



Conseil national
de l'information statistique

Montrouge, le 7 août 2024 – n° 49 / H030

COMMISSION « SERVICES PUBLICS ET SERVICES AUX PUBLICS »



Réunion du 21 mars 2024

COMPTE RENDU DE LA RÉUNION DE
LA COMMISSION « SERVICES PUBLICS ET SERVICES AUX PUBLICS »

- 21 mars 2024 -

Président : Antoine BOZIO, École des hautes études en sciences sociales (EHESS), École d'économie de Paris (PSE), Institut des politiques publiques (IPP)

Rapporteurs : Maryse Fesseau ; Pascal Chevalier

Responsable de la commission : Sylvie Blanc

RAPPEL DE L'ordre du Jour

INTRODUCTION.....	4
I. PROGRAMME DE TRAVAIL 2024 DES PRODUCTEURS.....	4
II. ÉVALUER LES INÉGALITÉS DE SANTÉ EN LIEN AVEC L'OFFRE ET LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ.....	6
.1 Panorama des sources disponibles.....	6
.2 Les inégalités de santé dans le champ de la médecine libérale.....	10
.3 Les données sur les inégalités d'accès aux soins dans le Baromètre de Santé publique France	13
III. EXAMEN POUR AVIS D'OPPORTUNITÉ DES PROJETS D'ENQUÊTES STATISTIQUES.....	20
.1 ES-DS – Établissements pour adultes et familles en difficultés sociales.....	20
.4 Panel d'élèves scolarisés en petite section en septembre 2021.....	21
IV. DEMANDE D'ACCÈS À DES SOURCES ADMINISTRATIVES (ARTICLE 7 BIS, LOI 1951)....	24

Liste des participants

ADAM	Lorraine	PROGEDO
BALAVOINE	Angélique	Ministère de la Santé et de la prévention — Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)
BARHOUMI	Meriam	Ministère de l'Éducation nationale et de la jeunesse — Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp)
BLANC	Sylvie	SG Conseil national de l'information statistique (Cnis)
BOZIO	Antoine	Institut des politiques publiques (IPP)
CABANNES	Pierre-Yves	Ministère de la Santé et de la prévention — Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)
CHARIOT	Apolline	Cour des comptes
CHEVALIER	Pascal	Ministère de la Justice — Sous-direction de la statistique et des études
CHOLLET	Antoine	Ministère de la Santé et de la prévention - Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)
COURSAGET	Gaël	Académie de l'eau
DAUPHIN	Laurence	Depp
DEMOLY	Elvire	Ministère de la Santé et de la prévention — Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)
DORÉ	Gwenaël	AgroParisTech
DURAND	Aurélien	Insee Auvergne — Rhône-Alpes
FESSEAU	Maryse	Ministère de l'Éducation nationale et de la jeunesse — Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp)
FROMENTIN	Perrine	Défenseur des droits
GONZALEZ-DEMICHÉL	Christine	Ministère de l'Intérieur — Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI)
GUILLAUMAT-TAILLIET	François	SG Conseil national de l'information statistique (Cnis)
JANIAUD	Adèle	Ministère de l'Éducation nationale et de la jeunesse — Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp)
JOLIVET	Soazic	Drees
LAGARENNE	Christine	SG Conseil national de l'information statistique (Cnis)
LANOÉ	Jean-Louis	Institut national d'études démographiques (Ined)
LATTEUX HARTMANN	Léontine	Institut National du Service Public
LE STRAT	Yann	Santé publique France
MINODIER	Christelle	Ministère de la Santé et de la prévention — Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)
OURLIAC	Benoît	Ministère de la Santé et de la prévention — Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)
RAYNAUD	Denis	Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)
SAVATIER	Baptiste	Cour des comptes
SCHNEIDER	Faustin	Ministère de l'Éducation nationale et de la jeunesse — Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance (Depp)
SELZ	Marion	Société française de statistique (SFDS)
SOLARD	Gwenaël	Ministère de l'Intérieur — Service statistique ministériel de la sécurité intérieure (SSMSI)
SUJOBERT	Bernard	Confédération générale du travail (CGT)
THÉODOSE	Teddy	Université Paris 13
VANDERTORREN	Stéphanie	Santé publique France

La séance est ouverte à 9 heures 30 sous la présidence d'Antoine BOZIO.

INTRODUCTION

Antoine BOZIO, président de la commission

Bonjour à toutes et à tous.

Les inégalités de santé constitueront le thème principal de cette commission en lien avec l'offre et la qualité du système de santé.

I. PROGRAMME DE TRAVAIL 2024 DES PRODUCTEURS

Maryse FESSEAU, rapporteure de la commission

La Direction des statistiques, des études et des fonds (DSEF) de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (MSA) finalisera en 2024 sa demande de renouvellement de la labellisation que l'Autorité de la statistique publique instruira. L'outil GéoMSA s'enrichira d'un portrait de territoire sur la thématique de la santé et de la sécurité au travail. Les travaux de microsimulation sur les retraites agricoles se poursuivront. Une refonte complète du site de diffusion est prévue pour le premier semestre.

Parallèlement, le Service des retraites de l'État (SRÉ) redéfinit son système d'information sur lequel repose l'appareil statistique du service et ses modèles de microsimulation pour les prévisions de court et long terme. Il ambitionne de convertir une source administrative sur les départs à la retraite en une source statistique pour d'autres administrations. Des travaux statistiques fourniront aussi des indicateurs sur l'effet du temps partiel sur les inégalités de pension.

En 2024, la Depp (Direction de l'évaluation, de la prospective et de la performance) poursuivra son analyse des parcours d'études et d'insertion professionnelle des jeunes, en réponse à l'avis de moyen terme n°3. En mars 2024, la collecte de l'enquête « Jeunes et orientation » continuera. Elle concerne un panel d'élèves entrés en CP (cours préparatoire) en 2011 et parvenus en terminale avec une année de retard. L'interrogation directe de ces jeunes permettra de mieux saisir leur choix de poursuite d'études et leurs projets professionnels. Une enquête auprès des enseignants de grande section de maternelle ayant en charge les élèves du panel de petites sections 2021 viendra enrichir cette analyse des parcours individuels.

Le projet « 1 000 écoles » de la Depp documentera les pratiques des enseignants d'une cohorte d'élèves du CP au CM2 (cours moyen 2^e année). Cette même direction sera également chargée de mener des évaluations exhaustives du CP jusqu'à la Troisième.

De nouveaux indicateurs de taux de passage basés sur l'INE (Identifiant National Élève) seront diffusés. En vue de la construction de cohortes d'élèves, les travaux d'extension du Répertoire national des identifiants aux élèves en établissements pénitentiaires ou sociaux et médico-sociaux se poursuivront. Une modernisation de l'attribution de l'INE, incluant un nouvel algorithme pour réduire les anomalies, est aussi prévue.

Suivant l'avis de moyen terme n°9 relatif aux conditions de travail des personnels enseignants, la Depp et le Sies prévoient d'apparier les données des candidats aux concours 2021 avec celles du Sise (Système d'information sur le suivi de l'étudiant). L'objectif est d'analyser les parcours universitaires en fonction de la réussite aux concours et de suivre le devenir des enseignants suivant qu'ils demeurent dans l'enseignement ou démissionnent.

En réponse à l'avis n°6 du Cnis sur la victimisation, la Depp a analysé un échantillon de questionnaires sur le harcèlement. Ils avaient été distribués au début de novembre 2023 dans le cadre des actions de prévention et de lutte contre le harcèlement.

Le Sies, suivant l'avis n°3, continue à développer InserSup, qui permet de produire des indicateurs d'insertion professionnelle des sortants du supérieur. En 2023, les premiers résultats concernaient les Masters et Licences professionnelles. En 2024, l'extension inclura les Licences générales, ainsi que les diplômés d'écoles d'ingénieurs et de commerce. Elle s'enrichira notamment de la mise à disposition de nouveaux indicateurs sur les rémunérations et le type de contrat de travail.

Par ailleurs, en 2024, des travaux seront lancés pour intégrer dans le dispositif des fichiers de non-salariés. Enfin, un travail d'unification des données d'InserSup avec des données des enquêtes d'insertion professionnelle sera réalisé pour produire des taux d'emploi intégrant les activités exercées à l'étranger.

En parallèle, la Dares (Direction de l'animation de la recherche, des études et des Statistiques) et le Sies vont appairer les données de la DSN (Déclaration sociale nominative) avec les fichiers d'inscription et de diplôme Sise pour mieux appréhender l'impact de l'emploi étudiant sur les parcours universitaires.

Par ailleurs, la DGESIP (Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle) élaborera en 2024 un nouveau système d'information répertoriant toutes les formations supérieures. Ce répertoire devrait permettre des gains d'efficacité et de qualité du dispositif Sise sur lequel s'appuie InserSup.

En lien avec l'avis de moyen terme n°1 sur les inégalités de santé, le programme de travail du Sies prévoit également d'instruire en 2024 la stratégie à adopter pour mieux appréhender la santé des étudiants à travers le SNDS (Système national des données de santé) en lien avec la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) et la Drees (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques).

Pascal CHEVALIER, rapporteur de la commission

Je poursuivrai ce point d'information par la synthèse du programme de travail des autres producteurs qui relèvent de la Commission. Les travaux présentés relèvent de l'offre de services publics. Ceux qui découlent de la demande de services publics sont présentés en commission « Démographie et questions sociales ».

La Cnaf (Caisse nationale d'allocations familiales) poursuivra en 2024 la modernisation, entamée il y a quelques années, de son système d'information décisionnel de la branche Famille. Elle permettra à terme un accès à des données plus récentes, nombreuses et détaillées. La bascule est prévue mi-2024. La Cnaf prévoit par ailleurs une meilleure valorisation de ces données avec une offre de séries plus large et des séries mieux data visualisées via la mise en place d'une plateforme dédiée de mise à disposition de ces séries statistiques dénommée Cafdata.

En lien avec la Dares (Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques), la Cnaf poursuivra en 2024 une étude sur les sanctions prononcées à l'encontre des bénéficiaires du RSA (Revenu de solidarité active), de manière à mieux comprendre la gestion des sanctions départementalisées et leur impact sur la reprise d'une activité professionnelle.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a prévu en 2024 de rationaliser en lien avec la Drees la collecte des données à destination des conseils départementaux de manière à gagner en pertinence et qualité des données collectées. Elle travaille par ailleurs sur une application dénommée « Portraits de territoire » qui permettra un accès facilité aux données locales et nationales, en particulier des conseils départementaux et des ARS (Agences régionales de santé).

Conformément à l'avis n°5 de moyen terme de cette commission, les services statistiques ministériels (SSM) de la Sécurité intérieure et de la Justice poursuivront en 2024 la construction du dispositif de suivi longitudinal des procédures et affaires par rapprochement des données des ministères de l'Intérieur et de la Justice, en s'appuyant en particulier sur le code statistique non signifiant. Ces travaux visent à évaluer statistiquement le suivi pénal par champs contentieux, en portant une attention particulière à différentes populations.

Le SSMSI poursuivra en 2024 ses travaux dans le domaine de la délinquance enregistrée, d'abord au travers de la construction de séries longues, mais également d'une meilleure valorisation des données départementales et communales. Il élargira notamment la palette des résultats associés à l'enquête Vécu et ressenti en matière de sécurité (VRS) édition 2022.

Il publiera également en 2024 des indicateurs départementaux à partir des résultats de cette enquête. Il associera à la collecte des enquêtes de 2024 et 2025 des questionnaires spécifiques, à la fois sur les victimations dans le sport et les loisirs encadrés en lien avec l'Injep (Institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire), ainsi que sur les violences subies ou perçues liées à l'usage de substances psychoactives.

Conformément à l'avis de moyen terme n°6, relatif au système d'information sur la délinquance, le SSMSI envisage de réaliser un appariement entre les répondants à l'enquête VRS et les bases statistiques sur la

délinquance afin de comparer les déclarations d'enquête en termes de dépôt de plainte dans les données d'enquête avec la réalité administrative. Un appariement avec les non-répondants permettra d'améliorer les traitements post collecte de l'enquête réalisée actuellement.

Le SSMSI entamera aussi en 2024 l'ouverture au CASD de ses bases statistiques issues des données administratives enregistrées par la police ou la gendarmerie. Il prévoit par ailleurs d'investir dans la thématique de l'emploi et des conditions de travail dans les métiers de la sécurité, en lien avec l'avis n°9 de cette Commission relatif aux conditions de travail du personnel des services publics. Cette approche consistera donc à analyser ce qu'il est possible de trouver au travers des données administratives, mais également des données d'enquête.

De son côté, le SSM Justice réalisera en 2024 la collecte de l'enquête « Les Français et la Justice » (EFJ), dont l'un des objectifs est de mesurer la satisfaction des personnes ayant été confrontées à la Justice, mais également de saisir le phénomène de non-recours à la Justice pour les contentieux les plus courants dans le domaine civil. Les résultats de cette enquête seront publiés en 2025. Ces travaux correspondent aux avis n°8 et n°10 du moyen terme de cette Commission relatifs aux inégalités d'accès aux services publics et aux indicateurs de qualité des services publics.

En outre, conformément à l'avis n°4 relatif aux trajectoires des jeunes en prise avec la Justice, le SSM Justice poursuivra ses travaux sur le panel des mineurs et son élargissement aux jeunes de moins de 26 ans, dit « Panel des jeunes ». Il s'appuiera largement sur le recours au code statistique non signifiant.

En attendant sa mise en place, une analyse des trajectoires scolaires et d'insertion sur le marché du travail d'une cohorte de jeunes ayant été confrontés à des mesures éducatives sera menée sur la base de rapprochement des fichiers entre le SSM Justice d'une part, la Depp et la Dares d'autre part. Ce travail est lié aux avis n°3 et n°4 de la Commission, qui portent sur les trajectoires des jeunes dans le système éducatif jusqu'au monde professionnel et sur les trajectoires des jeunes en prise avec la justice.

II. ÉVALUER LES INÉGALITÉS DE SANTÉ EN LIEN AVEC L'OFFRE ET LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

Antoine BOZIO, président de la commission

La question des inégalités de santé fait partie des grands sujets élaborés dans le cadre des objectifs de moyen terme. La commission d'aujourd'hui est la première dédiée à ce thème.

.1 Panorama des sources disponibles

Benoît OURLIAC, Drees

La mesure des inégalités sociales et territoriales dans le domaine de la santé est complexe, car la santé ne se limite pas à l'absence de maladie, mais englobe un bien-être physique, mental et social. Nous utilisons de nombreux indicateurs pour couvrir ces aspects variés. L'approche traditionnelle pour mesurer ces inégalités inclut l'analyse selon le niveau de formation, le niveau de vie, la catégorie socioprofessionnelle et le lieu de résidence, avec certaines spécificités propres au domaine de la santé.

La première difficulté tient au fait que la mesure des inégalités sociales de santé nécessite de grands échantillons en raison de la forte corrélation entre l'état de santé et l'âge. Pour une analyse précise, il est essentiel de segmenter les données par catégories d'âge détaillées et par sexe, permettant de standardiser et comparer différentes populations. Cette exigence rend complexes les études régionales ou celles ciblant des groupes sociaux restreints, particulièrement pour des indicateurs comme l'espérance de vie sans incapacité.

La seconde difficulté concerne l'incidence des mobilités sociales et résidentielles sur les inégalités de santé. Elle est un peu le reflet des conditions de vie des intéressés. Nous sommes même en mesure de mettre en évidence des transmissions de ces inégalités.

L'accès aux soins est le reflet de l'équilibre entre les besoins de santé et l'offre disponible. Historiquement centrés sur les maladies aiguës et sur l'hospitalisation, les parcours de soin évoluent vers les soins primaires, en réponse au vieillissement de la population et à l'augmentation des maladies chroniques. Ce réajustement marque un déplacement du curseur entre les soins hospitaliers et les soins de ville.

Étant donné que le système de santé se réorganise avec la gradation des soins, la pluriprofessionnalité, les évolutions technologiques, le développement de l'ambulatoire à l'hôpital, du numérique en santé, etc., la description traditionnelle de l'offre de soins par la mesure du nombre de lits et de médecins ne suffit plus.

Mesurer l'offre de soins est possible, mais définir statistiquement les besoins en santé de la population reste un défi, limitant l'analyse à des approches conventionnelles.

L'*European Health Interview Survey*, une enquête harmonisée, qui rentre dans le champ du règlement IESS (*Integrated European Social Statistics*), est réalisée tous les six ans. Elle partage des traits avec d'autres enquêtes publiques, utilisant des concepts comparables pour caractériser les individus et mesurer les inégalités sociales. Elle s'inscrit dans la continuité des enquêtes décennales de santé menées par l'Insee depuis les années 1960.

L'enquête aborde trois grandes thématiques : l'état de santé, le recours aux soins et les déterminants de santé, en déclinant divers indicateurs relatifs aux inégalités sociales. Historiquement centrée sur le niveau national, elle ne permettait pas de documenter les inégalités territoriales de santé. L'édition 2025 réalisera trois enquêtes en une. Outre l'étude européenne qui vise à une représentativité nationale, des extensions permettront la prise en compte des cinq Drom et l'établissement de comparaisons avec la métropole. Cette approche avait déjà été initiée en 2019.

Une grande innovation consistera aussi dans le lancement d'une enquête « Santé et territoire ». Elle sera constituée d'un vaste échantillon de 200 000 personnes. Sur le modèle de l'enquête ÉpiCov (Épidémiologie et conditions de vie sous la Covid 19) ou de l'« enquête filtre » VQS (Vie quotidienne et santé), elle permettra de décliner les principaux indicateurs de l'enquête au niveau départemental. Elle permettra aussi de constituer des sous-échantillons de 20 000 personnes sur des thématiques ciblées.

La santé est également présente un peu partout dans les statistiques publiques. Outre l'enquête Santé européenne évoquée précédemment, évoquons l'enquête « Vie quotidienne et santé » et puis le dispositif d'enquête sur l'autonomie, qui sont davantage ciblés sur la santé des personnes dépendantes. Nous trouvons aussi des modules *ad hoc* sur la santé dans les enquêtes SRCV (Statistiques sur les ressources et conditions de vie), « Emploi et conditions de travail », ainsi que dans la nouvelle enquête de victimation du SSMSI « Vécu et ressenti en matière de sécurité » que nous exploiterons cette année.

Depuis une quinzaine d'années, le mini-module santé européen est intégré à toutes les enquêtes de la statistique publique concernant les ménages. Il inclut trois questions sur l'état de santé déclaré, les maladies chroniques et les incapacités. Dernièrement, il a été envisagé d'intégrer ce module au recensement de la population à partir de 2025. Cette évolution permettrait de produire des indicateurs concernant l'espérance de vie sans incapacité et d'opérer à un niveau géographique fin.

Les enquêtes sur la santé ne sont pas toutes liées au service statistique public. D'autres organismes, coordonnés par le Conseil national de l'information statistique, participent également à la démarche et réalisent diverses enquêtes soumises à des avis d'opportunité. Ces évolutions illustrent que le nombre d'organismes concernés par la démarche s'élargit, que les thématiques se multiplient, que l'effort de coordination au sein du Cnis aboutit, notamment en termes d'harmonisation des concepts et des méthodes.

Dans ce panorama des sources, il convient également de signaler la place croissante des données médico-administratives dans le domaine de la santé. La France dispose en effet d'un patrimoine vraiment exceptionnel en la matière grâce au système national des données de santé alimenté par la Cnam. Cet entrepôt regroupe des données sur les soins, sur les hospitalisations, ainsi que les certificats de décès de tous les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire. Initialement conçu pour piloter les politiques de santé et l'assurance maladie, il sert également à la recherche clinique, épidémiologique et aux statistiques publiques, bien que son utilisation présente certaines limites pour les statistiques publiques.

La première de ces limites tient au fait que cet entrepôt couvre uniquement les bénéficiaires de l'assurance maladie obligatoire. Cet ensemble peut évidemment diverger de la population résidente au sens du recensement. Les caractéristiques sociodémographiques en sont également absentes puisque cet ensemble s'intéresse principalement aux données de prise en charge médicale et financière.

Pour étudier finement les inégalités sociales et territoriales de santé, il est crucial de compléter ces données avec des informations sur les non-recours aux soins, sur les comportements à risque, sur la santé perçue, etc. De plus, le SNDS ne mesure pas directement l'état de santé, mais les consommations de soins. Il est

ainsi nécessaire de mener un travail minutieux, comme la cartographie des pathologies par la Cnam, pour identifier les pathologies sous-jacentes via des algorithmes accessibles aux utilisateurs du SNDS.

Pour pallier ces lacunes, nous procédons à des appariements avec des enquêtes statistiques. Ces dernières offrent une meilleure représentativité et comparabilité. Elles permettent aussi de cibler des sous-populations spécifiques non identifiables dans le SNDS, comme les étudiants, les détenus, ou les professionnels de santé, enrichissant ainsi la diversité des informations recueillies.

Le SNDS présente néanmoins l'avantage de réduire la charge de réponse et d'économiser du temps. Il aide également à corriger les biais de mémoire dans les enquêtes sur le recours aux soins, révélant des divergences entre les déclarations des sondés et les données observées. De plus, il améliore la qualité statistique en optimisant les plans d'échantillonnage et en affinant la correction des non-réponses. Finalement, il offre une validation externe des perceptions de santé déclarées, en éclairant les pathologies et leur gravité sous-jacentes.

Venons-en à présent à l'offre de soin. La France distingue traditionnellement les établissements hospitaliers et les soins de ville. Le dispositif d'observation comporte ainsi deux branches. S'agissant des établissements de santé, l'enquête administrative dénommée Statistique annuelle des établissements (SAE) est exhaustive. Elle recueille des données sur la localisation, l'activité, les capacités (lits, places), les équipements (IRM, scanners) et les ressources humaines.

S'agissant des soins de ville, l'accent est mis sur la démographie des professionnels de santé. Pour ce faire, nous utilisons plusieurs sources qui sont imparfaites, telles que le RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé), les registres professionnels et la base « Tous salariés ». Un effort de consolidation de ces données est en cours pour mieux mesurer, outre la localisation, l'activité des professionnels de santé et son incidence sur l'offre de soins locale.

La situation des systèmes d'information en santé est en constante évolution, influencée par les recompositions de l'offre de soins et l'urbanisation des systèmes d'information. Avec la Feuille de route du numérique en santé, de nombreux systèmes sont déployés ou renouvelés, tels que le Répertoire opérationnel des ressources (Ror) et le Fichier national des établissements sanitaires et sociaux (Finess). Ces évolutions offrent des opportunités à moyen et long terme, mais présentent des risques pour la production statistique à court terme.

Par ailleurs, dans un contexte de tensions des ressources humaines en santé, nous développons des approches conjoncturelles et prospectives pour documenter cette problématique. Nous menons des enquêtes dans les écoles de formation pour anticiper la disponibilité future, renforçons les projections démographiques et exploitons la Déclaration sociale nominative (DSN).

La majorité des sources mentionnées sont disponibles en *open data*. Cette disponibilité a donné lieu à une myriade de sites qui produisent et diffusent des indicateurs. Ils sont souvent très bien réalisés, mais leur profusion peut obscurcir la clarté de l'information statistique sur l'offre de soins en France.

Concernant l'accès et le recours aux soins, nous abordons la dimension territoriale par l'observation des établissements de santé. En partenariat avec l'Irdes, la Drees a développé les Indicateurs de l'accessibilité potentielle localisée (APL) pour évaluer l'équilibre spatial entre offre et demande de soins au niveau communal. Ces indicateurs concernent cinq professions de premier recours et commencent à s'étendre à la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie. Mis à jour annuellement, ils présentent des limites, notamment l'exclusion des médecins spécialistes et une approche sectorielle qui ne reflète pas la tendance vers une plus grande pluriprofessionnalité et coordination des soins. Nous envisageons des améliorations pour mieux intégrer ces dynamiques dans nos mesures d'accessibilité.

Pour les soins moins fréquents, l'accessibilité territoriale est mesurée par la distance ou par les temps d'accès, c'est-à-dire la localisation des établissements et de la population. Cette approche est plus adaptée à des études ponctuelles qu'à la production statistique régulière, car chaque catégorie de soins nécessite une méthodologie spécifique. Par exemple, nous avons étudié l'accessibilité aux maternités et aux unités neurovasculaires pour les AVC (accidents vasculaires cérébraux). Ces analyses réclament beaucoup d'efforts et nécessitent une priorisation basée sur la demande sociale.

Ces analyses territoriales peuvent aussi être combinées avec l'analyse des inégalités sociales. Nous développons une approche « écologique » qui consiste à croiser les indicateurs d'accessibilité territoriale avec les caractéristiques sociodémographiques du territoire de résidence. Ces indicateurs sont aussi

intégrés dans les analyses individuelles, supposant que tous les résidents d'un territoire bénéficient d'une accessibilité identique.

La dimension financière de l'accès aux soins est analysée sous trois angles : les dépenses de santé des ménages, leur reste à charge et l'impact du financement du système de santé sur le niveau de vie. Faut de données directes, nous utilisons des modèles de microsimulation, notamment Ines-Omar de la Drees. Le dernier millésime portait sur l'année 2019. Le millésime 2023 est en cours pour mesurer les effets de la crise sanitaire.

Concernant le renoncement aux soins pour motifs financiers, des questions qualitatives sont posées chaque année dans l'enquête SRCV et tous les six ans dans l'enquête EHIS. La fiabilité de ces mesures est fragile, car elle est significativement influencée par la formulation de la question et par son contexte. Par exemple, l'enquête SRCV révèle que 4 % de la population renonce aux soins, tandis qu'un baromètre de la Fédération hospitalière de France (FHF) fournit un taux de 60 %. Ces écarts démontrent l'importance d'analyser ces données avec prudence, en se concentrant sur les tendances temporelles et les comparaisons entre groupes sociaux.

Le refus de soins concerne les populations les plus précaires comme les bénéficiaires de l'Aide médicale d'État (AME) ou de la Complémentaire santé solidaire. La Drees a mené une étude à ce sujet avec l'Institut des politiques publiques il y a deux ans.

La qualité des soins et l'expérience des patients sont principalement évaluées par la Haute autorité de santé et les ordres professionnels. Le Service statistique public se concentre sur les opinions générales de la population concernant le système de santé par l'intermédiaire du baromètre de la Drees, qui mesure tous les deux ans la satisfaction eu égard à l'accès aux soins. Cette enquête permet de suivre l'évolution de ces paramètres dans le temps.

Nous nous intéressons aussi à l'expérience des patients avec le système de santé. Elle fait l'objet de l'enquête PaRIS (*Patient-Reported Indicator Surveys*) de l'OCDE, réalisée fin 2023 en France et dans d'autres pays membres. Cette enquête, centrée sur les interactions des patients avec leurs médecins généralistes dans la prise en charge des maladies chroniques, sera évaluée pour déterminer les actions futures.

En conclusion, le système statistique couvre bien l'ensemble des domaines nécessaires à la mesure et à l'analyse des inégalités sociales et territoriales de santé. Il exploite bien les complémentarités entre les enquêtes statistiques et les données administratives, avec un renforcement continu des synergies possibles. Nous investissons pour améliorer cette production, notamment en affinant l'observation géographique et en mesurant l'expérience des patients avec leur parcours de soins.

Parmi les points négatifs, la densité de l'environnement institutionnel complique l'accès des usagers à l'information. La très forte dépendance de notre production statistique au système d'information numérique en santé offre certes des opportunités à moyen et long terme, grâce aux synergies avec le SNDS, mais compromet la continuité de certaines statistiques à court terme. Une adaptation à la recomposition de l'offre de soins reste nécessaire. De plus, la complexité des sources et des demandes sociales augmente alors que nos ressources stagnent.

Antoine BOZIO

J'aurai deux questions. La première porte sur la diapositive relative aux sources externes au système statistique. Parmi les autres producteurs figure par exemple l'enquête Share (*Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe*), sur les questions de santé concernant les populations de cinquante ans ou plus. Cela signifie-t-il que l'enquête Share n'est pas intégrée à la coordination des enquêtes orchestrée par le Cnis ?

Benoît OURLIAC

Mon recensement était trop rapide. Il conviendra de corriger le document pour sa diffusion.

Antoine BOZIO

Comme nous avons accueilli les organisateurs de l'enquête Share et insisté sur leur coopération avec le Cnis, ce point m'avait interloqué.

Ma seconde question est la suivante. Avez-vous envisagé d'exploiter les données des plateformes de prises de rendez-vous ?

Benoît OURLIAC

Le sujet des délais d'attente est bien mentionné dans l'avis de moyen terme. La Drees l'a étudié il y a une dizaine d'années. Une enquête menée en 2018, adossée à la cohorte Constances, s'est achevée sur un bilan assez mitigé, principalement du fait de l'absence de consensus sur les objectifs de cette mesure.

Une telle étude requiert une méthodologie assez complexe. Elle nécessite un échantillon prospectif de patients pour analyser leur accès et parcours de soins. Elle s'est avérée compliquée et lourde, face à l'hétérogénéité des situations selon les profils des professionnels de santé, des patients, et des motifs de consultation. Les délais varient énormément selon qu'il s'agisse d'un soin urgent, d'une vaccination ou d'un rendez-vous de contrôle.

Les méthodes de prise de rendez-vous diffèrent aussi grandement. Les rendez-vous annuels ou moins fréquents exigent de grands échantillons suivis sur une longue durée. La répétition régulière d'une telle mesure, indispensable pour constituer un véritable observatoire des délais d'attente, représenterait un coût considérable.

Mettre à profit les plateformes de prise de rendez-vous avait été évoqué il y a dix ans, mais elles en étaient alors à leurs balbutiements. Elles avaient été écartées et envisagées seulement pour l'avenir. Aujourd'hui, si nous rouvrons le sujet, nous privilégierions clairement cette piste de travail.

Nous avons d'ailleurs engagé des discussions avec ces plateformes. Leurs données ne se limitent pas toutefois à la prise de rendez-vous. La gestion des agendas des cabinets médicaux nous intéresserait bien davantage, car elle offrirait une vision exhaustive de l'organisation du travail des médecins et permettrait d'évacuer un certain nombre de biais.

Les discussions avec les plateformes avancent lentement, principalement car leurs systèmes d'information ne sont pas conçus pour fournir des données exploitables à des fins statistiques. Nous allons essayer d'établir des PoC (*Proofs of Concept* / Preuves de concept). Mais nous n'écartons pas la possibilité de recourir à l'article 3 *bis* de la loi n°51-711 du 7 juin 1951.

.2 Les inégalités de santé dans le champ de la médecine libérale

Damien VERGÉ, Cnam

Benoît Ourliac a dressé un vaste panorama. Je me concentrerai, outre la médecine libérale, sur la médecine de ville. En tant que gestionnaire du régime d'assurance maladie, nous supervisons aussi les relations avec les offreurs de soins de ville.

Nous discuterons des médecins tant libéraux que salariés des centres de santé. Benoît Ourliac a évoqué l'offre médicale ambulatoire, qui inclut les actes dans les établissements de santé et les services d'urgence, qui varient selon les territoires. Il n'en sera pas question ici. Il a aussi mentionné la transformation de l'offre de soins avec des structures pluriprofessionnelles.

L'approche des inégalités de santé est complexe, comme l'a montré la présentation de Benoît Ourliac. À l'Assurance maladie, nous contribuons au débat, en fournissant des indicateurs sur le champ de la politique publique dont nous avons la charge.

Nos deux prismes principaux concernent l'accessibilité géographique et l'accessibilité économique. Concernant la médecine de ville, en particulier la médecine libérale, deux aspects sont particulièrement importants : la liberté d'installation des praticiens et la liberté tarifaire pour un certain nombre d'entre eux.

Sur ce second point, le secteur 2 représente aujourd'hui à peu près la moitié des spécialistes en France. Cette proportion a tendance à augmenter, ce qui pose évidemment un problème du point de vue de l'accessibilité financière.

Il ne faut toutefois pas limiter le débat à des questions d'accessibilités géographique et financière. Comme Benoît Ourliac l'a évoqué, d'autres sources d'inégalité plus complexes existent telles que la fracture

numérique et l'accès à l'information. Il est compliqué d'optimiser son parcours de soins. Or cette complexité constitue aussi une source d'inégalités.

Objectiver les tensions pour l'accès aux soins est complexe. Mesurer les délais d'obtention de rendez-vous, les renoncements ou les refus de soins ne s'opère pas de manière industrialisée. Bien que l'Assurance maladie ne pilote pas directement les enquêtes, elle y contribue significativement, notamment via la cohorte Constances, qui collecte les données de 200 000 individus au travers des centres de santé. Nous fournissons également des données pour le SNDS, principalement à des fins académiques, dans un cadre extrêmement réglementé.

Pour rappel, l'Assurance maladie est le producteur historique du SNDS et joue aujourd'hui le rôle de concentrateur. Bien que basé sur le système de facturation des caisses primaires, le SNDS est enrichi par d'autres sources. Outre le régime général, la MSA et l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation), avec le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), y contribuent également. L'Inserm renseigne les causes de décès. Des intégrations avec la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) sont aussi en cours pour inclure les données des MDPH (Maisons départementales des personnes handicapées). Nous espérons pouvoir mettre à disposition ces données supplémentaires d'ici à la fin de l'année.

À partir de cette richesse de données, nous produisons de nombreux indicateurs relatifs, si ce n'est aux inégalités, du moins aux disparités d'accès à la santé. Ils présentent toutefois certaines limites. J'y reviendrai.

Concernant l'accessibilité géographique, une multitude d'indicateurs et de sites existe. Je n'en dresserai pas une liste exhaustive. Nous produisons une grande quantité d'indicateurs de base pour la médecine. Elles couvrent les généralistes et les spécialistes ; elles incluent des données sur les effectifs et sur la densité avec des répartitions régionales et départementales. Pour faciliter l'accès à ces informations, nous les avons mises à disposition sous forme de data visualisation en *open data* sur la plateforme data.ameli.fr.

Nous avons également initié une démarche de labellisation light pour garantir la qualité de ces données reconnues d'intérêt général. Cette labellisation vise à assurer l'objectivité et la transparence des données. Par ailleurs, nous communiquons également des données relatives à l'activité. Elles sont essentielles pour comprendre les changements dans le modèle de la médecine libérale et mesurer l'accessibilité aux soins à travers le nombre de consultations et de visites, ainsi que les journées travaillées. Ces mesures permettent de suivre les évolutions dans l'offre de soins. Elles incluent la permanence des soins pendant les week-ends et en soirées.

Nous suivons aussi plusieurs indicateurs de santé publique essentiels pour lesquels les médecins jouent un rôle crucial vis-à-vis de leur patientèle. Tels sont la vaccination, les dépistages et le suivi des pathologies chroniques, comme le dosage de la glycémie chez les diabétiques. Ces indicateurs sont relativement simples à construire et éclairent les décideurs publics. De plus, des outils plus avancés, comme l'accessibilité potentielle localisée (APL), ont été développés par l'Irdes et la Drees, notamment pour les médecins généralistes et des travaux sont en cours à l'Irdes pour trois spécialités : la cardiologie, la dermatologie et l'ophtalmologie.

L'APL est utilisée par les ARS pour définir des zones d'intervention prioritaire ou des zones d'action complémentaire, signalant les déficits en offre de soins. Ces zonages permettent à l'Assurance maladie d'implémenter des mesures concrètes, comme des incitations financières démographiques pour encourager l'installation de médecins dans des zones sous-dotées. Pour les chirurgiens-dentistes, infirmiers, et kinésithérapeutes, des régulations plus coercitives limitent la liberté d'installation dans les zones surdenses. Ces indicateurs peuvent aussi aider à guider certaines actions locales des caisses, qui ciblent les populations vulnérables ou éloignées du système de soins pour les réintégrer efficacement.

Les outils présentés connaissent néanmoins de nombreuses limites. Par exemple, bien que l'activité de chaque médecin libéral soit suivie par le biais du SNDS, les médecins salariés dans les centres de santé ne sont pas identifiés de manière individuelle ; la facturation est liée au numéro du centre. Nous ignorons ainsi le nombre exact de médecins dans les centres, leur temps de travail et les actes spécifiques réalisés par chacun. Ce point est problématique, notamment dans les centres dentaires qui se multiplient, car sans identifier ces professionnels il est difficile d'estimer correctement la quantité d'offre de soins, qui est un préalable à toute forme de régulation. Le dernier accord conventionnel avec les dentistes prévoit la prise en compte des effectifs en centres pour la régulation de l'installation ce qui passe nécessairement par une évolution de notre système d'information (et de facturation) pour parvenir à recenser précisément les salariés et mesurer leur activité.

Concernant les médecins remplaçants, notamment chez les généralistes, nous ne pouvons pas les identifier, car ils utilisent la carte du titulaire. Cette situation limite notre capacité à analyser l'évolution de leur activité et les impacts du recours aux remplaçants dans le temps.

Permettez-moi de revenir sur le phénomène d'hyperspécialisation des médecins spécialistes, en prenant l'exemple des cardiologues dans le cadre de l'APL. Les cardiologues peuvent se concentrer sur la rythmologie, sur la pratique clinique ou sur les interventions chirurgicales. L'APL ne peut pas traiter de cette diversité car le sujet est trop complexe. Cela limite donc la portée d'un tel outil car le spécialiste adapté pour un patient avec une pathologie spécifique n'est pas forcément le plus proche de son domicile. Des études détaillées effectuées par la Cnam sur certaines spécialités, comme celles publiées sur les cardiologues et bientôt sur les ophtalmologues, révèlent des différences significatives dans les pratiques, qui requièrent un travail statistique complexe.

Depuis la crise sanitaire, la télémédecine et la télé-expertise se sont aussi développées en modifiant considérablement la notion d'accès géographique. Un spécialiste à 800 kilomètres peut désormais offrir des examens et des expertises décisives à distance. Ce changement s'intègre progressivement dans les pratiques courantes des professionnels de santé et marque une évolution durable des modes de soin.

Nous nous concentrons principalement sur la maille géographique communale pour les analyses, mais descendre au-dessous de cette échelle devient complexe. L'échelle communale ne reflète pas toujours fidèlement la réalité, comme dans le cas des déserts médicaux en région parisienne. C'est pourquoi les ARS ont une marge de manœuvre dans l'interprétation de leur zonage géographique. Concernant l'évaluation du besoin en soins, comme l'a mentionné Benoît Ourliac, il peut être perçu comme infini. Nous expérimentons des modèles de rémunération à la capitation, qui posent le défi de caractériser précisément le besoin médical du patient. Trouver l'équilibre entre un modèle clair et exploitable et un modèle qui soit précisément ajusté au risque est extrêmement difficile.

En termes d'accessibilité financière, les limites du SNDS sont assez vite atteintes, au-delà de ce qui concerne le reste à charge pour l'assuré avant prise en charge par une assurance complémentaire, le ticket modérateur et la participation forfaitaire. Les dépassements d'honoraires en médecine de ville constituent un sujet majeur. Des dispositifs protecteurs comme la C2S (complémentaire santé solidaire) et l'ALD (affection de longue durée) existent, mais les dépassements demeurent un défi. Nous fournissons des données en *open data* qui détaillent les honoraires et les dépassements par profession et par spécialité.

Il existe trois secteurs de conventionnement. Le secteur 1 au sein duquel les médecins respectent les tarifs opposables, sauf exceptions liées à des exigences de patients. Le secteur 2 permet des dépassements d'honoraires. Le secteur 3 concerne les médecins non conventionnés, qui n'adhèrent pas à la convention de l'Assurance maladie. Leur nombre (quelques centaines) est peu élevé comparé aux 100 000 médecins libéraux sur notre territoire. Pour limiter les dépassements, l'Assurance maladie a créé l'Optam et l'Optam-CO, qui incitent financièrement les médecins à modérer leurs dépassements en échange d'avantages tarifaires, visant à améliorer l'accessibilité financière aux soins : techniquement on rachète les dépassements ; la moitié des médecins libéraux y adhèrent aujourd'hui.

Enfin, pour évaluer l'accessibilité financière, il convient de mesurer les variables socioéconomiques dans le SNDS, où elles sont peu présentes. Comme l'a mentionné Benoît Ourliac, deux indicateurs principaux sont utilisés : le bénéfice de la Complémentaire santé solidaire (C2S) et l'indice de défavorisation, un indicateur communal conçu par l'Inserm basé sur des données fiscales et de recensement, qui considère le taux de chômage et le revenu moyen. Cependant, ces indicateurs restent limités.

Les principales limites concernant l'accessibilité financière sont dues à une connaissance lacunaire de la situation financière des bénéficiaires de soins dans le SNDS, puisque nous ne disposons pas de données sur le revenu, hormis de manière partielle pour le calcul des indemnités journalières. Ce manque de données et le fait que ces informations ne sont disponibles que pour les patients en indemnité journalière soulignent le besoin d'enrichir le SNDS.

Heureusement, l'outil EDP-Santé de la Drees permet des analyses plus complètes grâce à un appariement entre le SNDS et des données de recensement. Un exemple frappant de cette application est une étude de la Drees qui croise les données de pathologies de la Cnam avec des données socioéconomiques. Il révèle par exemple l'existence de gradients sociaux selon les pathologies. Un déficit majeur demeure l'absence de données sur la couverture complémentaire dans le SNDS, qui empêche d'évaluer le reste à charge réel après intervention des assurances. Ce point constitue une lacune significative pour comprendre les inégalités de santé.

Mentionnons que l'intégration des informations des complémentaires dans le SNDS, bien que prévue par la loi, reste un projet colossal en raison de la diversité et de l'hétérogénéité des acteurs, chacun disposant de son propre système d'information. Des avancées ont néanmoins lieu en la matière avec l'intégration prochaine de la base Arac dans le catalogue du SNDS. Cette base, issue de la mutuelle Malakoff Humanis, comprend trois années de données de consommation et de remboursement pour presque un million de personnes, de 2016 à 2018. Quoique ces données précèdent la crise sanitaire et certaines réformes clefs, leur disponibilité pour la recherche, après approbation de la Cnil, offre une nouvelle perspective pour des études. Ce progrès constitue une note d'espoir pour le futur des recherches en santé sur cette thématique.

.3 Les données sur les inégalités d'accès aux soins dans le Baromètre de Santé publique France

Yann LE STRAT, Santé publique France

Le Baromètre de Santé publique France existe depuis trente ans. C'est un observatoire utile à l'action. C'est une enquête transversale. Elle était précédemment annuelle et se répète à présent tous les deux ans. Réalisée par téléphone depuis 1992, elle participe à l'orientation des politiques publiques de santé.

J'en donnerai trois exemples. Premièrement, l'augmentation significative des épisodes dépressifs chez les jeunes entre 2017 et 2021 a déclenché des campagnes d'information ciblées. Deuxièmement, cette enquête nous a permis de suivre la prévalence du tabagisme et d'évaluer l'impact des politiques antitabac, comme l'augmentation tarifaire ou l'introduction du paquet neutre. Troisièmement, elle permet aussi de suivre l'évolution des connaissances et des comportements protecteurs contre certaines maladies, comme celle transmise par les tiques.

Le baromètre aborde l'accès aux soins de manière parcellaire et inégale suivant les éditions. Il s'attache plutôt à décrire les inégalités liées aux comportements de santé et à la connaissance des recommandations en termes de prévention, en explorant les inégalités sociales et territoriales, en intégrant des variables telles que le diplôme, la catégorie socioprofessionnelle, les revenus, le sexe, la situation familiale et l'origine. Il couvre désormais les Drom, à l'exception de Mayotte.

Bien que détaillé, il n'offre qu'une vision stratifiée des inégalités de santé. Comme la durée du questionnaire s'étend de 35 à 40 minutes, les analyses sont systématiquement découpées selon les variables de positions sociale et territoriale. Comme chaque équipe peut y intégrer ses thématiques, la place accordée à chacune d'entre elles est relativement réduite.

Certaines éditions ont exploré l'accès aux soins, notamment en interrogeant le public sur la consultation d'un médecin généraliste au moins une fois dans l'année et sur le renoncement à des soins pour des raisons financières. En 2010, une analyse spécifique a été menée auprès des 15-30 ans en utilisant des variables sociodémographiques. Cependant, avec des tailles d'échantillons restreintes, comme les 2 000 personnes enquêtées, il paraissait difficile de conduire des analyses régionales approfondies.

En 2010, une analyse parmi les 55-65 ans révélait l'influence de facteurs sociodémographiques sur les consultations médicales. Les ouvriers de 55-80 ans sont ceux qui font le moins appel aux différents praticiens. Le recours à un dentiste au moins une fois dans l'année qui était significativement plus fréquent parmi les quinze professions intellectuelles supérieures. De même, les femmes de cette catégorie se rendaient plus fréquemment chez le gynécologue.

En 2014, le Baromètre a analysé la santé buccodentaire des adultes, révélant une corrélation entre le recours à un dentiste et plusieurs facteurs sociaux. Les adultes sans baccalauréat et les chômeurs avaient significativement moins recours aux soins dentaires par rapport à d'autres catégories professionnelles et à des personnes plus éduquées.

Nous avons également réalisé des analyses territoriales, notamment à La Réunion et en Guyane, en interrogeant les résidents sur le renoncement aux soins pour des raisons financières. Les résultats ont mis en évidence des difficultés d'accès aux médecins et des problèmes de temps d'attente.

Nous avons aussi travaillé sur la dépression en France en observant l'évolution entre 2005 à 2010. Les résultats indiquent que les femmes et les 45-54 ans étaient plus fréquemment hospitalisés à la suite d'une tentative de suicide. Les jeunes adultes, notamment les 18-24 ans, étaient plus souvent suivis par des psychologues, mais moins par des médecins traitants, contrairement aux 75-85 ans. Parmi ceux n'ayant pas été hospitalisés, 45 % étaient suivis par un médecin ou un psychologue, sans distinction de genre ou d'âge.

En 2020, nous avons étudié la polymédication chez les seniors. En 2017, nous avons révélé un renoncement aux soins plus élevé chez les chômeurs que chez les personnes qui travaillent.

Le baromètre de santé évolue pour répondre aux besoins des politiques publiques en matière de prévention. Désormais, il se répétera tous les deux ans, pendant les années paires, avec un focus sur la cohérence des objectifs et des thématiques de l'enquête. Un comité de pilotage, incluant la Drees, la Cnam, et la DGS, supervise ce processus. Nous avons veillé à ne pas répéter l'EHIS. L'enquête cible les 18-79 ans résidant en France hexagonale et dans les Drom, à l'exception de Mayotte qui ne permet pas l'utilisation de la base Fidéli.

La refonte de l'enquête permettra de produire des estimations régionales tous les deux ans. Les thématiques, choisies en coordination avec le comité externe pour les éditions de 2024 à 2030, complètent les enquêtes existantes et sont alignées avec les plans nationaux et les dynamiques des indicateurs. Un tronc commun de questions sera maintenu à chaque édition.

La refonte vise aussi à améliorer la qualité des statistiques. En utilisant la base Fidéli pour un échantillonnage qualifié et un protocole multimode, nous enrichissons les données avec des variables socio-économiques, y compris pour les non-répondants. Une enquête pilote en 2023 a testé ces changements. Pour 2024, l'enquête a obtenu le label d'intérêt général et de qualité statistique. Elle s'est aussi vu décerner un caractère obligatoire.

Un seul individu est interrogé par logement suivant un tirage aléatoire d'individus. Certains groupes sont surreprésentés : les jeunes de 18 à 29 ans, les faibles niveaux de vie et certaines régions. Pour l'hexagone, 59 500 personnes sont tirées au sort pour 23 000 réponses attendues. Dans les Drom, 18 000 tirages visent 5 000 réponses, distribuées entre la Guadeloupe, la Martinique et La Réunion.

Le tronc commun au questionnaire de chaque édition inclut la santé perçue, la consommation de tabac et d'alcool, la santé mentale, l'adhésion à la vaccination, la perception du changement climatique, la sédentarité, l'information en santé, la perception des risques, l'équité en santé et des variables sociodémographiques. Les modules thématiques varient à chaque édition. Ainsi la question de l'anxiété n'est posée qu'en 2024 et en 2028, la question du sommeil en 2024 et 2028. Beaucoup de thématiques portent aussi sur les maladies infectieuses, l'activité physique, l'antibiorésistance, etc.

Enfin, l'enquête Albane (sur la santé, la biosurveillance, l'alimentation et la nutrition) réalisée avec l'Anses (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail) comportera un questionnaire de 1 minute 30 sur les inégalités sociales de santé. Bien que bref, chaque baromètre inclura des données sur la position sociale avec des thématiques spécifiques : en 2024, origine, discrimination et sécurité alimentaire ; en 2026, logement et soutien social.

Antoine BOZIO

Un changement est-il réellement prévu en 2024, car Fidéli existe depuis quelques années ?

Yann LE STRAT

Oui, nous procédions auparavant à un tirage au sort de numéros de téléphone. Notre principale difficulté résidait dans le fait que la population se déplace, si bien que nous pouvions par exemple vouloir cibler des Bretons et nous retrouver avec des Corses. Avec la base Fidéli, nous disposerons à partir de 2024 d'une bien meilleure localisation. Nous utilisons bien Fidéli pour d'autres enquêtes par le passé, mais c'est à partir de cette année que nous l'emploierons pour ce baromètre.

Marianne Marion SELZ

Peut-on distinguer ce qui relève du contrôle et de la surveillance parmi les recours aux soins ? Existe-t-il également des tentatives de mesure de l'efficacité des soins ?

Damien VERGÉ

Le SNDS est basé sur un système de facturation. Il traduit lui-même une nomenclature, que ce soit la classification commune des actes médicaux (CCAM), la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la nomenclature hospitalière avec les diagnostics, l'identification des médicaments, etc.

Cet ensemble présente néanmoins des lacunes. Une consultation demeure confidentielle si bien que nous ignorons ce qui se passe dans le cabinet du généraliste. Nous pouvons seulement obtenir des informations sur la prescription de sortie quand elle est délivrée, sachant qu'elle ne fournit pas nécessairement d'indication sur la pathologie. Ces éléments témoignent de l'insuffisante médicalisation du SNDS. C'est pourquoi un certain nombre de projets récurrents visent à dévoiler ce qui se passe dans un cabinet de médecin, car les informations existent dans son logiciel métier.

Tel est notamment le cas du projet P4DP (*Platform For Data in Primary Care*), porté par le Collège national des généralistes enseignants (CNGE) et un partenaire informatique. L'objectif est de recruter 2 000 médecins généralistes volontaires d'ici à la fin de l'année prochaine. Leurs données métier seront automatiquement transférées pour ensuite être partagées avec la communauté scientifique. La démarche est très prometteuse.

Concernant la mesure de l'efficacité des soins, aucun résultat médical ne figure dans le Sniiram (Système national d'information inter régimes de l'Assurance maladie). Nous ne disposons donc d'aucune matière première pour mesurer directement l'état de santé du patient et le suivre au fur et à mesure de sa prise en charge. Néanmoins, au travers des négociations conventionnelles avec les médecins, nous avons mis en place une rémunération basée sur des objectifs de santé publique.

Je ne sais pas si on peut aller jusqu'à dire que nous mesurons l'efficacité. En tout cas, nous disposons d'un certain nombre d'indicateurs de santé publique concernant la patientèle régulière des médecins pour suivre leurs taux de dépistage, par exemple des cancers obligatoires, du diabète, etc. Ces données sont toutefois ponctuelles et assez frustrées par rapport à une vraie mesure de l'efficacité des soins.

Par ailleurs, dans le secteur hospitalier, une partie de la rémunération forfaitaire des hôpitaux est basée sur des indicateurs de qualité de la prise en charge comme l'Ifaq (incitation financière à l'amélioration de la qualité). Il faut néanmoins que le signal tarifaire incitatif soit aisément interprétable et permette au praticien d'avoir le sentiment de garder le contrôle. Il est ainsi plus aisément déployable dans le cadre d'une relation avec un médecin individuel qu'avec un hôpital.

Bernard SUJOBERT, CGT

Le sujet « Inégalités et santé » nous tient particulièrement à cœur. Les présentations, dont celle de Benoît Ourliac, ont souligné la complexité du sujet et l'ampleur du travail nécessaire pour aborder les inégalités de santé. Benoît Ourliac a mis en lumière la question de la priorisation de la demande sociale et le manque d'un espace pour son expression et son traitement approfondi. Bien que la réunion ait été enrichissante, elle marque surtout le début d'une prise de conscience nécessaire chez les utilisateurs et ceux ayant des besoins d'informations.

La représentation des utilisateurs dans les commissions du Cnis est parfois relativement faible. Cette situation pose ici un problème pour traiter de la diversité des besoins en matière d'inégalités de santé qui concerne des domaines traités par plusieurs commissions du Cnis. Le Cnis dispose de groupes de travail, où producteurs et utilisateurs réfléchissent ensemble dans une interaction qui se déroule dans le temps, organisation efficace pour approfondir ces sujets, essentielle pour aboutir à une priorisation de la demande sociale. Ils constituent une plateforme pour une confrontation constructive.

La CGT avait souligné la nécessité d'un groupe de travail lors d'une rencontre avec la Drees il y a deux ans, mais sans mise en œuvre effective jusqu'à présent. Le séminaire prochain du Cnis centré sur le moyen terme 2024-2028 offrira une nouvelle occasion de plaider pour cette approche. Le Cnis doit s'adapter pour traiter le sujet de la santé de manière plus inclusive et transversale, pour impliquer davantage d'utilisateurs et aborder des thèmes variés pour mieux refléter la réalité des inégalités de santé.

Antoine BOZIO

Le Cnis a dédié plusieurs sessions en effet à la définition du moyen terme. Nous avons regretté la faible présence des utilisateurs à ces réunions. C'est pourquoi nous sommes heureux de votre participation à la séance d'aujourd'hui. Nous consacrons beaucoup de temps à la préparation de ces commissions, à la mobilisation d'intervenants pour répondre à la demande sociale. Mais l'objectif demeure bien de coconstruire les statistiques publiques avec les utilisateurs.

Denis RAYNAUD

Dans sa conclusion, Benoît Ourliac identifiait, comme axes forts du programme de travail à l'avenir, de mieux intégrer les recompositions de l'offre de soin. Il a également évoqué la prise en compte, dans la mesure de l'accessibilité, de la coordination entre les professionnels de santé, de la délégation de tâches, de l'apparition de nouveaux métiers comme les assistants médicaux, etc. L'évolution de la technique de la production de soins doit être en effet intégrée dans la mesure de l'accessibilité.

Une difficulté se présente néanmoins pour éclairer ces questions. Je veux parler du périmètre du SNDS. Ses données n'incluent pas en effet aujourd'hui les conditions d'exercice. Il est ainsi impossible d'identifier les personnels de santé dans les structures collectives. Dans les structures libérales, la donnée existe, mais ne fait pas partie du SNDS. Il conviendrait à la fois de régler un problème de structuration des données, mais aussi un sujet juridique qui concerne le Cnis.

Damien VERGÉ

Votre constat sur les manques inhérents au SNDS est parfaitement exact. Afin de dissiper tout malentendu, les données relatives aux MSP (maisons de santé pluriprofessionnelles) existent, mais leur intégration est compliquée. Leur mise à disposition supposerait la mise en place de toute une chaîne d'industrialisation dans les systèmes d'information.

Le cas des centres de santé est encore plus délicat, car nous sommes confrontés à un problème de facturation. Pour repérer les professionnels salariés exerçant dans ces structures, nous devons en effet les identifier individuellement, c'est-à-dire avoir la capacité de les reconnaître individuellement quand ils factureront dans le cadre de leur activité pour le centre. Le sujet de la chaîne de facturation, de déclaration et d'outillage dans les centres est encore plus complexe.

Nous partageons toutefois l'opinion que ces informations sont aujourd'hui essentielles si nous voulons mener des études médicoéconomiques sur l'offre de soins.

Baptiste SAVATIER

Si je consulte un médecin généraliste salarié d'un centre de santé, ma consultation apparaîtra dans le SNDS. Le professionnel apparaîtra-t-il toutefois comme libéral ?

Damien VERGÉ

Non, le Finess qui figurera dans le système sera le numéro d'identification du centre. Nous savons dès lors quels sont les actes effectués, mais ignorons quels professionnels de santé sont intervenus.

Antoine BOZIO

Je saisis la difficulté de déterminer les actes, mais pourquoi est-il compliqué d'identifier les professionnels présents dans ces centres ?

Damien VERGÉ

La DSN devrait effectivement pouvoir fournir ces éléments. Elle n'est toutefois pas appariée au SNDS. Des travaux pourraient être menés en ce sens, mais ils dépassent largement le cadre de l'Assurance maladie. Cette base possède potentiellement plein d'informations portant notamment sur les déclarations des employeurs sur les arrêts maladie de leurs salariés. Elle est toutefois très compliquée. Nous ne la connaissons pas du tout. Il faut s'en remettre à des experts métier. Cette base est relativement nouvelle en réalité.

Les structures RH du secteur privé se sont bien approprié ces éléments et alimentent correctement cette base. Il reviendrait toutefois à des structures comme la Dares ou l'Urssaf, par exemple, de faire bénéficier de leur expertise de la DSN. Il conviendrait de mener un travail important sur celle-ci avant de pouvoir produire des indicateurs statistiques robustes en lien avec les arrêts maladie, encore plus pour l'apparier avec le SNDS.

Benoît OURLIAC

Faut-il intégrer ces données au SNDS ou les envisager comme un entrepôt de données de santé avec un appariement en dehors du SNDS ? Mettre en place une production pérenne d'intégration à la base principale du SNDS est en effet extrêmement lourd. Il faut pouvoir en justifier le besoin. En revanche, la création d'un système « fils » avec l'appariement de données paraît tout à fait justifiée.

Damien VERGÉ

Quoi qu'il en soit, la DSN ne permettra pas, même en procédant à un appariement, de déterminer quels sont les actes opérés par ces professionnels de santé.

Denis RAYNAUD

Les données permettant de déterminer quels praticiens exercent dans une maison de santé libérale existent. Simplement les systèmes sont « étanches ». Ils ne peuvent être connectés entre eux, mais pour des raisons juridiques et non techniques.

Damien VERGÉ

Non, des difficultés techniques se posent également.

Denis RAYNAUD

Quoi qu'il en soit, quand le blocage est juridique, les développements techniques ne sont pas prioritaires.

Baptiste SAVATIER

Pouvez-vous confirmer que toute demande d'appariement avec le SNDS doit passer par vous et qu'il est assuré en interne par la Cnam ? Quelles sont les possibilités existantes aujourd'hui ?

Damien VERGÉ

Il faut que les finalités de la démarche et que l'acteur qui formule la demande soient autorisés par la loi. Par exemple, si un laboratoire pharmaceutique veut mener une étude sur la performance de l'un de ses produits ou effectuer une étude sur la prise en charge médicale d'une pathologie, il n'a pas le droit de mener ce travail directement. Il doit non seulement passer par un bureau d'étude, c'est-à-dire un prestataire qui accomplira cette étude pour lui, mais aussi obtenir auparavant une double autorisation.

Premièrement, il devra se tourner vers le Cesrees (Comité éthique et scientifique pour les recherches, les études et les évaluations dans le domaine de la santé). Celui-ci évaluera le caractère éthique et d'intérêt public de l'étude. Le laboratoire devra décrire son protocole, exprimer en détail ses besoins vis-à-vis des données du SNDS et justifier son étude. Il devra notamment respecter un critère de *minimisation*, c'est-à-dire que ne seront extraites que les données nécessaires et suffisantes à la réalisation de l'étude. Le dossier et le protocole sont instruits par un binôme qui associe un professionnel de santé spécialiste du sujet et un expert du SNDS. La procédure donne souvent lieu à différents allers-retours et peut prendre plusieurs mois.

Deuxièmement, après avoir obtenu l'autorisation du Cesrees, le laboratoire devra aussi obtenir une autorisation de la Cnil. Il pourra ensuite se tourner vers la Cnam par l'intermédiaire de la plateforme des données de santé. La demande aboutit ensuite à l'Assurance maladie dans mon équipe. Nous travaillons, à partir de l'expression de besoins, à la préparation des données. Si le laboratoire de notre exemple y a été dûment autorisé par le Cesrees et la Cnil, nous pouvons procéder à un appariement avec une base de données extérieure.

Baptiste SAVATIER

Qu'en est-il pour un organisme qui dispose déjà d'un accès permanent au SNDS ? Comment doit-il procéder pour effectuer une étude socioéconomique avec le répertoire Fidéli de l'Insee ?

Damien VERGÉ

Les accès permanents sont réservés à des acteurs publics ou des missions de service public. Le laboratoire dont je donnais auparavant l'exemple en est donc exclu. Par ailleurs, les accès permanents ne permettent pas de réaliser d'appariement. Pour effectuer un appariement, vous devez suivre la procédure que je viens de décrire.

Benoît OURLIAC

Pour les données de la statistique publique, une demande de levée du secret statistique doit également être formulée pour les données que vous souhaitez appairier. En outre, l'appariement sur le SNDS s'effectue sur la base d'un pseudonyme dérivé du Nir (Numéro d'inscription au Répertoire). Le demandeur doit donc disposer d'un Nir ou avoir le droit de consulter le RNIPP (Répertoire national d'identification des personnes physiques) pour récupérer ce numéro. Il devra aussi passer soit par l'Insee soit par la Cnam pour obtenir cette réidentification.

Damien VERGÉ

Le Nir constitue ce qui se fait de mieux pour l'appariement avec le SNDS. Certains acteurs disposent de base de données avec des Nir qui leur sont propres. Dans ce cas, nous ne passons pas par la Cnav, l'Insee, etc., mais procédons à un appariement direct. Quand nous disposons de traits d'identité, mais d'une mauvaise qualité de Nir, nous demandons un enrichissement aux organismes cités par Benoît Ourliac.

Par ailleurs, nous procédons à énormément d'appariements indirects, parce que les bases de données apportées par les équipes de recherche extérieures ne contiennent pas de traits d'identité. Dans ce cas, nous cherchons des variables communes, au sens où elles sont censées décrire les mêmes phénomènes. Ce travail est extrêmement lourd et complexe. Il nécessite de longs échanges avec les porteurs, sachant qu'il nous revient de manipuler les données et qu'*a priori* nous ne connaissons pas leurs bases de données. Un temps d'apprentissage est donc nécessaire.

François GUILLAUMAT-TAILLIET

J'avais une question sur le baromètre de Santé publique France. Étant donné les nombreux éléments d'amélioration méthodologique de la refonte, comment allez-vous communiquer sur les probables ruptures de séries sur un certain nombre de sujets ?

Yann LE STRAT

Nous allons justement communiquer, à la fois sur le changement de méthodologie et sur ses effets. J'ai toujours considéré que des ruptures de séries étaient préférables à la conservation de moins bonnes méthodes. Nous avons accompli cette tâche en 2023 puisque nous avons profité de l'année passée pour maintenir en parallèle la nouvelle et l'ancienne méthode, en produisant deux baromètres, mais uniquement sous la forme d'un pilote. L'ensemble de ces données est en cours d'analyse. Nous allons en tirer un certain nombre de leçons pour pouvoir communiquer sur ces ruptures et ces changements de série en 2024.

Christelle MINODIER

Permettez-moi d'intervenir brièvement pour répondre à la demande de la CGT de création d'un groupe de travail public sur la santé. Nous n'y sommes pas hostiles. Je m'interroge toutefois sur sa finalité à ce stade. Il permettrait certes de prioriser les tâches. Le champ est néanmoins extrêmement riche. Un certain nombre d'investissements sont en cours. Le système d'observation ne cesse d'évoluer. Nous nous efforçons déjà de poursuivre les investissements et d'avancer.

Trois avis portent sur la santé, dont un avis général qui vise précisément à mieux prendre en compte les besoins. Il a insisté aussi sur la nécessité d'attendre aussi les résultats du système statistique européen. Je crains que nous ne parvenions pas à prioriser au sein du Cnis. Tout risque d'être important dans les inégalités sociales de santé, dans l'accès à la santé, dans les disparités territoriales, financières, etc. Et je n'évoque même pas le champ de la santé et de l'environnement.

Comme l'a montré Benoît Ourliac, la priorisation s'accomplit pour le moment par les moyens. Nous faisons notre possible compte tenu des moyens disponibles. Peut-être faudrait-il réfléchir à la rédaction précise d'un mandat pour décrire l'apport de ce groupe de travail ? Cela permettrait d'envisager la façon dont il pourrait

être vraiment opérationnel sans disperser des moyens extrêmement réduits. Certes, il faut échanger, confronter les points de vue et les analyses, mais j'ai le sentiment que nous faisons déjà beaucoup sur ce champ d'études particulièrement vaste.

Benoît OURLIAC

Comme le disait Antoine Bozio, la demande sociale s'est déjà exprimée lors de la préparation de l'avis de moyen terme. Un groupe de travail servirait plutôt à défricher de nouveaux champs d'études. Or il ne me semble pas que nous soyons dans cette situation s'agissant des statistiques sur la santé.

Bernard SUJOBERT

Veillez m'excuser de reprendre la parole. Mon expérience au Cnis, en particulier un groupe de travail très réussi sur les « Niveaux de vie et inégalités sociales » en 2004 ou 2005, m'a beaucoup marqué. Ce groupe a travaillé sur un champ thématique très large, similaire aux inégalités de santé actuelles. Sous la présidence de Jacques Freyssinet, ce groupe a initié des changements significatifs dans les modes de production et de publication de l'Insee, qui s'est adapté pour examiner des inégalités plus fines, allant jusqu'au centième ou millième de la distribution des revenus ou des patrimoines.

Ce groupe avait généré une dynamique extrêmement féconde, remettant en question les méthodes traditionnelles de l'Insee qui ne percevaient pas les nuances des inégalités sociales croissantes. Actuellement, nous sommes totalement prêts à participer à la définition d'un mandat similaire et à engager des actions concrètes pour sensibiliser et mobiliser autour de ces questions concernant la santé en général. Nous espérons que d'autres suivront cet effort pour enrichir et diversifier les perspectives sur ces enjeux cruciaux.

Antoine BOZIO

Je vous remercie d'avoir mis l'accent sur les groupes de travail du Cnis. Ils sont en effet très utiles pour approfondir des sujets spécifiques qui ne peuvent pas être traités en commission. Nous avons identifié des thèmes que nous ne savions pas comment développer autrement. Aujourd'hui, dans le cadre de cette commission consacrée aux inégalités de santé, nous voulons dresser le panorama des sources disponibles et des actions entreprises afin de déterminer lesquelles méritent de faire l'objet de travaux supplémentaires dans le cadre des objectifs de moyens terme.

Stéphanie VANDENTORREN, Santé publique France

Je suis chargée de la coordination des inégalités sociales à Santé publique France. J'interviens pour dire que nous sommes assez ouverts à une concertation entre les grands organismes qui produisent les données. Nous avons initié la démarche avec la Drees. Nous devons aussi faire un point à ce sujet avec l'Insee. Des groupes de travail internes réfléchissent à chaque déterminant social de santé.

Bien sûr, nous n'avons pas abordé certains domaines couverts par d'autres. Nous aurions toutefois des éléments à apporter. Nous voyons en effet apparaître des phénomènes assez discriminants. C'est pourquoi nous sommes ouverts à la discussion et à un travail conjoint sur les indicateurs. Cette approche permettrait d'éviter que différents organismes produisent des indicateurs similaires à partir de leurs propres sources de données.

Sur proposition de François GUILLAUMAT-TAILLIET et moyennant quelques modifications, la Commission adopte le suivi des avis de moyen terme suivant :

Rappel de l'avis de moyen terme n° 1 : [Evaluer les inégalités de santé en lien avec l'offre et la qualité du système de santé](#)

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

La commission Services publics et services aux publics a pris connaissance des avancées du système d'information sur la santé et l'accès aux soins. La mesure des inégalités sociales et territoriales dans le domaine de la santé, par nature multidimensionnelle, nécessite une batterie d'indicateurs. Pour les produire, des échantillons de grande taille sont mobilisés dans les enquêtes (enquête européenne de santé, Autonomie, Conditions de vie, Conditions de travail, etc.), des données administratives relatives à des

épisodes de soins sont analysées et le recours à des panels (Echantillon démographique permanent...) nécessaire pour appréhender les conséquences à long terme des expositions et des comportements sur la santé observée à un moment donné.

Complémentaire des autorités sanitaires, responsables de mesurer et d'évaluer la sécurité et la qualité des soins, et de la recherche en épidémiologie, qu'elle soit analytique lorsqu'elle recherche les déterminants d'une maladie ou évaluative lorsqu'elle se penche sur le bénéfice-risque, la statistique publique a un rôle essentiel de description de l'offre de soin, de mesure des tensions sur les ressources humaines en santé, mais aussi de prospective en menant des exercices de projection de la démographie des professions de santé. Elle s'efforce de mettre en face de l'offre de soin les besoins de santé de la population présente sur les territoires, dans sa diversité, pour analyser l'accès et le recours aux soins, estimer le reste des dépenses à la charge des patients.

La commission salue les travaux réalisés ou en cours pour exploiter les données administratives rassemblées au sein du Système national des données de santé (SNDS) et pour les apparier avec des enquêtes statistiques permettant ainsi d'observer les inégalités sociales et territoriales de santé dans plusieurs dimensions : difficultés d'accès (accessibilité potentielle localisée, distance, temps d'accès, délais d'attente, refus de soin), non-recours aux soins ou renoncement pour raisons financières, consommation de soins (hôpital, médecine de ville, médico-social, médicaments...), facteurs de risque, état de santé perçu et ressenti des patients... La commission encourage les acteurs du champ de la santé à développer la qualité statistique de leurs outils, en coordination avec le service statistique public, afin de couvrir toutes les dimensions des inégalités de santé. Elle recommande de développer les partenariats entre chercheurs et service statistique public, pour que les données produites permettent une évaluation plus précise des politiques menées et des éclairages renouvelés. Elle encourage aussi la production d'indicateurs de qualité du service rendu aux patients, à l'aide de baromètres subjectifs (comme ceux de Santé publique France ou de la Drees) mais aussi de mesures plus objectives suivies dans le temps.

Ajouts souhaités en séance : Le baromètre de SpF vise à décrire les inégalités face aux comportements de santé ou aux connaissances des recommandations ; Utilisation des données privées des plateformes de prise de RV en ligne.

III. EXAMEN POUR AVIS D'OPPORTUNITÉ DES PROJETS D'ENQUÊTES STATISTIQUES

.1 ES-DS – Établissements pour adultes et familles en difficultés sociales

Antoine CHOLLET, Drees

L'enquête ES-DS cible les établissements et services pour adultes et familles en difficulté sociale. Elle porte plus particulièrement sur l'hébergement et le logement accompagné à l'échelle nationale et territoriale. Elle s'intéresse à l'inscription des établissements, aux types de places et de logements, aux services proposés, ainsi qu'aux projets d'établissement.

En outre, elle porte sur le personnel de ces institutions (leurs fonctions, leur ancienneté, leur quotité de travail et leur niveau de diplôme). Les caractéristiques des personnes accueillies, avant et après leur prise en charge, sont également étudiées. Ce public comporte une très grande part de sans domicile fixe.

Cette enquête existe depuis 1982 et se déroule tous les quatre ans. Elle vise à fournir description structurelle et non conjoncturelle. Elle se veut exhaustive. Nous ne procédons à aucun échantillonnage afin de faciliter un usage territorial des informations. Depuis l'édition 2020-2021, ES-DS est une enquête statistique. La collecte est entièrement dématérialisée. Nous demandons aux établissements de fournir des informations sur leur structure, sur les personnes hébergées, mais aussi sur leur personnel. Une hotline est disponible pendant toute la durée de la collecte.

En parallèle, les Drees (Directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités) et les Drihl (Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement) suivront, valideront et contrôleront les données transmises par les établissements. Nous lancerons la collecte par mail et par courrier postal. Elle s'étendra du 31 janvier au 31 mai 2025. Trois relances par mail et une relance téléphonique sont prévues.

L'enquête concerne plusieurs grandes familles d'hébergement. Par exemple, l'hébergement généraliste comprend les CHRS (Centres d'hébergement et de réinsertion sociale) et le dispositif national d'accueil

(DNA) des demandeurs d'asile avec les Centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada) ou l'Hébergement d'urgence pour demandeurs d'asile (Huda). Le logement accompagné correspond aux Foyers de jeunes travailleurs (FJT), aux Foyers de travailleurs migrants (FTM) et aux résidences sociales. Et l'hébergement avec aide médicale. Ici on va parler des appartements à coordination thérapeutique (ACT) ou des lits halte soins santé (LHSS).

Comment procédons-nous pour disposer d'un champ exhaustif de ces hébergements ? Concernant les hébergements généralistes, le logement accompagné et l'hébergement avec aide médicale, nous employons le répertoire Finess (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux). Pour les dispositifs nationaux d'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés, nous utilisons la liste d'établissements fournis par l'Ofii (Office français de l'immigration et de l'intégration). La prochaine édition présentera aussi la particularité d'utiliser le volet structure de l'enquête « Sans domicile » 2025 en complément de cette information pour s'assurer de la qualité et de l'exhaustivité de l'enquête. Avant d'utiliser la base Finess, une étape de validation par les Drees et les Drihl est nécessaire pour s'assurer que la base Finess est bien à jour et recense l'ensemble des établissements.

L'enquête couvre la France entière, à savoir la France métropolitaine, plus la Guyane, la Guadeloupe, la Martinique, La Réunion et Mayotte. L'édition 2024-2025 présente la particularité d'élargir le champ d'études en rajoutant les centres pour les ressortissants ukrainiens bénéficiaires de la protection temporaire, c'est-à-dire une centaine d'établissements.

Le questionnaire 2020-2021 portait sur six grands thèmes. L'articulation du questionnaire en 2024-2025 fait encore l'objet de discussions. Nous abordons différentes questions relatives à l'identité de l'établissement, l'activité de l'établissement. Puis nous passons de l'établissement à l'individu avec des questions relatives au personnel employé, au public hébergé ou logé hors des places d'urgence une nuit donnée, par exemple le 31 janvier 2025. Le public sorti des places d'hébergement ou de logement hors des places d'urgence et le public accueilli en place d'urgence au cours d'une nuit donnée sont également pris en compte.

Pour valider le questionnaire ainsi que les différentes étapes de préparation de l'enquête, nous procédons actuellement à la constitution de comités de concertation. Ils seront au nombre de trois. Ils comprendront les Drees, la Drihl, la Dihal (Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement), la DGEF (Direction générale des étrangers en France), l'Insee.

D'autres administrations centrales ou établissements publics y prendront part comme la Cnaf (Caisse nationale d'allocations familiales), l'Ofii ou la DHUP (Direction de l'habitat, de l'urbanisme et des paysages). Des représentants d'établissements comme la Fédération des Acteurs de la Solidarité (FAS), l'UNAF0 (Union professionnelle du logement accompagné) ou l'Adoma y seront également conviés. Des représentants du secteur associatif ou de la société civile comme la Fondation Abbé Pierre ou le Conseil National des Politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale (CNLE) y contribueront également.

En termes de calendrier, à la fin de la collecte, nous procéderons au redressement statistique entre l'été 2025 et l'été 2026. À l'automne 2026, nous mettrons à disposition les données redressées pour les Drees et la Drihl, pour que la première publication de la Drees sur les informations de l'ES-DS intervienne fin 2026. Fin 2026-début 2027, nous mettrons à disposition les données via le réseau Quetelet et sur le CASD (Centre d'accès sécurisé aux données), avec des informations géographiques plus fines. Enfin, au printemps 2027, nous publierons une série de tableaux agrégés sur l'open data de la Drees, qui correspondront à tous les croisements des données du questionnaire.

Dans quelle mesure l'ES-DS s'inscrit-elle dans le dispositif statistique ? Elle est la seule enquête en mesure d'interroger régulièrement avec une telle antériorité et de façon exhaustive des établissements d'hébergement et de logement accompagnés. Elle est étroitement liée par son sujet à l'enquête « Sans domicile », mais aussi en termes de méthodologie.

L'ES-DS va servir à couvrir une partie des populations non couvertes par l'enquête « Sans domicile », notamment les territoires ruraux, ultramarins et les personnes mineures. Elle va permettre de fournir des marges de calage à « Sans domicile » pour en appuyer la qualité. D'autres enquêtes ponctuelles, qualitatives ou quantitatives, sont certes menées, mais sur des territoires beaucoup plus restreints et sur le champ de l'hébergement, avec les travaux de la Drihl et de l'Observatoire du Samu social, par exemple.

L'enquête « ES-DS – Établissements pour adultes et familles en difficultés sociales » fait l'objet d'un avis favorable.

.4 Panel d'élèves scolarisés en petite section en septembre 2021

Meriam BARHOUMI, Depp

La Depp procède depuis septembre 2021 au suivi d'une cohorte d'élèves alors scolarisés en petite section. La démarche existe depuis cinquante ans. Elle permet de décrire et d'expliquer les parcours scolaires des élèves depuis leur entrée à l'école jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire.

Ce dispositif a déjà bénéficié d'un avis favorable d'opportunité en mars 2021. Il a également obtenu le label d'intérêt général et de qualité statistique avec obligation de réponse pour les trois années 2021 à 2023 correspondant au parcours en maternelle. Nous demandons à présent le renouvellement de cet avis d'opportunité pour les années de 2024 à 2028 correspondant au parcours des élèves dans l'école élémentaire. Les élèves de ce panel sont aujourd'hui scolarisés en grande section.

Depuis 1973, la Depp a initié trois panels d'entrants en cours préparatoire (1978, 1997, 2011) et cinq panels d'entrants en sixième. En 2021, un panel d'entrants en petite section a été lancé pour la première fois. Il répond à un besoin d'informations socioculturelles complémentaires. Les études ont en effet montré que les difficultés scolaires sont présentes dès l'arrivée des élèves en cours préparatoire.

C'est pourquoi nous devons disposer d'un outil pour mesurer l'effort consenti sur le premier degré. Il doit permettre d'analyser le rôle joué par l'école maternelle vis-à-vis de l'école élémentaire dans le parcours des élèves. Il s'agira en outre de mettre en évidence l'incidence de l'abaissement de l'âge de l'instruction obligatoire de 6 à 3 ans depuis la rentrée de 2019.

L'échantillon comprend 35 215 élèves, soit 5 % de la population d'inférence, scolarisés dans 2 514 classes de petite section de maternelle. Cette taille importante permet de suivre la cohorte jusqu'à la fin de l'enseignement secondaire. Elle permet aussi d'étudier des populations spécifiques (élèves scolarisés en éducation prioritaire, enfants d'immigrés, etc.).

Pour répondre à ces objectifs, la Depp utilise un tirage à trois degrés : d'abord un tirage équilibré et stratifié pour choisir les écoles, ensuite un tirage aléatoire pour sélectionner une classe de petite section par école, et finalement tous les élèves de ces classes deviennent éligibles au panel. Les participants viennent d'écoles publiques ou privées sous contrat, en France métropolitaine et dans les Dom. Les élèves scolarisés dans les réseaux d'éducation prioritaire renforcés sont surreprésentés.

Dans ce panel, la situation des élèves est actualisée chaque année à travers des remontées des systèmes d'information. Au besoin, nous menons des enquêtes auprès des familles et du dernier établissement connu. Les familles sont interrogées à des moments clefs de la scolarité : en petite section de maternelle, en CP et en CM2.

Initialement, des évaluations en petite section servaient à évaluer les acquis des élèves. Aujourd'hui, ces évaluations sont généralisées à tous les niveaux. Ainsi, pour disposer des mesures des acquis des élèves de notre panel, nous nous fondons à présent sur les résultats des évaluations nationales. Des enquêtes auprès des enseignants en petite et grande section documentent aussi les pratiques éducatives. Elles enrichissent notre compréhension des approches pédagogiques en maternelle.

L'enquête Familles menée en 2022 a interrogé les familles sur différents aspects : les modes de garde avant l'entrée à l'école, l'environnement familial (conditions de vie, origines des parents, langues parlées à la maison), les conditions d'entrée à l'école, l'organisation familiale, les comportements et représentations des parents par rapport à la scolarité, les interactions des élèves avec leur environnement, l'usage des écrans.

L'enquête Familles 2025 aura aussi pour objectif d'identifier les déterminants des parcours scolaires. Elle actualisera les données sur l'environnement familial, sur les représentations, les aspirations et les pratiques éducatives parentales. Elle permettra aussi le recueil de nouveaux éléments pour s'adapter au CP et prendre en compte les politiques éducatives en cours. Les principales contraintes à respecter seront un tour de passage raisonnable et la garantie de la comparabilité avec les enquêtes précédentes comme les panels antérieurs.

Pour cette nouvelle enquête, nous prévoyons de prendre en compte la nouvelle nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles (PCS) de 2020. Nous proposons également d'enrichir l'information sur l'environnement familial de l'élève en nous intéressant pour la première fois à l'origine sociale des grands-parents et à leur présence dans la vie de l'enfant. L'enquête s'intéressera également

pour la première fois aux élèves descendants d'immigrés de la troisième génération. Les panels ont permis d'éclairer certains sujets sur les parcours des enfants d'immigrés à la seconde génération. L'enquête posera également de manière inédite la question de l'origine des grands-parents pour identifier ces élèves de troisième génération.

Nous incluons des questions sur la santé et le handicap, en incluant le module européen évoqué précédemment. Nous examinerons aussi l'accompagnement des élèves en situation de handicap. L'étude visera aussi à comprendre l'impact des contraintes temporelles sur l'engagement parental, en lien avec leurs obligations professionnelles.

Enfin, nous intégrerons des éléments relatifs aux réformes éducatives récentes, notamment sur l'éducation artistique, culturelle, sportive, et la lutte contre le harcèlement scolaire.

En résumé, le questionnaire se divise en trois modules principaux. Le nouveau module C se concentre sur les grands-parents en collectant des données sur leur présence, sur leur origine géographique et sur leur nationalité pour identifier les enfants de troisième génération. La partie B actualise les informations sur les conditions de vie. Enfin, la section sur l'enfant et l'école s'enrichit d'éléments sur l'implication parentale, notamment les conditions de travail des parents.

Le questionnaire est élaboré dans le cadre d'un comité scientifique composé de chercheurs en économie et sociologie de l'éducation, de représentants de la Depp, de la Dgesco (Direction générale de l'enseignement scolaire), donc l'Inspection générale de l'Éducation, du Sport et de la Recherche, ainsi que de représentants des SSM de la jeunesse, de la vie associative et des sports, des représentants de lycées, de l'Ined, des SSM de la culture, de la santé. Des réunions sont prévues pour échanger avec les syndicats, les associations de parents d'élèves, les associations familiales et les organisations syndicales.

Concernant la passation, les documents d'enquête sont directement remis à la famille par les directeurs d'école. Le questionnaire sera accessible en ligne, sur papier, et par téléphone, avec des relances téléphoniques pour les non-réponses. Un pilote sur 1 000 familles testera les trois modes de passation. L'enquête principale se déroulera de mars à juillet 2025.

Bernard SUJOBERT

Je vous remercie pour cette présentation. La fiche préparatoire était assez compliquée à lire. J'espère que l'exposé sera mis en ligne.

Vous avez fourni des indications précises sur l'enquête grand public. Qu'en sera-t-il de l'enquête auprès des professionnels ? Pourrez-vous préciser ses conditions de fabrication et son incidence sur les inégalités scolaires ?

Vous avez longuement évoqué les inégalités en provenance de la famille, mais avez fourni moins d'éléments sur les inégalités dues à l'organisation scolaire.

Concernant la troisième génération de descendants d'immigrés, vous ne pouvez certainement pas aller au-delà dans la mesure où les enfants n'ont plus de liens au stade de la quatrième génération.

En revanche, en ce qui concerne la famille, vous ne fournissez aucun élément sur les conditions de logement et les conditions concrètes d'existence.

Meriam BARHOUMI

Concernant le mode d'organisation des écoles, nos panels ne nous permettent pas d'étudier les effets des établissements, vu la taille de l'échantillon et la manière dont sont tirés les élèves. Mais par contre, on va toujours contrôler et regarder ce qui se passe, par exemple, quand l'élève est scolarisé dans une école privée par rapport à un autre dans l'école publique. Quand il y a des sujets, par exemple en 2016, quand il y a eu la réforme des rythmes scolaires, on a pu regarder comment se sont organisées les écoles, mais on prend en compte ces éléments de contexte dans les études qu'on mène, mais à titre de contrôle. On ne fait pas d'études directes de l'impact des établissements.

S'agissant des conditions de logement, je ne les ai pas présentées, parce que ce sont des enquêtes qui existent depuis très longtemps, mais on a une information très riche dans l'enquête Familles. On pose la question sur le nombre de pièces à la maison, la nature du logement, le nombre de personnes habitant dans

ce logement, et si l'enfant a sa chambre ou pas, et plein de questions sur les équipements numériques notamment.

L'enquête « Panel d'élèves scolarisés en petite section en septembre 2021 » fait l'objet d'un avis favorable.

IV. DEMANDE D'ACCÈS À DES SOURCES ADMINISTRATIVES (ARTICLE 7 BIS, LOI 1951)

Christine LAGARENNE

Le SSMSI sollicite un accès aux données de la Direction générale de la Police nationale. D'une part, la demande porte sur les déclarations effectuées auprès d'un service de police par un témoin ou par une victime de faits qui ne souhaite pas porter plainte. D'autre part, elle inclut les données de gestion d'événements de l' « Application main-courante de la Police nationale ».

L'objectif est d'analyser les différents types d'interventions et leurs caractéristiques selon l'origine de la demande, le motif et les personnes impliquées, pour notamment quantifier les interventions à domicile sur fond de violences conjugales ou les interventions liées à du harcèlement sur réquisition des établissements scolaires. Quant à la première demande, elle vise à mieux appréhender les atteintes aux personnes pour lesquelles le taux de plainte est faible.

Le SSMSI envisage d'apparier ces informations à d'autres bases de données pour enrichir les profils des témoins ou victimes. Auparavant, il recevait des comptages agrégés de la part de ce système main-courante informatisé. Mais ces données sont à présent incomplètes et à un niveau trop agrégé pour les besoins des études.

Le SSMSI prévoit plusieurs publications lorsqu'il aura accès à ces données. Il a bien prévu en outre de mettre ces éléments à la disposition des chercheurs.

La demande d'accès à des sources administratives (article 7 bis, loi 1951) fait l'objet d'un avis favorable.

La prochaine commission « Services publics et services aux publics » se tiendra le 26 septembre 2024.

La séance est levée à 12 heures 30.