
Réunion de la commission « Démographie et Questions Sociales » du 26 novembre 2024

SYNTHÈSE

La commission « Démographie et Questions Sociales » s'est réunie le **26 novembre 2024** sous la présidence de Jean-Philippe Vinquant.

Le thème central de cette séance était consacré à l'observation des inégalités sociales de santé, en lien avec l'avis de moyen terme n° 3 de la commission, dans la continuité de l'intercommission sur les besoins sociaux en matière de statistiques de santé réunie en septembre dernier. Il s'agissait d'évaluer les travaux de la statistique publique sur les situations et les facteurs qui influencent l'état de santé en fonction des caractéristiques socioéconomiques des personnes.

L'Insee a d'abord présenté ses travaux sur l'espérance de vie par sexe, niveau de vie et catégorie sociale. L'espérance de vie à la naissance des hommes a globalement augmenté pour passer de 68 ans en 1970 à 79 ans en 2020 ; elle s'accroît fortement avec le niveau de vie : elle est ainsi, supérieure de 13 ans chez les 5 % les plus riches ; un écart qui s'explique essentiellement par un meilleur accès aux soins, à une alimentation de qualité et à une exposition moindre aux risques professionnels et environnementaux.

Lors des échanges qui ont suivi, le représentant de l'Union nationale des associations familiales a regretté l'insuffisance des informations sur la corrélation entre des épisodes de pauvreté ponctuelle ou des trajectoires familiales spécifiques et le taux de mortalité. L'Insee a indiqué que pour réaliser ces estimations il serait nécessaire de travailler sur une génération entière, ce qui compte tenu du recul que l'on a sur ces données est une piste à étudier.

La Drees a ensuite dressé un état des lieux des travaux en cours et à venir sur les inégalités sociales de santé. Les principales sources de données pour les mesurer sont extraites des enquêtes du service statistique public et des appariements avec des sources médico-administratives.

L'enquête Santé européenne (EHIS) est le dispositif d'observation central à la Drees. Elle permet de mesurer de nombreux indicateurs pour la France et l'ensemble des pays européens sur l'état de santé déclaré, le recours aux soins et les déterminants de santé. Déclinables par âge et sexe selon le niveau de vie, le diplôme et la catégorie sociale, elle aborde aussi la littératie en santé : le niveau de littératie influe sur l'état de santé et intervient dans la construction des inégalités sociales de santé. D'autres enquêtes de la statistique publique sont exploitées par le SSP, notamment l'échantillon démographique permanent (EDP) et les enquêtes sur les conditions de travail et risques psychosociaux de la Dares. Les appariements entre ces enquêtes en panel et le Système national des données de santé (SNDS) permettent de suivre les trajectoires en décrivant finement les caractéristiques sociodémographiques des publics et les formes que prennent les inégalités sociales de santé.

Les appariements occupent une place essentielle dans les projets en cours à la Drees. Un module de l'enquête Santé a désormais lieu dans les Outre-mer (dès 2019) et un autre est prévu en 2025 à une échelle infra-départementale (échantillon de 200 000 personnes). Parmi les autres projets, figurent les appariements entre le SNDS et les enquêtes Ressources et conditions de vie (SRCV), le dispositif Autonomie, l'enquête Epidémiologie et conditions de vie sous le Codiv19 (EpiCov), l'exposition des agriculteurs aux produits phytosanitaires et l'enquête PaRIS de l'OCDE concernant l'expérience des patients dans leur relation avec leur médecin généraliste. A ces travaux s'ajoutent ceux de l'Insee, notamment le recensement de la population de 2025 qui introduit l'indicateur GALI (global activité limitation indicator) et doit permettre d'estimer l'espérance de vie sans incapacité ; mais aussi ceux de la Dares sur la santé au travail, et

Conditions de travail pour calculer la morbidité et la mortalité par profession ; ceux de la médecine scolaire, de l'Inserm ou encore de l'Observatoire français des drogues et tendances addictives (OFDT).

Le représentant de l'Unaf a évoqué la pertinence d'une interrogation des ménages plutôt que des individus isolés, qui serait utile, en cas de pandémie, pour avoir une vision plus claire de la propagation au sein des foyers.

La Direction générale de la santé (DGS) a ensuite présenté la stratégie nationale de santé et souligné les domaines qui demeurent insuffisamment documentés. Les inégalités sociales de santé sont un axe fort de la stratégie nationale de santé, au cœur du programme de Santé publique France, servies par une communication en des termes compréhensibles par tous (littératie). Pour développer la prévention en direction des publics vulnérables, dès avant la naissance, dans une démarche multifactorielle, on a besoin d'une information adaptée, en particulier les courbes de mortalité, déclinées finement. Si les efforts se concentrent sur les déterminants de santé majeurs (tabac, alcool, activité physique et alimentation), la santé mentale apparaît comme un facteur crucial où le manque de données constitue un angle mort important. La DGS a également mis en lumière d'autres domaines nécessitant davantage de recherches tels que l'interaction entre inégalités sociales de santé et santé environnementale (expositions diverses) et le lien entre inégalités sociales et territoriales de santé.

Lors des échanges, le représentant de la CGT a regretté l'absence d'une méthode de travail permettant de réagir, de s'approprier et de partager l'ensemble des informations évoquées depuis le début les échanges ainsi que la dispersion entre plusieurs commissions des questions sociales et de santé. Il renouvelle sa demande de création d'un groupe de travail au sein du Cnis. Le président de la commission a rappelé que la réunion de l'inter-commission en septembre a permis d'avoir une vision globale et dont les suites à donner seront discutées à la prochaine réunion du Bureau du Cnis. Il a souligné qu'il existe d'autres instances où ces sujets sont largement discutés : la Conférence nationale de santé, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), le Haut Conseil de la santé publique, la Commission des comptes de la santé et le Conseil national d'orientation sur les conditions de travail (COCT).

Le président de la commission a également fait mention des avancées réalisées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC) qui ont permis de produire des données sur l'exploitation des certificats de décès à N+2 grâce au travail conjoint de l'Inserm et l'Insee.

Pour rendre compte des discussions sur le thème des inégalités sociales de santé, un suivi de l'avis de moyen terme a été adopté. Il stipule que la commission encourage à poursuivre les travaux existants sur l'observation des inégalités sociales de santé, à approfondir la problématique de l'accessibilité aux soins : le renoncement aux soins et ses motifs, la mauvaise compréhension des informations médicales, le refus de soin opposé aux patients selon leurs caractéristiques. Elle invite également la poursuite des travaux sur la mortalité par catégorie socioprofessionnelle et prend acte du fait que la morbidité et la mortalité par profession se trouvent à la croisée de la statistique publique, de la surveillance épidémiologique de la santé au travail et de la recherche. Elle recommande à la statistique publique de produire des résultats nationaux de cadrage, permettant aux autres parties prenantes de situer leurs travaux par rapport à ces résultats.

Enfin, la commission a examiné cinq demandes d'avis d'opportunité auxquelles elle a accédé :

- l'enquête Voyages professionnels et personnels de l'Insee ;
- l'enquête Participation associative, de la Mission des enquêtes, des données et études statistiques, Injep ;
- l'enquête Santé et substances en prison (ESSPRI), de l'Observatoire français des drogues et tendances addictives (OFDT) ;
- l'enquête Corpulence 7-9 ans, de Santé publique France ;
- l'enquête Panel Elipss de Sciences-Po.