Étudier les conditions de voyage spécifiques

L'enquête se compose de deux questionnaires et d'un module annuel.

Un premier questionnaire, par téléphone, est réalisé pour expliquer le champ de l'enquête, recueillir les caractéristiques individuelles, les attitudes de voyage des individus et dénombrer les déplacements touristiques des trois derniers mois.

Un questionnaire de réinterrogation trois mois plus tard, est proposé par web puis par téléphone pour les non-répondants. Il se concentre sur les déplacements des trois derniers mois, avec une description détaillée de deux voyages sélectionnés aléatoirement, en recherchant une information précise sur le mode de transport, la modalité d'hébergement et les dépenses associées au voyage.

Un dernier module, annuel, pose des questions prospectives sur les voyages prévus et interroge les non-voyageurs sur leurs raisons.

Le protocole prévoit une enquête mensuelle avec un panel rotatif trimestriel, comportant six vagues d'interrogations. Cette méthode permet de comparer les données du module annuel avec l'ensemble des voyages déclarés sur l'année et d'éviter les biais de saisonnalité.

La nouvelle collecte débutera en janvier 2025. L'enquête pilote, initiée en mai 2024, se terminera en janvier 2025. N'ayant pas obtenu le label de qualité statistique, nous représentons l'enquête au comité du label pour obtenir un avis d'opportunité pour cinq ans et le label de qualité statistique.

Jean-Philippe VINQUANT

Je vous remercie pour cette présentation. Y a-t-il des questions ?

Yvon SÉRIEYX

Je souhaite savoir si les remarques formulées en comité du label ont été prises en compte, notamment concernant l'obtention d'informations plus détaillées sur les niveaux de vie, les sources financières et l'activité des personnes. Un point me semble particulièrement problématique : la distinction entre personnel et professionnel n'inclut pas la dimension familiale, qui est pourtant spécifique. Par exemple, les déplacements pour récupérer un enfant dans le cadre d'une garde partagée, ou les longs voyages pour retourner dans son pays d'origine, ne relèvent ni du personnel ni du professionnel.

De manière générale, une description plus détaillée des motifs de voyage serait bénéfique. Nous sommes conscients des contraintes liées à Eurostat, mais dans une perspective d'évolution, et même dans l'intérêt financier du secteur touristique, il serait pertinent de distinguer clairement le familial du personnel et du professionnel. Le secteur du tourisme aurait tout intérêt à disposer de données plus précises sur les motivations des voyageurs.

Claire BIDAULT

Bien que la dimension familiale ne fasse pas partie du tourisme selon la définition de l'Organisation mondiale du tourisme, qui exclut les voyages répétitifs comme les visites familiales, son inclusion dans l'enquête poserait des difficultés méthodologiques. Cependant, j'envisage la possibilité d'ajouter ultérieurement d'autres modules annexes à l'enquête.

Yvon SÉRIEYX

Dans l'état actuel, le questionnaire semble manquer de précision. Il englobe des aspects familiaux sans que le champ soit clairement défini. Il conviendrait de spécifier s'il s'agit de voyages de loisirs, touristiques ou de vacances. Cette imprécision pourrait affecter la pertinence des résultats.

Claire BIDAULT

Un nouveau comité de participation est prévu en début d'année, ce qui nous donnera l'opportunité de discuter et d'affiner le périmètre de l'étude.

Jean-Philippe VINQUANT

La notion de « personnel » est effectivement ambiguë, et tout ce qui n'est pas professionnel ne relève pas nécessairement du tourisme. Ce point mérite d'être amélioré et clarifié. Cette enquête est néanmoins pertinente pour la coordination européenne. Nous avons donné un avis d'opportunité favorable sur le pilote.

Bernard SUJOBERT

Concernant la présentation des documents, j'anticipais la réception des fiches habituelles et j'ai été surpris de recevoir des projets de PowerPoint. Bien que ce format puisse convenir, l'avantage des fiches précédentes résidait dans leur structure homogène et leurs rubriques bien définies.

François GUILLAUMAT-TAILLIET

J'ai demandé le retrait des PowerPoint, mais les fiches sont disponibles en ligne depuis un certain temps.

Jean-Philippe VINQUANT

Nous encourageons le producteur à nous transmettre les fiches le plus tôt possible afin qu'elles puissent être lues avant la commission.

Concernant cette enquête, en l'absence d'opposition, vous pouvez prévaloir cet avis.

La commission Démographie et Questions sociales donne un avis d'opportunité favorable.

2. Enquête Participation associative, Medes, Injep

Bénédicte CASTERAN-SACRESTE, Injep

Nous sollicitons votre avis d'opportunité pour l'enquête nationale sur la participation associative et les dons. Ma présentation abordera les objectifs de l'enquête, le dispositif et le calendrier prévisionnel.

L'objectif principal est de mesurer la participation associative des Français et d'en identifier les freins. Notre enquête pilote de 2021 a révélé que deux Français sur trois sont impliqués dans la vie associative et qu'un sur deux déclare avoir fait un don au cours de l'année écoulée. Nous cherchons à documenter les évolutions récentes : baisse de la participation des seniors post Covid, augmentation de celle des jeunes, évolution des comportements de dons et de la gouvernance associative.

Cette enquête répond aux préconisations du CNIS, notamment celles du rapport de 2010 sur la connaissance des associations. De nombreuses demandes sont faites pour analyser l'économie sociale et solidaire, dont les associations sont un élément clé.

L'objectif est de mieux comprendre les ressorts de la participation associative, du simple adhérent au président de l'association, en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Nous examinerons également tous les types de dons, qu'ils soient déductibles ou non, monétaires ou en nature.

L'enquête comblera des lacunes dans les statistiques actuelles. Elle complétera l'enquête de l'Insee sur la situation des associations reconduite en 2025 et le module sur la participation culturelle et associative de l'enquête SRCV. Elle apportera des informations plus complètes que les données fiscales de la DGFIP, qui ne couvrent que les dons monétaires déclarés, en laissant de côté les dons dé fiscalisable ou les dons en nature.

En 2021, l'Injep a mené une enquête pilote, l'ENEAD, sur l'engagement associatif et les dons. Cette nouvelle enquête s'inscrit dans la continuité de ce travail, visant à établir des points de référence réguliers sur la participation associative en France.

Nous avons obtenu l'avis d'opportunité du CNIS pour cette enquête, mais avons décidé de ne pas la présenter au label pour des raisons de protocole et de calendrier. Un bilan complet a été réalisé sur cette première expérience, tant en termes de protocole que de questionnaire. Nous nous inspirerons de ce qui a fonctionné, mais le questionnaire et le protocole seront entièrement remaniés. C'est pourquoi nous souhaitons distinguer ces deux enquêtes et changer le nom. L'enquête présentée aujourd'hui fera l'objet d'une demande de labellisation fin 2025, avec l'espoir d'obtenir un caractère obligatoire.

Le questionnaire se divisera en quatre parties principales : caractéristiques socio-démographiques, participation actuelle à la vie associative, dons aux associations, et non-participation à la vie associative (notamment les freins à la participation).

Concernant le dispositif d'enquête, l'échantillon sera probabiliste et représentatif de la France entière, ciblant 18 000 répondants de 15 ans et plus, tirés de FIDELI. Nous suréchantillonnerons les personnes entre 50 et 70 ans pour analyser le bénévolat lors du passage à la retraite.

Le protocole de collecte vise un questionnaire court de 20 minutes maximum. Pour éviter le biais de désirabilité sociale, nous optons pour une collecte multimode 100 % administrée, par Internet ou papier, sans interprétation. Des relances téléphoniques sont envisagées pour pallier le défaut de couverture. Nous enrichissons nos données d'enquête par un appariement post-enquête avec les données fiscales sur les dons monétaires déclarés.

Un comité de méthodologie sera mis en place début 2025. Nous réunirons un comité scientifique sur les aspects techniques et le questionnaire, incluant des membres de l'Injep, des statisticiens de l'Insee et des SSM, des chercheurs spécialisés et des organismes associatifs. Un comité de concertation rassemblera les différentes parties prenantes, élargi à la DJEPVA.

Le calendrier prévisionnel prévoit un terrain au premier semestre 2026, pour interroger sur la participation des 12 derniers mois de l'année précédente. Nous visons à profiter de la mémoire des dons plus nombreux en fin d'année et de l'envoi des attestations fiscales, tout en nous alignant sur l'année civile des sources fiscales. Un passage au label est prévu fin 2025, précédé d'un test en juin 2025.

Yvon SÉRIEYX

Nous sommes très preneurs de faire partie du comité de concertation. Il serait judicieux d'inclure également l'UNAF et les associations familiales, les grandes têtes de réseaux du mouvement associatif ainsi que les associations de consommateurs. Soyez assurés que les associations, très demandeuses de données chiffrées, sauront se montrer constructives dans leurs interventions.

Jean-Philippe VINQUANT

Ce sujet relève de la connaissance et de l'intérêt général citoyen, d'autant plus qu'on constate un fléchissement de la participation chez certains publics, notamment les seniors. Des baromètres annuels réalisés par des instituts de sondage et des associations le démontrent. Une grande enquête pour mieux éclairer ces phénomènes d'engagement semble très pertinente.

Il n'y a pas d'objection à donner un avis favorable à cette enquête. Vous pouvez donc passer à l'étape suivante de sa préparation, en veillant à bien associer les grands mouvements associatifs qui le souhaitent.

La commission Démographie et Questions sociales donne un avis d'opportunité favorable.

3. Enquête Santé et substance en prison (ESSPRI), OFDT

Stanislas SPILKA, OFDT

Je présenterai brièvement cette enquête, qui n'a jamais été soumise à un avis d'opportunité, bien que d'autres enquêtes de l'OFDT l'aient été récemment. Elle conclut un cycle de travail de près de cinq ans visant à élaborer une méthode et à rassurer des partenaires essentiels. Après un pilote et une première enquête en 2023, celle de 2025 clôturera ce cycle, avec l'espoir de l'inscrire comme enquête régulière de statistiques publiques.

L'objectif est de quantifier l'usage de drogues, tabac, alcool et autres substances illicites durant la détention par les personnes détenues. Ce sujet délicat a nécessité une collaboration étroite avec la Direction de l'administration pénitentiaire, la DGS, et la Mildeca. Cette enquête s'inscrit dans diverses stratégies nationales, visant notamment à mieux observer la santé des détenus.

Bien que des enquêtes antérieures aient abordé ces questions, elles se concentraient souvent sur les usages avant l'incarcération. Notre enquête examine spécifiquement la consommation pendant la détention.

Pour 2025, nous sollicitons un avis d'opportunité. Si l'enquête devient régulière, elle sera soumise au label. Elle sera menée en coordination avec l'enquête autonomie de la Drees en prison, avec un échantillonnage et une logistique communs.

Les résultats de 2023 ont révélé une consommation importante en prison : un détenu majeur masculin sur deux a déclaré avoir consommé au moins une substance illicite ou interdite. L'alcool, interdit en prison, n'est pas la substance la plus consommée, contrairement à la population générale.

Méthodologiquement, nous bénéficions d'une population fermée et recensée régulièrement. L'enquête 2025 inclura les détenues femmes, absentes en 2023 pour des raisons de faisabilité. Leur faible proportion (4 %) pose des défis d'échantillonnage.

Un sondage aléatoire à deux degrés sera réalisé en 2025 par l'Insee, la Drees et le Bureau de la donnée, de la recherche et de l'évaluation de la DAP. Les passations se déroulent en détention, par groupes de 5 à 7 détenus, sur convocation de l'établissement. Le questionnaire est anonyme, sur tablette, avec une version audio, mais uniquement en français en raison de la complexité à déterminer les autres langues pertinentes.

Concernant le questionnaire, nous avons particulièrement travaillé sur les conditions de détention pour améliorer l'acceptabilité de l'enquête. Pour 2025, nous prévoyons d'accorder plus d'importance à l'état de santé des détenus, un enjeu souligné par la Drees.

Le protocole d'enquête, testé avec succès, vise à garantir la confidentialité des réponses. L'administration pénitentiaire convoque les détenus tirés au sort, tandis que nos enquêteurs les reçoivent sans connaître leur identité. Cette méthode a permis d'obtenir des déclarations d'usage, confirmant la confiance établie.

Malgré un taux de participation de 50 %, que nous cherchons à améliorer, l'enquête reste entièrement volontaire. Nous envisageons d'étendre l'expérience à l'Outre-mer, en commençant par La Réunion où nous avons mené un pilote à l'automne 2024. Cependant, le faible nombre de détenus dans ces territoires nécessite une approche différente, potentiellement exhaustive au sein d'un établissement.

Pour 2025, notre objectif principal est d'améliorer le taux de participation tout en adaptant notre protocole, pour l'instant rien n'a été décidé concernant une extension à l'Outre-mer.

Jean-Philippe VINQUANT

Y a-t-il des questions ?

Yvon SÉRIEYX

Je suggère d'affiner la collecte d'informations sur la situation familiale, en particulier concernant la fréquence des parloirs. Il serait pertinent de distinguer les types de visites : famille proche (conjoint, enfants, parents) versus famille éloignée, visites légales, rencontres avec l'avocat ou visites amicales.

Stanislas SPILKA, OFDT

C'est déjà le cas.

Jean-Philippe VINQUANT

En l'absence d'autres réactions, nous pouvons donner un avis d'opportunité pour cette enquête. Je vous remercie et vous souhaite une bonne continuation pour les prochaines étapes.

La commission Démographie et Questions sociales donne un avis d'opportunité favorable.

4. Enquête Corpulence 7-9 ans, Santé Publique France

Julie BOUDET, Santé Publique France

Je vais vous présenter l'enquête de Santé publique France sur la corpulence des enfants âgés de 7 à 9 ans.

Le surpoids et l'obésité sont des enjeux de santé publique majeurs avec des conséquences multiples pour la santé des enfants à court et long terme. Leurs causes sont multifactorielles, impliquant des facteurs individuels et environnementaux. En 2016, les données de la précédente édition de l'enquête de Santé publique France sur la corpulence des 7-9 ans indiquaient qu'un enfant sur cinq de cette tranche d'âge était en situation de surpoids. Depuis 2001, la diminution du surpoids et de l'obésité des enfants est l'un des objectifs majeurs du Programme National Nutrition Santé (PNNS), avec la mise en place d'un ensemble d'actions.

Pour évaluer ces actions, nous avons besoin de données nationales comparables avec celles d'autres pays européens. C'est pourquoi la reconduction de cette enquête a été intégrée au PNNS 2019-2023.

Nous nous intéressons particulièrement aux 7-9 ans car c'est un âge clé pour le rebond d'adiposité, avant la puberté. L'indice de masse corporelle à cet âge est un bon prédicteur de l'IMC à l'âge adulte. C'est aussi une période propice pour agir sur les habitudes nutritionnelles, l'activité physique et la sédentarité des enfants.

Cette enquête est la seule en France qui fournit des données d'évolution sur la corpulence, l'activité physique et la sédentarité des 7-9 ans, avec un échantillon national représentatif. D'autres enquêtes existent (ENNS, ESTEBAN, INCA3, ALBANE, ENABEE) mais leur échantillon d'enfants de 7-9 ans est insuffisant pour des estimations précises sur la corpulence et dans certaines de ces enquêtes les données de poids sont auto-déclarées et non mesurées.

Depuis 2016, les données de cette enquête sont utilisées pour la surveillance européenne de la corpulence, de l'activité physique et de la sédentarité des enfants de 7-9 ans. Elles sont transmises à l'OMS pour la surveillance en Europe.

Les résultats marquants des éditions précédentes montrent qu'entre 2007 et 2016, la prévalence du surpoids restait élevée, concernant un enfant sur cinq. Au niveau européen, en 2015-2021, parmi les pays ayant transmis des données de prévalence nationale de surpoids chez les 7-9 ans à l'OMS, la France se situait dans la seconde moitié des pays européens, avec des prévalences plus faibles que celles observées dans la première moitié. (26^{ème} pays sur 35 pour les garçons et 21^{ème} pays sur 35 pour les filles) On observe des inégalités de genre : la prévalence du surpoids, incluant l'obésité était plus élevée chez les filles (18,7 %) que chez les garçons (14,4 %). Cette différence s'observait également pour la prévalence de l'obésité (5,5 % vs 3,2 %). Entre 2007 et 2016, la prévalence du surpoids a diminué chez les garçons (18% en 2007 versus 14% en 2016) alors qu'elle est restée stable chez les filles (21% en 2007 versus 19% en 2016). Un fait marquant en 2016 est l'augmentation de la prévalence de la minceur chez les filles de 7-9 ans, entre 2007 et 2016 (9,5% versus 13,7%)

Nous avons observé des inégalités sociales significatives concernant le surpoids chez les enfants. 21 % des enfants scolarisés dans les écoles en réseau d'éducation prioritaire étaient en surpoids, contre seulement 15,7 % des enfants scolarisés dans une école n'appartenant pas à un réseau d'éducation prioritaire. Le surpoids était également associé à la catégorie socio-professionnelle des parents et à la présence d'une activité professionnelle parentale.

Les objectifs opérationnels de notre enquête sont d'estimer la prévalence du surpoids, de l'obésité et de la minceur chez les enfants de 7 à 9 ans scolarisés en classe de CE1-CE2 en France hexagonale, de mesurer l'évolution de ces prévalences par rapport aux enquêtes précédentes, et d'identifier les facteurs individuels et sociaux associés au surpoids, à l'obésité, à une moindre activité physique et à une plus grande sédentarité chez les enfants de 7 à 9 ans. Nous avons ajouté un nouveau module dans cette enquête pour étudier également la prévalence de l'asthme chez les enfants de 7 à 9 ans, scolarisés en classe de CE1 et de CE2 en France hexagonale et décrire les caractéristiques associées.

Les objectifs stratégiques de cette enquête sont de disposer de repères nationaux en termes de prévalence, de leurs évolutions et des inégalités associées pour piloter les actions de santé publique. Nous souhaitons également comparer nos résultats avec ceux d'autres pays européens et permettre à l'OMS de disposer de données européennes pour guider le pilotage des politiques publiques européennes. Actuellement, 40 pays européens participent à cette surveillance, incluant ainsi environ 300 000 enfants, et pour laquelle les méthodes et les périodes de collecte sont standardisés entre pays participants, avec des cycles d'enquêtes quadriennaux.

Notre enquête est une enquête nationale, transversale et répétée dans le temps, menée sur un échantillon représentatif de la population des enfants de 7 à 9 ans scolarisés en CE1-CE2 dans les écoles publiques et privées sous contrat en France hexagonale en 2025-2026. Pour cette édition comme pour les précédentes, l'enquête sera déployée uniquement en France hexagonale, l'évaluation de la faisabilité de son déploiement dans les départements et régions d'outre-mer étant en cours. Le plan de sondage est à trois degrés, avec pour le 1^{er} degré un tirage au sort stratifié des écoles, puis ensuite pour le 2^{ème} degré, le tirage au sort aléatoire au sein de chaque école sélectionnée d'une classe de CE1 et d'une classe de CE2. Au 3^{ème} degré, tous les élèves scolarisés dans les classes tirées au sort seront invités à participer à l'enquête. Nous souhaitons ainsi inviter 7 000 enfants (3500 en CE1 et 3500 en CE2), scolarisés dans environ 200 écoles de France hexagonale à participer à l'enquête. La collecte des données est prévue entre janvier et mars 2026.

Les mesures anthropométriques (poids, taille) des enfants seront effectuées par les infirmières scolaires pendant le temps scolaire. Un autoquestionnaire sera également rempli par les parents et sera relevé et transmis à Santé publique France par les infirmiers scolaires. Nous avons veillé à limiter les contraintes pour les enfants, les parents et les infirmiers. Pour les enfants, leur consentement oral pour la réalisation des mesures sera demandé par les infirmiers en sus du consentement écrit des parents. Les enfants choisiront la tenue vestimentaire dans laquelle ils acceptent d'être pesé. La réalisation des mesures anthropométriques sera faite dans un local préservant la pudeur des enfants et respectant la confidentialité vis-à-vis des autres élèves. Pour les parents, le questionnaire a été conçu pour être complété en moins de 20 minutes. Dans la lettre d'information qui leur sera remise, il leur sera précisé que leur décision de participer à l'enquête n'aura aucune conséquence sur la prise en charge pédagogique de leur enfant par l'école. Le questionnaire sera consulté uniquement par les infirmiers scolaires, soumis au secret professionnel et ne sera pas consulté par les enseignants et les responsables d'établissement. Les données seront anonymisées. La collecte de données pouvant être considérées comme sensibles est réalisée dans le but de caractériser finement les inégalités sociales. Le plan de sondage a été construit pour limiter la charge de travail de chaque infirmier (entre 3 et 5 jours de travail par infirmier, pour 2 écoles).

Pour chaque enfant, deux questionnaires seront complétés, l'un par les infirmiers, l'autre par les parents. Le questionnaire complété par les parents est le formulaire de procédure et de relevé des données anthropométriques, comprenant la date à laquelle sont réalisées les mesures anthropométriques, le résultat de ces mesures, la tenue au moment de la pesée et la mise en place ou non du programme 30 minutes d'activité physique par jour dans l'école. Les parents répondront à des questions standardisées avec l'OMS ou utilisées pour d'autres enquêtes en milieu scolaire et éprouvées dans les enquêtes de Santé publique France. Ces questions porteront sur l'environnement des enfants. (situation géographique de l'école, situation géographique du logement, accessibilité à des espaces de jeux extérieurs), la situation sociodémographique des parents (composition du foyer, niveau d'étude des parents, catégorie professionnelle des parents, ressenti sur la situation financière, temps de travail par semaine (trajets

compris) et origine (pays de naissance et nationalité), ainsi que la corpulence et les habitudes en termes d'activité physique des parents

Les parents seront interrogés sur les habitudes d'activité physique de leur enfants (moyen de transport utilisé pour se rendre à l'école, pratique d'une activité sportive en club, pratique d'une activité physique en dehors des horaires de classe et hors pratique en club, activités de jeux en plein air en dehors des horaires de classe, temps passé en position assise et temps passé à être actif par jour) Des questions porteront également sur les habitudes d'exposition aux écrans les habitudes alimentaires et de sommeil de l'enfant. . Les parents seront également interrogés sur les premiers mois de vie de l'enfant et dans le cadre de l'ajout d'un module concernant l'asthme pour cette édition, sur la présence de symptômes respiratoires et le diagnostic d'asthme pour leur enfant.

Cette enquête est menée en collaboration avec la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) et ses services de santé scolaire. Des échanges sont en cours de planification avec les syndicats représentant les infirmiers scolaires, et nous avons mis en place un comité de suivi incluant la DGESCO, la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP) du Ministère de l'Éducation Nationale, la DREES, et des membres de Santé publique France. Le coût estimé de l'enquête est de 330 000 euros, avec une prestation pour l'animation et la relance des infirmiers scolaires, la transmission du matériel d'enquête auprès des responsables d'établissement ainsi que la constitution de la base de données comprenant les données collectées.

Le calendrier prévoit une phase de cadrage de l'enquête (réalisée entre juin et décembre 2024), suivie du dépôt des dossiers pour les autorisations réglementaires (entre janvier et juillet 2025). En parallèle, entre mars et juin 2025, nous prévoyons de présenter et d'échanger autour de l'enquête auprès des acteurs impliqués dans le terrain. Nous solliciterons au troisième trimestre 2025, l'avis de conformité du Comité du Label mais nous ne demanderons pas le caractère obligatoire de l'enquête. Le tirage au sort des écoles et l'information des établissements se feront entre septembre et novembre 2025 pour un démarrage du terrain de l'enquête dans les écoles entre janvier et mars 2026.

Yvon SÉRIEYX

Je suggère d'organiser une brève discussion avec les associations de parents d'élèves. Cela pourrait permettre d'identifier des pistes d'amélioration pour faciliter les prestations. Je note avec intérêt l'enrichissement du questionnaire destiné aux parents, notamment en termes d'égalité sociale. Par rapport à 2016, de nouvelles questions ont été ajoutées, y compris une auto-évaluation du niveau de vie.

Une inquiétude subsiste quant à la représentativité de l'enquête. Les variations que vous pourriez constater risquent-elles de provenir principalement de la présence ou non d'infirmiers scolaires ? La question de la représentativité se pose, notamment en raison de la pénurie actuelle. En maternelle, par exemple, la présence d'infirmiers scolaires est devenue rare. On estime que seules deux écoles sur dix en bénéficient, avec une répartition non homogène.

Avez-vous envisagé de sélectionner les écoles d'abord en fonction de l'indice de position sociale (IPS), puis de faire intervenir temporairement un infirmier scolaire pour l'enquête ? Cela pourrait garantir une meilleure représentativité. Je m'interroge sur l'ampleur de ce problème et ses implications pour l'étude.

Amélie MAUROUS, Injep

Dans le questionnaire destiné aux parents, l'activité physique désigne-t-elle l'activité physique et sportive ?

Julie BOUDET

Concernant les écoles, nous consultons la DGESCO pour s'assurer que la charge de travail soit gérable pour les écoles (les responsables d'établissement et les enseignants) et les infirmiers scolaires.. Nous limitons à deux écoles élémentaires maximum à enquêter par infirmière.. Pour les départements très peuplés, nous augmenterons à trois ou quatre écoles à enquêter.

Concernant la deuxième question, la question posée aux parents porte sur leur niveau d'activité sportive, en club ou non, et sur la pratique d'activité physique en famille. C'est une question plus large qui inclut des

activités comme la randonnée, les balades en familles. La présence de temps d'activité physique en famille est observée dans la littérature comme associée au niveau d'activité physique des enfants..

Jean-Philippe VINQUANT

Nous avons pris note de la préoccupation concernant la capacité à mobiliser des infirmiers et infirmières scolaires sur l'ensemble des territoires. Cette inquiétude est d'autant plus pertinente que la limitation à deux écoles par département pourrait s'avérer insuffisante. En effet, ce quota ne tient pas compte des disparités entre les départements, notamment pour les plus peuplés.

Julie BOUDET

L'éducation nationale a été consultée sur cette question. Malheureusement, les départements présentant des caractéristiques socio-économiques moins favorables sont aussi moins bien pourvus en Service de santé scolaire.

Jean-Philippe VINQUANT

Ce sera un point de vigilance à avoir. Nous donnons un avis d'opportunité favorable à la conduite de cette enquête et à la poursuite de son processus scientifique, en concertation avec les parties prenantes, notamment les associations familiales et de parents d'élèves. Ces dernières pourront contribuer à son amélioration avant son lancement définitif. Nous vous souhaitons bonne continuation pour les prochaines étapes.

La commission Démographie et Questions sociales donne un avis d'opportunité favorable.

5. Enquête Panel Elipss, Science Po

Malick NAM, Science Po

Dans le cadre du dispositif Elipss, nous disposons d'un panel internet représentatif de la population française. Ce panel compte actuellement environ 2 200 participants âgés de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine. Le recrutement des panélistes repose sur une démarche probabiliste. Pour chaque recrutement, nous nous appuyons sur un échantillon aléatoire tiré par l'Insee, soit dans le recensement comme par le passé, soit dans les sources sociales comme actuellement.

Elipss est également un service de production de données pour la recherche, offrant l'opportunité aux chercheurs d'exploiter ces informations. Nous facilitons la conduite d'enquêtes par questionnaire pour tout chercheur ou organisme engagé dans une démarche de recherche. Ces enquêtes mensuelles, principalement conçues par des chercheurs en sciences humaines et sociales, bénéficient de notre accompagnement pour la réalisation des questionnaires, la programmation, le recueil et le suivi des données. L'ensemble des données produites est mis à disposition via la plateforme data.sciencespo.

Le dispositif a connu deux phases majeures. De 2012 à 2019, dans le cadre d'une équipe financée par l'ANR, les enquêtes étaient gratuites pour la communauté de recherche. Nous fournissions l'équipement nécessaire, notamment des tablettes et des connexions. Un premier panel pilote a été lancé en 2012, suivi d'un autre en 2016, impliquant toute la communauté.

Depuis 2020, le dispositif fonctionne en autofinancement. Les équipes de recherche contribuent désormais aux ressources humaines pour maintenir le panel, et les panélistes utilisent leur propre matériel. En 2020 et 2023, nous avons bénéficié de tirages FIDELI sur la base des données fiscales de l'Insee.

Notre objectif actuel est de pérenniser cet instrument, garantissant un panel et des enquêtes de qualité pour les chercheurs. Nous mettons à leur disposition un outil de collecte performant, favorisons la réutilisation des données et permettons la conduite d'expérimentations.

Sur la période précédente, 70 projets ont été déposés entre 2013 et 2020, suivis de 50 projets supplémentaires depuis 2020. Un catalogue de données est mis à disposition gratuitement via le portail data.sciencespo, couvrant divers domaines des sciences sociales.

En termes de valorisation, l'équipe Elipss a présenté ses travaux lors d'événements nationaux et internationaux. Les chercheurs utilisant l'instrument ont également participé à diverses manifestations. En juin 2023, un colloque a été organisé pour célébrer les dix ans de production Elipss, où différents chercheurs de divers domaines ont présenté leurs travaux basés sur les données des enquêtes Elipss. Plus de 100 publications ont mobilisé les données du panel.

Concernant les nouveautés et perspectives, plusieurs éléments sont à souligner. Outre les enquêtes réalisées par les chercheurs, nous avons lancé un appel à projets pour les doctorants. Depuis 2020, l'instrument est devenu une participation aux équipes de recherche. Pour faciliter l'accès aux doctorants, nous ouvrons gratuitement l'instrument une fois par an. L'année dernière, sur une vingtaine de projets déposés, quatre ont été retenus pour une participation gratuite.

Nous avons également ouvert l'instrument à d'autres acteurs publics. En 2023-2024, nous avons réalisé une enquête avec le service statistique du ministère de la Transition écologique, menant un baromètre annuel nommé BEE (Baromètre Écologie Environnement). Cette année, nous avons collaboré sur une enquête concernant la sobriété numérique, dont les résultats viennent d'être publiés.

Un autre axe intéressant est le co-portage de projets avec d'autres équipes de recherche. Nous menons également des recherches méthodologiques. Nous avons déposé un projet auprès de Santé publique France pour étudier les différents appareils utilisés par les répondants lors des enquêtes en ligne. Cette étude, financée, sera menée en 2025.

Notre objectif est de continuer à disposer d'un échantillon sur la base FIDELI et de poursuivre le développement de cet instrument pour la recherche, afin que les chercheurs en sciences sociales de toutes les universités en France et à l'étranger puissent continuer à l'utiliser.

Yvon SÉRIEYX

Je souhaite exprimer mon intérêt pour Elipss, qui est un très beau panel, et je m'engage à tout faire pour être présent lors des prochaines consultations.

La commission Démographie et Questions sociales donne un avis d'opportunité favorable.

CONCLUSION

Jean-Philippe VINQUANT

Je salue les intervenants qui ont présenté leurs enquêtes, ainsi que tous les participants. Mes remerciements vont également au secrétariat général du CNIS et aux rapporteurs.

Je vous souhaite une bonne soirée et un bon retour. Notre prochaine réunion se tiendra en juin 2025.

La séance est levée à 18 heures 05.

DOCUMENTS PRÉPARATOIRES

AVIS D'OPPORTUNITE ET « 7BIS »
