



Inspection générale
des affaires sociales
RM2011-061P

Les inégalités sociales de santé : Déterminants sociaux et modèles d'action

RAPPORT

Établi par

Marguerite MOLEUX

Dr Françoise SCHAETZEL

Claire SCOTTON

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Mai 2011 -

Synthèse

Les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale »¹. Deux éléments sont importants dans cette définition. Tout d'abord, l'existence d'un lien entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. Ensuite, le fait que ces inégalités de santé sont considérées comme évitables. Elles ne relèvent pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits.

Le concept de déterminants sociaux de la santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se « transforment » en inégalités de santé. A côté de l'âge, du sexe et des facteurs héréditaires², les comportements individuels (consommation de tabac et d'alcool, alimentation, exercice physique...), les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie et de travail (emploi, logement, transports, accès aux services publics essentiels), et enfin les conditions économiques, culturelles et environnementales sont les grandes catégories de déterminants les plus souvent identifiées. La façon dont ces déterminants se construisent et s'enchaînent renvoie à des modèles théoriques mais surtout, *in fine*, à des choix politiques en termes de justice sociale.

Mettre en place une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé s'ancre dans un double constat. **Le premier est qu'améliorer l'état de santé moyen de la population ne suffit pas**, puisque non seulement les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas, mais qu'elles tendent même à s'aggraver pour partie : en classe de CM2, la proportion d'enfants obèses chez les ouvriers était dix fois plus élevée que chez les cadres en 2008, contre quatre fois en 2002. **Le second est que l'action sur le système de prévention et de soins ne permet pas à elle seule de réduire les inégalités sociales de santé.** En effet, la majeure partie des déterminants sociaux de la santé se constitue en amont du système de soins, dans les conditions de vie et de travail des individus.

Annoncée par la ministre de la Santé à l'été 2010 comme une priorité de la prochaine loi de santé publique, la réduction des inégalités sociales de santé implique de retenir une approche large de la santé :

- le fait que les inégalités sociales de santé se constituent en amont de la prise en charge de la maladie (l'accès au système de soins et la prise en charge des pathologies ne compterait que pour 20 % dans les inégalités sociales de santé³) évite de faire porter l'intégralité de l'effort sur les politiques de soins et mobilise au contraire largement le champ de la promotion de la santé ;
- en soulignant la complexité et la multiplicité des facteurs qui influent sur l'état de santé, et leur dimension socioéconomique, l'approche par les inégalités sociales de santé met en évidence le fait que le ministère de la santé ne peut apporter seul la réponse à ce problème.

¹ A. Guichard et L. Potvin, « Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? », in L. Potvin et coll, La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé, INPES, 2010.

² Qualifiés de déterminants individuels de la santé, à la différence des déterminants sociaux.

³ Ce pourcentage a été mis en avant par plusieurs interlocuteurs de la mission, sans qu'il n'ait été possible d'en citer les sources. Le rapport du groupe « Prospective du système de santé » présidé par R. Soubie, La Documentation française, juin 1993, avance que « 11 % des décès sont susceptibles d'être influencés par des mesures relevant du système de soins... Un rapport récent de G. Evans, de l'Institut canadien de recherches avancées aboutit à une classification voisine ». Le premier rapport du Haut comité de santé publique en 1994 fait état du fait que « l'OCDE estime que la dépense de la santé n'explique que 20 % de la différence entre les pays en matière de mortalité ».

En France, les inégalités sociales de santé ne constituent pas un objet de politique publique à part entière. Pour reprendre l'analyse de M. Elbaum⁴, l'état de la question se situe entre le stade de la prise de conscience (étape 1) et celui de la perception comme enjeu de politique publique (étape 2), en-deçà de la construction d'une politique globale et coordonnée (étape 3). Cet état de fait se traduit de plusieurs façons :

- **les inégalités de santé ne sont que partiellement prises en compte comme un objectif de santé publique.** Lorsque c'est le cas (la loi de santé publique du 9 août 2004 fait des inégalités de santé un de ses principes transversaux et y consacre deux objectifs), les inégalités de santé restent le plus souvent abordées sous l'angle de l'accès aux soins ou de la prise en charge des personnes vulnérables. Par ailleurs, la mise en œuvre des objectifs de réduction des inégalités de santé, lorsqu'ils existent, se heurte aux difficultés d'élaboration des politiques interministérielles ;
- au sein même des politiques de santé, **des dispositifs, comme certaines campagnes nationales de prévention, peuvent avoir pour effet d'accroître le gradient social**, du fait de leur meilleure appropriation par les populations les plus favorisées ;
- **des outils comme les évaluations d'impact sur la santé se développent, mais leur bilan est mitigé** : les évaluations d'impact institutionnelles semblent n'avoir qu'un effet limité sur la prise en compte des inégalités de santé dans les politiques publiques⁵. Les évaluations d'impact locales, dont les effets sont mis en avant par la littérature internationale, demeurent peu développées ;
- **des initiatives locales d'action sur les déterminants sociaux de la santé existent, mais elles sont insuffisamment connues.** En outre, elles se concentrent souvent sur la prise en compte de la santé dans d'autres politiques publiques, sans attention spécifique portée aux inégalités sociales de santé.

Pour préparer une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé, plusieurs actions préalables doivent être conduites :

- **mener un travail d'argumentaire, de conviction et de formation** qui permette à chaque acteur de mesurer comment les enjeux de santé viennent s'intégrer dans ses compétences et son champ d'action, et comment une réduction des inégalités sociales de santé permettrait de rendre plus efficace sa propre intervention ;
- **se doter d'un petit nombre d'objectifs chiffrés** qui permettent de suivre l'action engagée et de faire porter l'effort à la fois sur le moyen et le long terme ;
- **poser des principes d'action qui s'inspirent des expériences mises en œuvre à l'étranger** : la fourniture de « services en cascade », sur le modèle de l'universalisme proportionné, l'intervention précoce ou encore la participation des bénéficiaires à la construction et à l'évaluation des actions en font partie ;
- **mieux connaître les inégalités sociales de santé et les mécanismes qui les « produisent ».** Le développement de la recherche sur les déterminants sociaux de la santé, et une meilleure articulation entre la recherche et l'action publique, doivent y contribuer ;
- **disposer de modalités d'évaluation qui permettent de mesurer si les actions mises en œuvre ont effectivement un impact sur les inégalités sociales de santé.** Or l'évaluation de ces dispositifs (qu'il s'agisse des stratégies générales, des programmes spécifiques ou des actions concrètes) demeure faible, y compris dans les pays les plus avancés en la matière, et rend d'autant plus complexe le plaidoyer en faveur de ces interventions ;
- **disposer d'un ou plusieurs centres de ressources** qui permettent aux acteurs de disposer d'outils, de méthodes et d'un langage commun sur ce sujet.

⁴ M. Elbaum, Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques, Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2007.

⁵ Cette question renvoie notamment au fait qu'il est possible d'avoir un objectif de prise en compte de la santé dans toutes les politiques publiques sans pour autant le relier à la réduction des inégalités sociales de santé.

Sommaire

SYNTHESE	3
SOMMAIRE	5
INTRODUCTION.....	7
1. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET LEURS DETERMINANTS SONT UN THEME DE SANTE PUBLIQUE RECONNU, MAIS DONT L'ANALYSE EST COMPLEXE	9
1.1. <i>L'importance des inégalités sociales de santé est de mieux en mieux reconnue</i>	9
1.1.1. L'épidémiologie fait le constat que l'état de santé des individus est lié en partie à leur position sociale	9
1.1.2. Les travaux sur les déterminants sociaux de la santé mettent en évidence le poids des facteurs structurels.....	11
1.2. <i>L'analyse des déterminants sociaux de la santé est extrêmement complexe et renvoie in fine à des choix politiques</i>	12
1.2.1. Le lien entre un déterminant et un état de santé n'est pas un lien de causalité.....	13
1.2.2. Les modèles explicatifs mettent en évidence le poids des déterminants socioéconomiques.....	13
1.2.3. Ces différents modèles renvoient in fine à des choix politiques.....	14
2. LA PRISE DE CONSCIENCE DE L'ENJEU DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE NE S'EST PAS TRADUITE PAS LA DEFINITION D'UNE STRATEGIE EN FRANCE.....	17
2.1. <i>Un sujet de plus en plus investi, mais qui implique de changer de paradigme</i>	17
2.1.1. Un sujet investi au niveau international	17
2.1.2. Une appropriation progressive mais tardive en France	19
2.1.3. Agir sur les déterminants sociaux de la santé implique d'adopter de nouveaux principes d'action.....	20
2.2. <i>Il n'existe pas de stratégie explicite de réduction des inégalités de santé en France</i>	23
2.2.1. Les inégalités sociales de santé ne sont toujours pas un objet de politique publique	23
2.2.2. De nombreuses expériences locales sont en cours, mais elles sont peu valorisées ...	26
2.2.3. La faible diffusion du modèle des déterminants sociaux et les difficultés d'élaboration d'une politique interministérielle de santé expliquent l'absence de stratégie nationale.....	30
3. DE LA PRISE EN COMPTE DU PROBLEME A LA DEFINITION D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE : SIX PROPOSITIONS POUR PREPARER L'ACTION	37
3.1. <i>Expliquer la stratégie d'action et la doter d'un petit nombre d'objectifs</i>	38
3.1.1. Expliquer et diffuser le modèle des déterminants sociaux de la santé.....	38
3.1.2. Rechercher la participation des bénéficiaires des actions.....	40
3.1.3. Ne pas se limiter à des objectifs de santé physique	40
3.2. <i>S'inspirer des cadres d'action utilisés à l'étranger</i>	43
3.3. <i>Se donner les moyens d'évaluer l'impact des politiques publiques sur les inégalités sociales de santé</i>	44
3.3.1. Adapter l'utilisation de l'évaluation d'impact sur la santé.....	44
3.3.2. Développer les méthodes d'évaluation.....	45
3.4. <i>Soutenir les initiatives régionales et locales</i>	47

3.5. <i>Mettre les connaissances et la recherche au service de l'action</i>	49
3.6. <i>Former les acteurs pour qu'ils intègrent le modèle des inégalités sociales de santé dans leurs décisions et leurs pratiques</i>	50
ANNEXE 1 : LETTRE DE MISSION.....	51
ANNEXE 2 : LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	53
ANNEXE 3 : FICHES-ACTION POUR UNE STRATEGIE DE REDUCTION DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE	59
ANNEXE 4 : TABLEAU DES COMPARAISONS INTERNATIONALES.....	119

Introduction

En France, l'état de santé de la population est marqué par un paradoxe : un bon état de santé moyen, mais des inégalités qui se creusent dès le plus jeune âge et se maintiennent tout au long de la vie. C'est le constat de ce paradoxe qui justifie la mission confiée à l'IGAS par la ministre de la Santé, par lettre du 12 avril 2010. Elle a pour objet l'analyse des déterminants de santé et la proposition de pistes pour réduire les inégalités sociales de santé. Cette mission s'inscrit dans le cadre de la préparation de la prochaine loi de santé publique, dont la réduction des inégalités sociales de santé devrait constituer un axe structurant.

INEGALITES DE SANTE ET DETERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTE

On appelle inégalités sociales de santé « *toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale* »⁶. On distingue classiquement trois types d'inégalités en santé, qui peuvent être en partie liées : les inégalités entre hommes et femmes, celles entre catégories socioprofessionnelles, ou celles entre territoires. Deux éléments sont importants dans cette définition. Premièrement, les catégories socioprofessionnelles ne sont pas seulement une unité de mesure des inégalités de santé : il y a un lien direct entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. Deuxièmement, ces inégalités de santé sont considérées comme évitables. Elles ne relèvent pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits.

Le concept de déterminants sociaux de la santé vise à expliquer comment les inégalités sociales se « transforment » en inégalités de santé. Parmi les grandes catégories de déterminants mises en évidence par la recherche figurent, à côté de l'âge, du sexe et des facteurs héréditaires⁷, les comportements individuels (dont la consommation de tabac et d'alcool, l'alimentation, l'exercice physique...), les réseaux sociaux et les communautés dans lesquelles s'inscrivent les individus, les conditions de vie et de travail (emploi, logement, transports, accès aux services publics essentiels), et enfin les conditions économiques, culturelles et environnementales.

La commande passée à l'IGAS s'ancre dans un double constat. Le premier est qu'améliorer l'état de santé moyen de la population ne suffit pas, puisque non seulement les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas, mais qu'elles tendent même à s'aggraver pour partie : en classe de CM2, la proportion d'enfants obèses chez les ouvriers était dix fois plus élevée que chez les cadres en 2008, contre quatre fois en 2002. Le second est que l'action sur le système de prévention et de soins ne permet pas à elle seule de réduire les inégalités sociales de santé. En effet, la majeure partie des déterminants sociaux de la santé se constitue en amont du système de soins, dans les conditions de vie et de travail des individus. C'est sur ces déterminants que portent les développements qui suivent.

DES QUESTIONS METHODOLOGIQUES PREALABLES

Travailler sur les déterminants sociaux de la santé soulève une série de questions d'ordre méthodologique : à quelles classes sociales fait-on référence lorsqu'on parle de gradient social en matière de santé ? Quelle définition de la santé retient-on ? Quels sont les modèles explicatifs pertinents pour comprendre comment des déterminants sociaux « produisent » des inégalités sociales de santé ?

⁶ A. Guichard et L. Potvin, « Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? », in L. Potvin et coll., La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé, INPES, 2010.

⁷ Qualifiés de déterminants individuels de la santé, à la différence des déterminants sociaux.

Une seconde difficulté consiste à délimiter le champ d'investigation. L'action sur les inégalités de santé couvre en effet une série de déterminants extrêmement divers qui va du système de santé aux conditions socioéconomiques dans lesquelles vivent les individus, et des causes proximales aux causes fondamentales des pathologies. La mission a cherché à expliquer quelle conséquence cette variété de déterminants pouvait avoir sur la définition et la mise en œuvre d'un objectif de réduction des inégalités sociales de santé.

Dans les délais qui lui étaient impartis, elle s'est concentrée sur les déterminants de la santé en amont du système de santé. Il ne s'agit pas pour autant d'en conclure que cette dernière question n'a pas d'importance. Mais deux raisons expliquent qu'elle ne soit pas traitée en tant que telle : la première est que les inégalités d'accès à la prévention et aux soins sont relativement mieux documentées que d'autres déterminants sociaux de la santé⁸. La seconde est que le réflexe consistant à réduire les inégalités de santé à des inégalités d'accès à la prévention ou aux soins nuit à la bonne compréhension de ce que sont les déterminants sociaux de la santé : réfléchir aux leviers d'action en amont du système de santé et des soins revêt donc une dimension pédagogique.

Pour point de départ de ses travaux, la mission a pu s'appuyer sur plusieurs travaux de synthèse parus au cours de la période récente - rapport du Haut conseil de santé publique (HCSP), travaux de l'Institut national de promotion et d'éducation à la santé (INPES) et de l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation à la santé (UIPES) - ainsi que sur une revue de la littérature scientifique française et étrangère. Elle s'est également intéressée aux stratégies de réduction des inégalités sociales de santé mises en œuvre à l'étranger.

La mission tient particulièrement à remercier ici l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé ainsi que l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation à la santé de leur contribution à ce travail.

UN RAPPORT EN DEUX ETAPES

Le présent rapport constitue la première étape d'un travail en deux parties. Il a pour objet d'expliquer ce que recouvre le terme d'inégalités sociales de santé, quels en sont les modèles explicatifs et comment cette préoccupation est prise en compte par les politiques publiques. Un second rapport est consacré plus spécifiquement à la question des inégalités sociales de santé dans l'enfance : il cherche à illustrer par un exemple concret la façon dont une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé pourrait être mise en œuvre.

La première partie du rapport explique ce que sont les inégalités sociales de santé et leurs déterminants, ainsi que les difficultés méthodologiques que soulève leur analyse.

La seconde partie est consacrée à un état des lieux de la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les politiques publiques : elle conclut que malgré une prise de conscience accrue de la question, il n'existe pas en France de véritable stratégie de réduction des inégalités sociales de santé.

Enfin, une troisième partie est consacrée aux préalables à lever pour être en mesure d'agir sur les inégalités de santé.

⁸ Ainsi, l'enquête santé protection sociale (ESPS) permet d'étudier les liens existant au niveau individuel entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance publique et privée et le statut socio-économique. Cela permet de nombreuses analyses effectuées notamment par l'IRDES. L'accès aux soins de populations plus précaires a également fait l'objet de publications régulières de la DREES.

1. LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE ET LEURS DETERMINANTS SONT UN THEME DE SANTE PUBLIQUE RECONNU, MAIS DONT L'ANALYSE EST COMPLEXE

1.1. *L'importance des inégalités sociales de santé est de mieux en mieux reconnue*

1.1.1. **L'épidémiologie fait le constat que l'état de santé des individus est lié en partie à leur position sociale**

La notion d'« inégalités sociales de santé » renvoie au constat que les différences de santé au sein d'une population ne sont pas le produit du hasard ou de la seule biologie. Elles s'expliquent aussi par la catégorie socioprofessionnelle à laquelle appartiennent les individus. Parler d'inégalités sociales de santé signifie que quel que soit le type d'indicateur socioéconomique (catégorie socioprofessionnelle, niveau de revenus, formation...) et sanitaire (mortalité, mortalité précoce, espérance de vie sans incapacité, morbidité...) retenu, les catégories plus favorisées sont globalement en meilleure santé que les catégories moins favorisées.

Ce constat est illustré par le terme de « gradient social » : il « sert à décrire le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux qui sont directement au dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite jusqu'aux plus bas échelons »⁹. Le fait qu'un ouvrier de 35 ans ait une espérance de vie inférieure de cinq ans à celle d'un cadre du même âge, et une espérance de vie en bonne santé perçue inférieure de neuf ans¹⁰, en est l'une des nombreuses illustrations.

Les tentatives de compréhension des inégalités sociales de santé se sont largement développées à partir des années 1980, sous l'influence de recherches épidémiologiques. Le rapport Black¹¹, publié en 1982, est l'un des travaux fondateurs en la matière. Il a mis en évidence l'existence, en Grande-Bretagne, d'une forte corrélation entre la position sociale des individus et leur état de santé. **L'une des conclusions fondamentales de ce travail est que la pauvreté ne suffit pas à expliquer les inégalités de santé**, puisque celles-ci ne s'interrompent pas au-delà d'un certain niveau de revenu. La question des inégalités sociales de santé ne se résume donc pas à la santé des populations les plus précaires. Celle-ci constitue toutefois un aspect important du problème, du fait des effets immédiats et spécifiques de la pauvreté sur la santé.

Les données disponibles sur l'état de santé en France confirment que, malgré un bon état de santé moyen de la population, il existe d'importantes inégalités entre catégories socioprofessionnelles. En 2008-2009, l'espérance de vie à 65 ans en France était la plus élevée d'Europe, à la fois chez les femmes (22,6 ans) et chez les hommes (18,4 ans). Des progrès importants ont eu lieu dans certains domaines : la prévalence du saturnisme chez les enfants de moins de 6 ans a été divisée par 20 depuis 1995-1996 : en 2008-2009, 0,1 % des enfants de cette classe d'âge seraient touchés. Le taux de mortalité par accidents de la vie courante chez les enfants de moins de 15 ans a également baissé de près de 30 % depuis 2000. Dans le même temps, d'importantes inégalités entre catégories socioprofessionnelles persistent. Le tableau ci-dessous présente quelques données disponibles en matière d'inégalités de santé physique.

⁹ Voir notamment A. Guichard et L. Potvin, « Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? » dans l'ouvrage publié par l'INPES : L. Potvin et coll, La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé, INPES, 2010.

¹⁰ T. Barnay, E. Cambois, JM. Robine, Espérances de vie, espérances de vie en santé et âges de départ à la retraite : des inégalités selon la profession en France (INED, CNRS, Inserm), 2010.

¹¹ Black D. et al. Report of the working group on inequalities in health. London, Stationery office, 1980.

Tableau 1 : Quelques exemples d'inégalités sociales de santé¹² en France

Types d'indicateurs de santé	Indicateurs	Modalité de mesure des inégalités sociales de santé
Espérance de vie	Espérance de vie à 35 ans	A 35 ans, l'espérance de vie d'un ouvrier est inférieure de 5 ans à celle d'un cadre.
	Espérance de vie à 35 ans en bonne santé perçue	A 35 ans, l'espérance de vie d'un ouvrier en bonne santé perçue est inférieure de 9 ans à celle d'un cadre.
Mortalité	Mortalité avant 65 ans	Les hommes sans diplômes ont 2,5 fois plus de risques de décéder avant 65 ans que les hommes ayant effectué des études supérieures (la différence est de 1,9 pour les femmes) ¹³ .
	Mortalité par cancer	A âge égal, la mortalité par cancer du poumon des hommes sans diplôme est multipliée par 3,5 par rapport aux hommes dont le niveau d'études est « bac et plus » (écart de 10 pour le cancer du pharynx) ¹⁴ .
	Mortalité par maladies cardiovasculaires	Entre 1982 et 1990, la mortalité par maladies coronariennes a baissé de 47 % chez les cadres et professions libérales contre 14 % chez les employés et ouvriers.
Incidence et prévalence des pathologies	Hypertension artérielle	La prévalence de l'hypertension artérielle varie de 25 à 38 % entre le tiers de la population dont le niveau d'études est le plus élevé et celui dont le niveau d'études est le plus faible.
	Episodes dépressifs	La fréquence d'épisodes dépressifs au cours de la semaine précédente est de 9 % en population générale, mais de 16 % chez les chômeurs et inactifs ¹⁵ .
Accès au système de santé	Dépistage du cancer du sein	56 % de femmes de plus de 40 ans ayant un niveau d'étude secondaire ou supérieur ont fait une mammographie au cours des deux dernières années, contre 40 % de celles ayant un niveau d'études primaire.
	Traitement des accidents coronariens	La survie à 28 jours d'un événement coronarien est 2,5 fois plus élevée pour un cadre supérieur que pour une autre catégorie socioprofessionnelle.

Source : Données citées dans l'ouvrage d' A. Leclerc, M. Karminski, T. Lang

¹² Les données sont issues de l'ouvrage d'A. Leclerc, M. Kaminski et T. Lang, Inégaux face à la santé : du constat à l'action, La Découverte, 2008

¹³ Période 1990-1996.

¹⁴ Période 1975-1990, Menvielle, 2005.

¹⁵ INSEE, Enquête santé

La force illustrative des exemples ne doit pas masquer la complexité de la problématique. Tout d'abord, la représentation d'une société structurée en catégories sociales est débattue. L'individualisation des comportements et des trajectoires, ou l'articulation avec d'autres types de clivages, notamment culturels, amène à s'interroger sur les modes de différenciation sociale pertinents pour l'analyse¹⁶. Les outils de mesure du gradient social (catégorie socioprofessionnelle de l'individu, revenus, niveau d'éducation) ne sont donc qu'une grille de lecture parmi d'autres.

Ensuite, la notion de santé est elle-même une notion complexe : dans son acception la plus large - l'OMS la définit comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* », elle peut-être assimilée au bien-être physique, matériel et social. La question des inégalités de santé déborde alors très largement le seul sujet de la santé physique.

1.1.2. Les travaux sur les déterminants sociaux de la santé mettent en évidence le poids des facteurs structurels

L'un des apports de l'épidémiologie à la compréhension des inégalités de santé est de s'interroger sur les mécanismes par lesquels les inégalités sociales sont liées aux inégalités de santé.

La première réponse avancée est que la catégorie sociale¹⁷ des individus les expose à une combinaison variable de ressources et de contraintes¹⁸. A chaque position sociale correspond un niveau spécifique de ressources - matérielles, comportementales ou encore psychosociales - et une exposition à un certain nombre de facteurs de risque. C'est la combinaison entre ces ressources et ces risques qui va « produire » des différences sociales de santé. Des différentes classifications existantes, on peut retenir cinq grandes catégories de facteurs :

- les déterminants « biologiques » de l'état de santé que sont l'âge, le sexe et le patrimoine génétique d'un individu, et qui sont indépendants de sa position sociale ;
- les déterminants comportementaux, eux-mêmes liés au contexte social, et associés pour certains à des facteurs de risques précis pour la santé : consommation de tabac ou d'alcool, comportements alimentaires etc. ;
- l'entourage et les réseaux sociaux dans lesquels l'individu est inséré, et qui vont notamment jouer dans le soutien social dont il pourra bénéficier face aux événements auxquels il est confronté ;
- l'environnement et les conditions de vie et de travail, qui incluent notamment l'accès aux ressources, aux services et aux infrastructures ;
- les conditions socioéconomiques d'ensemble de la société : la richesse nationale, l'état du marché du travail et de l'économie, les facteurs culturels... et la façon dont ils sont distribués dans la population.

Pour certains auteurs, la structuration sociale est elle-même un facteur de risque. Des études ont cherché à étayer cette dimension du problème, en analysant l'impact sur la santé d'un stress psychosocial lié à la position des individus dans l'échelle sociale. Cette approche a été particulièrement documentée dans le domaine de la santé au travail. En Grande-Bretagne, le suivi de la cohorte Whitehall a mis en évidence des disparités de mortalité entre fonctionnaires qualifiés et fonctionnaires non qualifiés, alors même qu'ils disposaient tous d'un accès aux soins et d'un emploi stable et rémunéré. Evans¹⁹ a approfondi l'hypothèse de stress psychosocial, en étudiant les effets de l'organisation sociale sur la santé. Les auteurs en concluent que le stress lié à la position sociale a des conséquences sur la santé des individus.

¹⁶ Voir par exemple S. Bosc, « Groupes sociaux ou classes sociales », in La société et ses stratifications, Cahiers français n°314.

¹⁷ Elle-même complexe à apprécier, cf. supra.

¹⁸ Voir à ce sujet le rapport du HCSP.

¹⁹ Etre ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la maladie. Les presses de l'Université de Montréal, 1996.

Faut-il en conclure qu'une société plus égalitaire améliorerait la santé de tous ses membres ?

La parution récente d'un ouvrage de Richard Wilkinson et Kate Pickett, *The spirit level*²⁰, a donné à cette question une exposition médiatique particulière. Les auteurs posent le constat suivant : plus la distribution des revenus dans un pays est inégalitaire, moins ce pays est performant au regard des différents indicateurs du bien-être²¹ (espérance de vie, mortalité, obésité, niveau d'instruction...). Les inégalités de revenu importeraient donc plus que le niveau de revenu lui-même pour définir le bien-être d'un pays. *The spirit level* donne notamment l'exemple de la mortalité infantile : dans un pays où les inégalités sont élevées comme le Royaume-Uni²², les bébés issus de familles aisées ont plus de probabilités de mourir avant un an que les bébés suédois, même issus des groupes sociaux les moins favorisés. Si l'état de santé de tous les groupes sociaux est affecté par le niveau d'inégalités d'un pays, la réduction des inégalités se justifie d'emblée pour des raisons d'efficacité de la politique de santé.

Plusieurs points de cette thèse sont toutefois contestés : d'abord, **l'identification du lien entre inégalités et bien-être ne dit rien d'éléments qui jouent sur la façon dont les inégalités sont ressenties**, comme le soutien social (les inégalités peuvent être moins durement ressenties lorsque l'individu peut s'appuyer sur un soutien au sein de sa communauté) ou le système de protection sociale dont se sont dotés les pays.

Plus fondamentalement, et à la différence de l'exemple cité ci-dessus, **la mesure du bien-être se fait en général en référence à une moyenne, ce qui peut masquer la dispersion des résultats**. Si les catégories les plus défavorisées ont des indicateurs massivement dégradés, elles peuvent tirer la moyenne vers le bas alors que les catégories les plus favorisées continueraient de bénéficier d'une situation relativement satisfaisante. Le niveau d'instruction des enfants britanniques les plus aisés reste ainsi meilleur que celui des enfants finlandais les plus défavorisés, alors même que le système finlandais est plus égalitaire et en moyenne plus performant. Dans ce second cas de figure, réduire les inégalités de santé se justifie davantage par des considérations de cohésion sociale et de justice sociale (cf. *infra*).

Ces débats montrent que, si l'identification des déterminants de la santé est un objet de recherche scientifique, elle renvoie également à des interprétations politiques. Les différents modèles explicatifs proposés pour comprendre les déterminants sociaux de la santé confirment ce constat.

1.2. L'analyse des déterminants sociaux de la santé est extrêmement complexe et renvoie in fine à des choix politiques

Identifier de grandes catégories de déterminants ne dit rien en tant que tel de leurs liens avec la santé des individus. Les cadres conceptuels élaborés depuis les années 1970 ont donc cherché à les hiérarchiser, à montrer la façon dont ils agissent et à évaluer leur part respective dans l'état de santé. Leur objectif est de donner une base explicative qui permette d'orienter l'action publique.

Les modèles les plus récents mettent en évidence le poids des déterminants structurels (statut socioéconomique, formation, emploi...). Ils renvoient *in fine* à des débats politiques : agir sur ces déterminants implique en effet des choix en matière de régulation économique et sociale.

²⁰ R. Wilkinson et K. Pickett, *The spirit level: why more equal societies almost always do better*, Bloomsbury press, 2009.

²¹ La liste des indicateurs du bien-être proposée par les auteurs est très large, incluant le taux de criminalité ou encore la proportion de déchets recyclés.

²² Il s'agit en l'occurrence d'une étude portant sur l'Angleterre et le Pays de Galles.

1.2.1. Le lien entre un déterminant et un état de santé n'est pas un lien de causalité

Les modèles explicatifs des inégalités de santé sont tous confrontés à un certain nombre de questions méthodologiques.

D'abord, la corrélation entre un déterminant de santé et un état de santé ne suffit pas à démontrer l'existence d'un lien de causalité. Les travaux de recherche ne permettent pas d'expliquer complètement de quelle façon et à quel moment de la vie agit un déterminant. On peut citer à titre d'exemple les interactions entre la situation sociale dans l'enfance et l'état de santé à l'âge adulte : « *En quoi et comment la situation sociale dans l'enfance a-t-elle des effets négatifs sur la santé jusqu'à l'âge adulte ? Les réponses ici sont partielles, et tous les mécanismes causaux ne sont pas identifiés : pour certaines maladies, on sait maintenant que les conditions dans l'enfance sont importantes, et l'on peut parler d'effets retardés. Par ailleurs, la situation dans l'enfance et à l'adolescence influe sur certains éléments du mode de vie ultérieur, par exemple dans le domaine de l'alimentation ; elle a aussi des effets directs sur le niveau d'études, avec des conséquences sur le début de l'activité professionnelle et les conditions de vie et de travail à cette période de la vie*²³ ».

Les déterminants de la santé sont aussi partiellement imbriqués, et peuvent aussi se renforcer : l'entourage, le réseau social et les conditions de vie influencent par exemple les comportements et les choix individuels. Cette relation doit conduire à analyser avec prudence les déterminants comportementaux de la santé. Les comportements en santé ne sont pas de simples choix des individus, indépendants des conditions dans lesquelles ils sont exercés. Le lien entre un déterminant et l'état de santé peut également être rétroactif : par exemple, le fait d'être au chômage est associé à un moins bon état de santé, et l'état de santé lui-même rétroagit sur la capacité à retrouver un emploi.

La complexité des liens entre les déterminants de la santé et l'état de santé d'individus ou de groupes de population explique en partie pourquoi les politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé sont difficiles à évaluer : comment mesurer précisément quel sera l'impact de telle ou telle politique publique sur les résultats obtenus ? Comment savoir si l'évolution des indicateurs de santé leur sera précisément imputable ? Ces problèmes méthodologiques ne sont pas propres à la question des inégalités sociales de santé, et se retrouvent largement dans d'autres champs de politiques publiques. Ils sont toutefois amplifiées dans ce cas précis par deux considérations : le fait que la pondération des déterminants varie d'un individu à l'autre (comment passer de la mesure de l'impact individuel à celle de l'impact collectif d'un déterminant ?) et le fait que l'état de santé résulte très largement d'un cumul entre plusieurs de déterminants sur lesquels il faudrait dès lors agir conjointement.

1.2.2. Les modèles explicatifs mettent en évidence le poids des déterminants socioéconomiques

Plusieurs modèles visent à rendre compte de la façon dont les déterminants sociaux sont reliés aux états de santé, et peuvent interagir entre eux. Ils se fondent sur différentes disciplines (épidémiologie, approche psychanalytique, approche sociologique...). Certaines approches mettent l'accent sur la distinction entre des causes dites « proximales » (les modes de vie, par exemple) et des causes « fondamentales » ou « structurelles », encore appelées « causes des causes » (comme les conditions socioéconomiques générales) de la santé²⁴. D'autres s'attachent plus particulièrement à montrer comment les différents déterminants se renforcent et interagissent au cours du cycle de vie de l'individu.

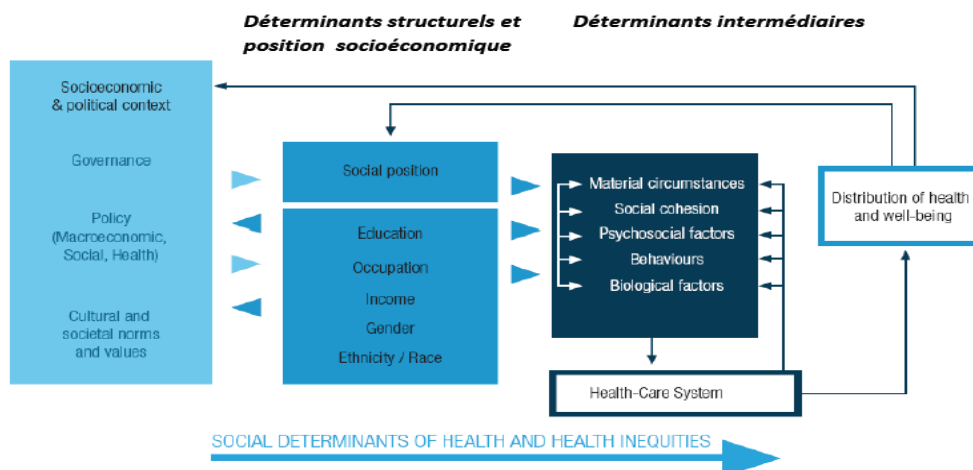
Le modèle le plus récent est celui élaboré par la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS. Il distingue trois composantes fondamentales que sont le contexte socioéconomique et politique (gouvernance, politiques macroéconomiques, politiques sociales, culture et valeurs

²³ A. Leclerc, M. Karminski, T. Lang, Inégaux face à la santé : du constat à l'action, INSERM / La Découverte, 2008.

²⁴ Cette distinction est notamment retenue dans le rapport du HCSP sur les inégalités sociales de santé.

sociétales...), les déterminants structurels liés à la position socioéconomique des individus (stratification sociale mesurée par le revenu, la formation, l'emploi, le genre ou l'ethnie...), et des déterminants intermédiaires (circonstances matérielles, facteurs psychosociaux et environnementaux, comportements et biologie, système de santé).

Tableau 2 : Modèle des déterminants sociaux de la santé de l'OMS



Source : Commission des déterminants sociaux de la santé, OMS

Certains travaux ont cherché plus particulièrement à pondérer la part des différents déterminants sociaux dans l'état de santé. Dans les travaux de Dever (1976), les comportements individuels et les habitudes de vie représenteraient environ 40 % des causes de la mortalité²⁵. Les études réalisées par Stronks (1996) mettent quant à elles l'accent sur la part des conditions de travail. Il estime que 70 % de l'état de santé peut être expliqué par des facteurs structurels ou comportementaux, les premiers jouant un rôle déterminant (56 % contre 14 %).

1.2.3. Ces différents modèles renvoient in fine à des choix politiques

1.2.3.1. Agir sur les inégalités de santé est légitime au regard de la justice sociale

La plupart des modèles explicatifs des inégalités de santé et de leurs déterminants renvoient à des théories de la justice sociale²⁶. Un aspect fondamental de cette approche est la transmission intergénérationnelle des inégalités de santé. Le lien entre l'état de santé des enfants et l'état de santé ainsi que le milieu socioprofessionnel de leurs parents nourrit le constat d'une transmission des inégalités de santé indépendante des choix individuels. Les personnes dont le père est ouvrier sont plus nombreuses à se déclarer en mauvaise santé que celles dont le père est dirigeant ou profession intellectuelle (44 % contre 29 %). Le fait d'avoir des parents en meilleure santé que leur génération augmente également la probabilité que l'individu se déclare en bonne santé. À côté des caractéristiques biologiques des individus, l'impact très fort des conditions de vie dans l'enfance sur la santé, la transmission du niveau de préférence pour la santé ou de comportements en santé des parents, et la reproduction d'inégalités en matière d'éducation ou d'emploi expliquent en partie ces écarts²⁷.

²⁵ G.E.A. Dever, An epidemiological model for health policy analysis, *Social Indicators Research* 2(4) : 453 - 466. 1976.

²⁶ D. Polton, L'état de la recherche sur les inégalités de santé, congrès national des Observatoires régionaux de la santé, Marseille, octobre 2008.

²⁷ Voir notamment à ce sujet M. Devaux, F. Jusot, A. Trannoy et S. Tubeuf, « La santé des seniors selon leur origine sociale et la longévité de leurs parents », *Economie et statistiques*, 2008.

Dire qu'il existe une « inégalité des opportunités »²⁸ en santé signifie aussi que les individus ne sont pas seuls responsables de leurs comportements. Avoir plus ou moins accès à l'information sur la santé, avoir un niveau d'éducation plus ou moins élevé, être plus ou moins inséré dans des réseaux sociaux, avoir un niveau de revenu plus ou moins important sont autant d'éléments qui entrent dans les comportements en santé, au-delà de la seule responsabilité individuelle. La prévalence du tabagisme varie ainsi selon la préférence pour le présent des individus, celle-ci pouvant elle-même être influencée par des difficultés matérielles ou sociales. Les comportements en santé ne sont pas qu'individuels, ils ont aussi une dimension sociale.

Tableau 3 : Rapport au temps et tabagisme

	Préférence pour le présent – tendance à la procrastination	Préférence pour le présent	Préférence pour l'avenir
Proportion de fumeur	32 %	27 %	20 %
Proportion de personnes ayant déjà fumé	61 %	59 %	52 %
Pourcentage de fumeurs ayant déjà essayé d'arrêter de fumer	70 %	63 %	60 %

Source : Grignon M. (2006), « Préférences hyperboliques pour le présent et comportements à risque », in Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., "Santé, soins et protection sociale en 2004", rapport IRDES, 2006/01.

1.2.3.2. Les politiques publiques ont un rôle à jouer pour « rendre les choix sains plus faciles »²⁹

Les comportements en santé sont influencés par l'environnement créé par les politiques publiques : « La disponibilité et le prix des différents aliments, l'accès à une restauration de type fast-food, la restauration collective, l'industrie agro-alimentaire, les lobbys agro-alimentaires, la possibilité d'exercer un minimum d'activité physique dans différentes zones sont à cet égard aussi importantes à creuser que l'éducation nutritionnelle individuelle »³⁰.

Plus largement, certaines études ont cherché à objectiver l'influence de telle ou telle politique publique sur des déterminants sociaux de la santé. C'est le cas de l'OMS qui s'est plus particulièrement intéressée aux politiques d'urbanisme³¹. Il montre ainsi que la politique de logement peut avoir une influence « fondamentale » sur la santé en agissant sur l'accès, la qualité et le type de logement mais également sur le sentiment de justice sociale, une influence « majeure » sur les modes de vie personnels ou la qualité de l'air alors que le travail n'est pas impacté.

1.2.3.3. Des études ont cherché à mesurer le coût économique des inégalités de santé

Des travaux tentent de quantifier les coûts ou les gains liés à des choix politiques ayant un impact sur la santé. L'intérêt de cette démarche est de mieux intégrer la question des inégalités sociales de santé dans les arbitrages de politiques publiques : quel investissement public aura l'effet le plus important sur la réduction des inégalités ? Quels gains seraient réalisés si toute la population avait le même état de santé que les catégories les plus favorisées ? Les programmes d'intervention précoce ont-ils un bon « retour sur investissement » ? De nombreux pays ont ainsi mobilisé des données économiques et budgétaires pour soutenir leurs stratégies de réduction des inégalités de santé.

²⁸ Ce terme est employé par plusieurs chercheurs dont M. Devaux, F. Jusot, A. Trannoy et S. Tubeuf.

²⁹ Titre d'un rapport du Département de la santé britannique de 2004 : *Making healthy choices easier*.

³⁰ Extrait du rapport du HCSP consacré aux inégalités sociales de santé, op.cit.

³¹ H. Barton et coll, *Un guide de l'OMS pour un urbanisme centré sur les habitants*, OMS Europe, août 2004

Encadré : comment mesurer le coût des inégalités sociales de santé ?

Les études sur le coût des inégalités de santé peuvent avoir plusieurs finalités :

- **évaluer les coûts pour la santé (mesurés en termes de mortalité et de morbidité) d’investissements différentiels dans des politiques publiques**³². Une étude du *British medical journal* de juin 2010 estime ainsi qu’une hausse de 100 dollars (91 euros) par individu des budgets sociaux (dépenses de santé exclues) est corrélée à une baisse de 4,34 % de la mortalité liée à la tuberculose. En revanche, une hausse de 100 dollars des dépenses de santé par individu est corrélée à une hausse de cette même mortalité de 2,11 % ;
- **évaluer les gains pour les finances publiques de programmes visant à agir sur les inégalités de développement dès l’enfance**. Une étude réalisée aux Etats-Unis sur un programme d’intervention précoce, le *Perry Preschool Project*, a mis en évidence un retour sur investissement de 7,16 \$ pour les finances publiques de chaque dollar investi ;
- **évaluer le « coût de l’inaction »**. Pour promouvoir son programme stratégique de santé dans toutes les politiques, le gouvernement d’Australie du Sud³³ a estimé qu’à modalités d’action inchangées, la part des dépenses de santé dans le budget total de la région passerait de 30 % à 50 % et qu’à horizon de 25 ans, l’ensemble des crédits d’Australie du sud seraient consommés par les dépenses de santé, du fait du poids croissant des maladies chroniques. De nombreux travaux ont également cherché à mesurer les coûts de certaines pathologies dont l’incidence pourrait être modifiée par une action sur les déterminants de la santé. Aux Etats-Unis, une étude de 2002 a montré que les dépenses de santé par personne augmentent de 36 % pour les personnes souffrant d’obésité (entre 18 et 65 ans), de 21 % pour les fumeurs et de 10 % pour les buveurs réguliers excessifs d’alcool ;
- **quantifier la part des inégalités sociales de santé provenant d’un déterminant particulier** : aux Pays-Bas, une étude a interrogé les individus sur la façon dont ils perçoivent leur santé et a constaté un écart dans les réponses entre catégories socioprofessionnelles. 63 % de cette différence s’expliquerait par des facteurs de risque physiques³⁴.

Source : Grignon M. (2006), «Préférences hyperboliques pour le présent et comportements à risque», in Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., "Santé, soins et protection sociale en 2004", rapport IRDES, 2006/01

L’apport de l’analyse budgétaire au débat sur les inégalités sociales de santé doit toutefois être apprécié avec précaution. Elle pose en effet de nombreuses questions méthodologiques, dont les méthodes de valorisation monétaire des années de vie qui seraient « gagnées » par une action sur les déterminants sociaux de la santé (le Royaume-Uni affiche dans ses travaux une approche par QALYS, c’est-à-dire les années de vie pondérées par leur qualité, qu’il valorise à 30 000 livres par année). En outre, la complexité des déterminants de la santé et de la façon dont ils agissent sur l’état de santé de chaque individu ne permet pas d’attribuer avec certitude à une action de prévention un résultat en matière de santé. Enfin, l’appréciation des effets des politiques de prévention dépend fortement de l’horizon auquel ils sont mesurés : une méta-analyse réalisée en 2004 par Sweet et Appelbaum sur 34 programmes préscolaires de prévention montre que les effets de ces programmes tendent à décliner au cours du temps.

Plus fondamentalement, il convient de garder à l’esprit le fait que santé des populations et maladies des individus ne sont pas des concepts de même nature et n’ont pas le même horizon. Les ressources affectées au système de soins ne sont qu’en partie responsables de l’amélioration de l’espérance de vie de la population, puisque la majorité des déterminants sociaux de la santé s’inscrivent en dehors du système de soins. En outre, améliorer l’espérance de vie d’une population peut aller de pair avec le développement de nouvelles pathologies³⁵. Il n’y a donc pas de mesure permettant de comparer de façon symétrique les coûts du curatif et du préventif et donc pas de critères objectifs pour choisir l’un au détriment de l’autre.

³² D. Stuckler et coll, *Budget crisis, health, and social welfare programmes*, British medical journal, 10 juin 2010. Est étudié l’impact de transferts financiers entre politiques sociales et politiques de santé.

³³ *Health in All Policies : background and practical guide*, South Australian government, 2010

³⁴ C. Schrijvers, H. Van de Mheen, K. Stronks, J. Mackenbach, “Socioeconomic inequalities in health in the working population: the contribution of working conditions”, *International Journal of Epidemiology*, 1998 et O. Hemstrom, “Health inequalities by wage income in Sweden : the role of work environment”, *Social Science and Medicine*, 2005.

³⁵ A. P. Contandriopoulos, *La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales*, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 6, n°2, 1999, pp. 174-191

Néanmoins, les données économiques sur les inégalités de santé sont utiles à deux titres :

- **elles peuvent avoir un effet de conviction important** pour appuyer le choix d'une politique de réduction des inégalités sociales de santé ;
- **lorsqu'elles sont mobilisées pour évaluer l'effet d'un programme précis**, elles permettent d'en comparer l'efficacité avec celle qui serait obtenue par d'autres moyens d'action.

2. LA PRISE DE CONSCIENCE DE L'ENJEU DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE NE S'EST PAS TRADUITE PAS LA DEFINITION D'UNE STRATEGIE EN FRANCE

2.1. *Un sujet de plus en plus investi, mais qui implique de changer de paradigme*

2.1.1. Un sujet investi au niveau international

Au cours des deux dernières décennies, les organisations internationales ont investi le sujet des inégalités sociales de santé. Leurs travaux ont pour point commun d'aborder la question sous l'angle de la justice sociale, et de relativiser la part du système de santé dans les stratégies d'action qui peuvent être mises en œuvre. Leur traduction concrète demeure toutefois très inégale, certains de ces travaux demeurant au stade de la formulation de principes :

- **la commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la santé** a rendu en 2008 un rapport intitulé *Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé* : elle y insiste sur le fait que les inégalités sociales de santé ne peuvent pas être résolues par la seule lutte contre la pauvreté ou par la mobilisation du système de soins. Elle souligne que la réduction des inégalités de santé est une question de justice sociale ;
- **au cours des deux dernières années, l'Union européenne a mis la réduction des inégalités sociales de santé à son agenda à plusieurs reprises** : dans une communication d'octobre 2009, *Réduire les inégalités de santé dans l'Union européenne*, la Commission européenne identifie les inégalités sociales de santé comme un obstacle à la cohésion économique et sociale au sein de l'Union. Elle insiste sur le fait que les inégalités sociales de santé se constituent largement hors du système de santé et identifie quatre pistes d'action au niveau communautaire : l'amélioration de la connaissance scientifique et statistique, les échanges de pratiques entre Etats pour améliorer l'efficacité des actions nationales, la sensibilisation aux enjeux spécifiques des populations vulnérables et enfin la formation des acteurs³⁶. L'Union européenne conduit également une politique d'appui à des initiatives nationales et locales. Le projet communautaire *Determine* a recensé et soutenu, sur la période 2007-2010, les politiques efficaces pour réduire les inégalités sociales de santé³⁷ ;
- **dans une série de travaux sur le bien-être des enfants³⁸, l'OCDE formule des préconisations pour réduire les inégalités de développement dans l'enfance.** Outre une analyse critique de l'efficacité de certains dispositifs ou prestations (nombre et nature des visites prénatales dans le suivi de grossesse, prestations en nature ou en espèce pour l'accueil du jeune enfant), elle propose de mieux cibler les actions en fonction des besoins spécifiques des catégories sociales, selon le principe de « services en cascade » - c'est-à-dire des prestations dont l'accès est universel mais dont l'intensité varie en fonction des

³⁶ Les conclusions du Conseil adoptées les 7 et 8 juin 2010 concernant *L'équité et la santé dans toutes les politiques : solidarité en matière de santé*, ont prolongé cette démarche.

³⁷ Ce projet vise à prolonger la dynamique enclenchée par le rapport de l'OMS. Il fait suite par ailleurs à une précédente initiative de la Commission européenne, *Closing the gap*, inscrite dans la politique d'inclusion sociale de l'Union européenne.

³⁸ Assurer le bien être des enfants, rapport 2009, www.oecd.org/editions/corrigenda.

besoins des ménages. L'OCDE suggère notamment de diminuer le nombre de visites prénatales en direction des femmes de milieux favorisés, afin de pouvoir les multiplier en faveur de femmes de milieu plus modeste.

Encadré : le projet *Determine*

Le projet *Determine*, lancé par l'Union européenne en juin 2007 pour une période de trois ans, rassemble au sein d'un consortium 50 acteurs de la santé publique des pays membres (instituts de recherches, universitaires, agences de santé publique, structures ministérielles...).

Il a pour objectif d'évaluer les initiatives engagées par les membres du consortium pour agir sur les déterminants sociaux de la santé, ainsi que sur la santé des groupes de population les plus vulnérables, afin de déterminer quelles sont les approches et les méthodes les plus efficaces. Il dispose également de moyens pour financer des actions pilote.

Parmi les approches mises en valeur par *Determine* figurent notamment l'utilisation d'évaluation économiques d'impact sur la santé de décisions publiques, des exemples d'actions ayant permis de prendre en compte la santé dans d'autres politiques publiques, et les outils d'ingénierie en santé qui peuvent être utilisés dans ce cadre. Sont ainsi cités la politique développée par le Ministère flamand du Tourisme afin de rendre les vacances accessibles aux groupes économiquement vulnérables, ce qui améliore leur bien-être mental et physique et diminue leur stress, ou l'exemple de l'Ecosse dont la stratégie économique (2007) définit les priorités pour encourager une croissance économique durable qui affecte la santé et le bien-être³⁹.

Le rapport final du consortium, rendu public en juin 2010, met l'accent sur la nécessité de préparer, en amont de la définition de stratégies de réduction des inégalités sociales de santé, une sensibilisation et un plaidoyer politiques.

Plusieurs pays ou Etats – notamment le Royaume-Uni, la Norvège, les Pays-Bas, le Québec, ou des États d'Australie comme l'Australie du Sud et l'Etat de Victoria – ont également choisi de s'engager dans une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé⁴⁰. Les expériences menées présentent plusieurs caractéristiques intéressantes⁴¹ :

- **certains pays ont mis en avant des approches budgétaires** pour justifier leur engagement dans une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé : le gouvernement norvégien estime ainsi que les avantages en termes de santé de déplacements à pieds et en vélo pourraient contrebalancer les coûts correspondants dans la proportion de 4,5 pour 1, et que l'investissement dans la petite enfance peut générer un retour de 2 à 7 pour chaque euro investi. Ces études doivent toutefois être utilisées avec précaution, compte tenu des difficultés méthodologiques qu'elles peuvent soulever (cf. *supra*) ;
- **un objectif de réduction des inégalités de santé est parfois explicitement intégré dans différentes politiques publiques.** C'est notamment le cas de la Norvège : « *Si la stratégie norvégienne 'Inégalités sociales en Santé' fait explicitement référence à la santé dans son titre, un facteur important a été de mettre l'accent sur l'objectif commun des différents ministères de réduire les inégalités de manière globale. De cette manière, on s'est davantage intéressé à cibler les 'causes des causes' (c.-à-d. les causes structurelles) des inégalités dans les différents domaines* »⁴².

³⁹ *Determine, Mobiliser l'action pour l'équité en santé dans l'Union européenne*, avril 2010, www.health-inequalities.eu. Le site présente également une base de données recensant les bonnes pratiques et des résumés d'actions.

⁴⁰ Une présentation générale de ces différentes stratégies est proposée en annexe du rapport.

⁴¹ Voir notamment à ce sujet IRDES, « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen », *Questions d'économie de la santé* n°93, février 2005.

⁴² *Determine*, cité *supra*

- **en Grande-Bretagne, l'approche territoriale s'apparente par certains aspects à une stratégie de lutte contre la pauvreté.** Des territoires ont été ciblés en fonction d'« indices de défavorisation ». Il s'agit de zones se situant dans le dernier quintile pour au moins trois indicateurs dans la liste suivante : espérance de vie à la naissance pour les hommes et pour les femmes, mortalité en dessous de 75 ans par cancer, par maladies cardio-vasculaires, indicateur composite de défavorisation. C'est sur ces zones qu'est ciblé l'objectif d'amélioration de l'espérance de vie ;
- **la majorité des pays s'est dotée d'objectifs chiffrés :** le Royaume-Uni a ainsi choisi d'afficher un objectif de réduction de 10 % des inégalités sociales de santé à horizon 2010. En Suède, certains objectifs visent directement des déterminants sociaux de la santé : amener en dessous de 4 % la proportion de personnes vivant sous le seuil de pauvreté, ou encore réduire de 1 % par an la proportion de fumeurs quotidiens. Ces objectifs peuvent être transversaux ou cibler des publics particuliers (les fumeurs). Ils peuvent aussi être de moyen, de court ou de long terme ;
- **dans certains cas, des expérimentations locales ont précédé la définition d'une stratégie nationale :** aux Pays-Bas, douze expérimentations locales ont été menées sur une période de six ans (1995-2001), avec quatre axes d'intervention possibles (cf. encadré *infra*). Leur évaluation a mis en évidence l'intérêt de l'approche par les conditions de travail et les besoins locaux, et le faible impact en revanche des campagnes de prévention de masse ;
- **la place du ministère de la santé dans la stratégie mise en œuvre est variable.** En revanche, la plupart des stratégies s'appuient sur un engagement interministériel fort au-delà du rôle des autorités de santé.

Encadré : l'exemple des Pays-Bas, quatre axes pour agir sur les inégalités sociales de santé⁴³

Selon Johann Mackenbach (2002), les mesures prises pour réduire les inégalités de santé peuvent être classées en quatre grandes catégories, chacune correspondant à un type de stratégie :

- **réduire les inégalités en matière de pouvoir, de prestige et de bien-être** liées aux différentes positions socio-économiques. Il s'agira notamment de travailler sur les inégalités de revenu mais également d'accès à l'enseignement et à l'emploi. Pour l'auteur, il s'agit de l'approche la plus fondamentale, « *dans la mesure où les inégalités sociales sont à la base des inégalités de santé* » ;
- **réduire les effets de la santé sur la position socio-économique, et réduire les conséquences socio-économiques suite à la maladie (modèle de sélection sociale).** Pour ce faire, il faut veiller au renforcement du système de sécurité sociale, à une meilleure accessibilité au marché de l'emploi pour des personnes atteintes de pathologies chroniques, etc. ;
- **réduire les effets de la position socio-économique sur le risque d'être exposé à certains déterminants de la santé (modèle des causes sociales).** Cela nécessite une amélioration des conditions matérielles (logement, environnement, etc.) mais également des conditions psycho-sociales et comportementales ;
- **réduire les effets sur la santé du fait d'être issu d'une classe sociale défavorisée, en agissant sur le système de soins,** en renforçant ce système par une accessibilité financière mais également culturelle, en étant plus attentif aux modes de communication entre les professionnels de soins et les personnes issues de milieux défavorisés.

2.1.2. Une appropriation progressive mais tardive en France

Dans un premier temps, la France n'a été que peu présente dans les expériences menées au niveau international. Parmi les dix-neuf membres de la commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS présidée par Michael Marmot ne figurait par exemple aucun Français.

⁴³ D. Doumont, C. Feulien, *En quoi la promotion de la santé peut-elle être un outil de réduction des inégalités de santé ? Fondements des inégalités et stratégies d'intervention*, Institut de recherche Santé et Société, Communauté française de Belgique.

La période récente a toutefois connu des évolutions notables, qui témoignent d'une meilleure prise de conscience du problème et de ses enjeux :

- **les travaux de recherche et d'analyse se sont multipliés** : s'il n'est pas possible de tous les mentionner ici, il faut en revanche citer le rapport du Haut conseil de la santé publique de décembre 2009, qui fait le point sur les avancées de la recherche et propose des pistes pour l'action ;
- **des débats ont été organisés**, pour permettre aux acteurs de la promotion de la santé d'échanger sur ce thème : la FNORS a consacré son congrès en 2008 aux inégalités de santé, le ministère de la Santé et l'institut de recherche en santé publique (IReSP) ont organisé un colloque en janvier 2010 sur ce sujet ;
- **des outils pratiques ont été élaborés** dans le cadre de la constitution des agences régionales de santé. L'INPES a notamment conçu un guide proposant des pistes aux agences régionales de santé pour agir sur les inégalités sociales de santé au niveau régional. Il a également publié un ouvrage dont l'objectif est de mettre à disposition les connaissances scientifiquement validées et les pratiques évaluées dont pourront s'inspirer les porteurs de projets⁴⁴ ;
- **la lutte contre les inégalités sociales de santé a été annoncée comme un axe structurant de la prochaine loi de santé publique.**

2.1.3. Agir sur les déterminants sociaux de la santé implique d'adopter de nouveaux principes d'action

L'action sur les déterminants sociaux de la santé s'ancre dans le constat que ni la qualité du système de soins, ni la lutte contre pauvreté ne suffisent à réduire les inégalités de santé. Elle implique donc de changer de modèle d'action, c'est-à-dire de passer d'un modèle centré sur l'accès aux soins, notamment financier, et la prise en charge des populations vulnérables, à une action qui prenne en compte l'ensemble des catégories socioprofessionnelles mais en proportionnant les interventions en fonction des besoins. Trois grands principes ressortent des stratégies mises en œuvre.

Tout d'abord, la politique de lutte contre les inégalités sociales de santé ne peut pas relever exclusivement des institutions en charge de la politique de santé. Les inégalités sociales de santé sont étroitement liées à l'environnement, aux conditions de vie et au contexte socioéconomique général. Elles se constituent largement avant que ne se pose la question de l'accès aux soins, et même à la prévention. Elles se creusent également très tôt dans la vie : dès la classe de CM2, les enfants d'ouvriers ont dix fois plus de risques d'être obèses que les enfants de cadres (6 % contre 0,6 %) ⁴⁵. La majorité des politiques publiques, chacune dans son domaine, contribue à l'état de santé et doit donc porter une attention particulière aux effets de son action sur les différents groupes sociaux.

Le concept de « santé dans toutes les politiques publiques » s'ancre dans ce constat : il vise à donner des outils pour permettre la mise en œuvre de politiques publiques saines, conformément aux objectifs de la charte d'Ottawa de 1986. Récemment encore, une conférence internationale, soutenue par l'OMS⁴⁶ a défini des principes essentiels et des méthodes pour que tous les secteurs de l'État contribuent à l'action pour la santé, et que le secteur de la santé contribue aux objectifs des autres secteurs. Mais la santé dans toutes les politiques publiques ne suffit pas à elle seule à agir sur les inégalités de santé. Elle peut même les aggraver, si les groupes sociaux les plus favorisés bénéficient davantage des mesures qui sont mises en œuvre. L'enjeu est double : éviter de

⁴⁴ L. Potvin et coll, *Réduire les inégalités sociales en santé*, Collection "Santé en Action" INPES, octobre 2010

⁴⁵ N. Guignon, « La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005 : premiers résultats », *Études et résultats*. DREES, 2008, in T. Lang et A. Leclerc, « Les inégalités sociales de santé : portrait épidémiologique », Guide INPES, 2010.

⁴⁶ Déclaration d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques. OMS, Gouvernement d'Australie-Méridionale, 2010

produire des risques qui affecteront inégalement les individus, et faire en sorte que chaque politique publique prenne en compte les besoins spécifiques des différents groupes sociaux.

La notion « d'universalisme proportionné » va même plus loin : elle se définit comme des « *actions qui doivent être universelles mais avec une intensité plus grande selon le degré de désavantage* »⁴⁷. Lorsque l'OCDE recommande de diminuer les visites prénatales pour les catégories les plus favorisées - en considérant qu'il n'est pas utile de les maintenir toutes - afin de les intensifier pour les catégories les moins favorisées, elle s'inscrit dans cette logique. Il peut s'agir également d'adapter la forme du message en fonction du public concerné, pour qu'il ne soit pas approprié par les personnes qui en ont le moins besoin. Les campagnes de communication de l'INPES illustrent cette difficulté : une étude du centre d'analyse stratégique sur les campagnes d'information sur l'obésité souligne que « *ce sont les publics les plus concernés qui sont les moins touchés par les campagnes (les familles peu sensibilisées à la nutrition, les enfants les plus jeunes ou en situation de surpoids), ce qui tend à accroître les inégalités de santé.* »⁴⁸.

Encadré : des exemples de stratégies de santé dans toutes les politiques

Les politiques pré-éducatives et éducatives sont un exemple bien documenté de prise en compte de la santé dans toutes les politiques. En Norvège, un programme intensif d'intervention préscolaire a été mis en place en 2006 (*White Paper on Education Early Efforts for Lifelong Learning*). Il prévoit des dispositifs de développement des compétences langagières chez des enfants d'âge préscolaires appartenant à des familles vulnérables, et leur suivi pendant le primaire et le secondaire.

Le programme britannique *Sure Start* s'inscrit dans la même logique : lancé en 1999 dans 20 % des régions d'Angleterre, choisies en fonction d'un indice de défavorisation, il a pour objectif de combattre l'exclusion sociale en améliorant la santé et le bien-être des jeunes enfants et de leurs parents dans les quartiers défavorisés. 250 les programmes locaux « *Sure Start* » ont été expérimentés dans un premier temps. Chaque programme était piloté par un conseil local comprenant des représentants des services de santé, des services éducatifs, des services sociaux, d'associations, du secteur privé et enfin des parents. Au départ, ces programmes ne relevaient pas d'un protocole d'intervention unique mais devaient tous fournir les services suivants : rechercher des familles pouvant bénéficier de prestations sociales mais n'en faisant pas la demande ; fournir un service intégré de développement de la petite enfance avec des services d'accueil du jeune enfant intensifs et de qualité ; fournir des soins primaires et de l'éducation à la santé. L'initiative a évolué à partir de 2006 avec la mise en place en dix ans de 3 500 centres intégrés pour enfants. Ils proposent un apprentissage préscolaire (assuré par un instituteur qualifié), la mise à disposition d'une offre d'accueil, des services de santé, notamment prénataux, pour les familles, et des liens avec les services d'aide à l'emploi.

En matière environnementale, le programme écossais mis en place en 2005, *Choosing our future*, retient cette même approche. Il part du constat que ce sont les ménages les plus pauvres qui assument les effets environnementaux adverses les plus importants⁴⁹. L'objectif du programme est de rétablir davantage de « justice environnementale » au profit des territoires les plus défavorisés, en agissant sur l'ensemble des déterminants environnementaux.

Le point commun à ces stratégies est d'afficher l'impact sur la santé de déterminants situés hors du système de santé, mais aussi de maintenir une approche par le gradient social, pour éviter que l'appropriation de ces stratégies ne profite en premier lieu aux catégories socioprofessionnelles les plus favorisées.

⁴⁷ Commission des déterminants sociaux, Organisation mondiale de la santé.

⁴⁸ Centre d'analyse stratégique, *Lutte contre l'obésité : repenser les stratégies préventives en matière d'information et d'éducation*, Note de veille n° 166, mars 2010.

⁴⁹ En France, une étude de la délégation interministérielle à la ville a mis en évidence le fait que les ZUS sont plus exposées aux risques environnementaux liés aux activités industrielles que les autres territoires.

La lutte contre les inégalités sociales de santé ne peut pas se réduire à la lutte contre les exclusions, dans la mesure où les inégalités sociales de santé ne disparaissent pas au-delà d'un seuil minimum de revenu. Elle ne doit pas non plus s'y substituer.

S'il n'y a pas de « pathologie spécifique du pauvre », la pauvreté s'accompagne d'une grande vulnérabilité à un ensemble large de « pathologies ordinaires ». Sont souvent notés la fréquence des dépressions, des troubles psychiques divers relevant plus souvent du « mal-être » que de la maladie mentale ainsi que des comportements à risque (conduite automobile dangereuse, tabac, alcool...) liées à l'angoisse générée par les conditions de vie, ainsi qu'à la relégation de la santé au rang de préoccupation « seconde »⁵⁰. En outre, l'éloignement des personnes les plus fragiles des systèmes de prise en charge nécessite la mise en place de modes d'accompagnement spécifiques.

L'évaluation du programme britannique *Sure Start* (cf. encadré *supra*) illustre ce problème. La première phase du programme (avant 2006) avait en effet obtenue des résultats contrastés : alors même que *Sure Start* est centré sur les familles les plus vulnérables, ce sont les familles disposant du « capital social » le plus élevé qui ont eu le plus recours aux services offerts. La réorientation du programme à partir de 2006 vise à répondre à cette difficulté en proposant des services plus intégrés (au sein des centres pour enfants) et un accompagnement renforcé.

Enfin, les politiques publiques doivent prendre en compte les relations qu'entretiennent les inégalités sociales de santé avec d'autres formes d'inégalités, au premier rang desquelles les inégalités territoriales. Les travaux réalisés par la fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS) soulignent l'existence de disparités régionales et infrarégionales en matière sanitaire et sociale⁵¹. Dans une logique proche des indices de défavorisation, ils ont attribué un « score » aux cantons en fonction de la corrélation plus ou moins grande entre difficultés socioéconomiques, offre de soins et état de santé de la population. Les résultats de cette analyse soulignent la forte influence des déterminants sociaux, plus fortement corrélés aux facteurs de santé que les variables d'offre de soins. L'impact des inégalités sociales de santé se retrouve notamment dans les classes 7 et 8 composées de cantons à fortes proportions de situations de précarité, à pourcentages élevés d'ouvriers, et en surmortalité générale et prématurée.

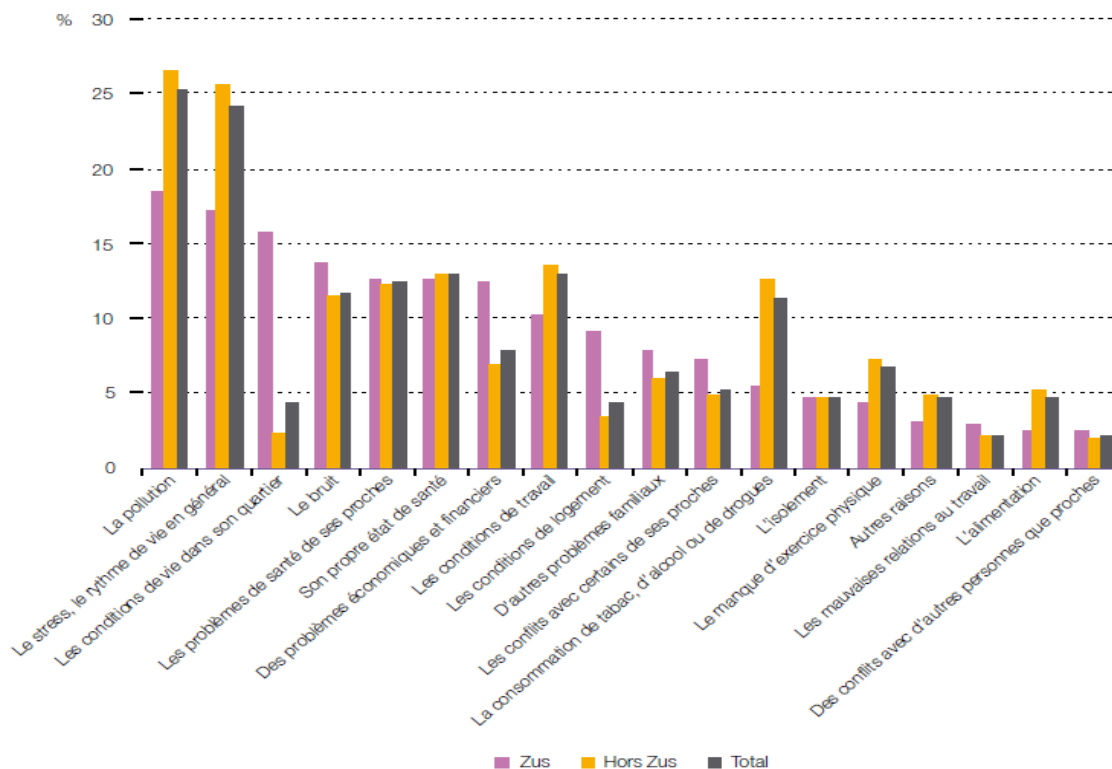
Au-delà des conditions socioéconomiques, les caractéristiques propres à certains lieux de vie (type de logement et d'urbanisme, pollution, relations sociales au sein du quartier, proximité des commerces...) contribuent à creuser les inégalités de santé. Certaines analyses multi-niveaux, comme la cohorte SIRS, mettent ainsi en évidence un « effet contexte » qui s'ajoute aux caractéristiques des habitants : « *Si les inégalités territoriales de santé sont le reflet d'inégalités sociales – en lien avec des processus de ségrégation socio-spatiale particulièrement visibles en milieu urbain, et notamment dans l'agglomération parisienne –, elles manifestent en réalité, dans le même temps, un possible effet propre du contexte de résidence lui-même*⁵² ».

⁵⁰ Cambois E (Drees), *Les personnes en situation sociale difficile et leur santé*, Les Travaux de l'Observatoire, ONPES, 2003-2004

⁵¹ FNORS, *Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton*, collection Abrégés, édition Masson, novembre 2010. Il est intéressant de noter que ces disparités ne se limitent pas aux inégalités d'offre de soins.

⁵² *Les inégalités sociales et territoriales de santé dans la région parisienne*, analyse de la cohorte SIRS, mai 2009.

Tableau 4 : Fréquence de citation des conditions de vie nuisant à la santé en ZUS et hors ZUS



Source : SIRS

2.2. *Il n'existe pas de stratégie explicite de réduction des inégalités de santé en France*

2.2.1. **Les inégalités sociales de santé ne sont toujours pas un objet de politique publique**

Le développement des travaux de recherche et d'observation, associé à un contexte international porteur, ont permis au cours de la période récente de renforcer la prise de conscience de l'enjeu que constituent les inégalités sociales de santé. Toutefois, pour reprendre l'analyse de Mireille Elbaum⁵³, l'état de la question est encore en France entre le stade de la prise de conscience (étape 1) et celui de la perception comme enjeu de politique publique (étape 2). Il reste en revanche en-deçà de la construction d'une politique globale et coordonnée (étape 3).

- 2.2.1.1. La politique de santé publique aborde principalement les inégalités de santé par la prise en charge des populations vulnérables et par l'accès aux soins

La préoccupation de réduire les inégalités sociales de santé n'est pas absente de la politique nationale de santé. Mais elle se limite très largement à la prise en charge des populations vulnérables et à l'accès aux soins, laissant de côté la question des autres déterminants sociaux de la santé.

⁵³ M. Elbaum, *Inégalités sociales de santé et santé publique : des recherches aux politiques*, Revue d'épidémiologie et de santé publique, 2007.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique a fait de la réduction des inégalités sociale de santé l'un de ses neuf principes⁵⁴. Il se traduit de la façon suivante : « *la définition des objectifs et l'élaboration des plans stratégiques doivent systématiquement prendre en compte les groupes les plus vulnérables en raison de leur exposition à des déterminants spécifiques de la fréquence et/ou de la gravité du problème visé, y compris les déterminants liés à des spécificités géographiques* »⁵⁵.

Deux des 100 objectifs de la loi de santé publique concernent directement les inégalités sociales de santé. Il s'agit de l'objectif 33, « *Réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU* » et de l'objectif 34 : « *Réduire les inégalités devant la maladie et la mort par une augmentation de l'espérance de vie des groupes confrontés aux situations précaires* ».

D'autres objectifs de la loi ciblent des déterminants de la santé, mais sans les examiner sous l'angle du gradient social. C'est le cas par exemple des **comportements en santé** (l'objectif 1 de la loi vise la diminution de la consommation moyenne annuelle d'alcool par habitant, l'objectif 4 la prévalence du tabagisme chez les hommes et les femmes) ou encore de la **santé au travail** (l'objectif 17 de la loi concerne l'exposition aux agents cancérogènes, mutagènes et reprotoxiques).

Certains axes des plans de santé publique abordent également la question des inégalités de santé : le second plan national santé environnement⁵⁶ fait de la prise en compte et de la gestion des inégalités environnementales, c'est-à-dire la limitation des nuisances susceptibles d'induire ou de renforcer les inégalités de santé, un axe structurant de son approche.

Ce cadre juridique et stratégique comporte plusieurs limites :

- **la question des déterminants sociaux de la santé n'est pas abordée en tant que telle** : la loi de santé publique aborde principalement la question des inégalités sociales de santé sous l'angle de la prise en charge des populations vulnérables (principe transversal) ou de l'accès aux soins (objectif 33) ;
- **les deux objectifs spécifiques inscrits dans la loi n'ont pas pu être intégralement mesurés**⁵⁷ : l'analyse des conséquences d'un « effet de seuil » lié aux revenus dans le recours aux soins, préalable à l'évaluation de l'objectif 33, n'a pas été réalisée⁵⁸. L'objectif 34, qui constitue une tentative d'aborder de façon plus large la question des inégalités sociales de santé, n'était pas mesurable au moment où la loi a été évaluée par le HCSP. Il suppose en effet de disposer de données de l'échantillon démographique permanent et de l'enquête Santé. Or les délais nécessaires à ce type d'enquête étaient trop importants pour disposer de données au moment de l'évaluation prévue ;
- **certains objectifs de santé publique visent des déterminants de la santé mais ne mesurent pas leur évolution par catégorie socioprofessionnelle.** Il n'est donc pas possible de savoir de quelle façon l'action publique augmentera, diminuera ou laissera en l'état le gradient social. L'exemple de l'évolution de la prévalence du surpoids et de l'obésité montre ainsi que la stabilisation moyenne peut cacher une augmentation des écarts entre catégories socioprofessionnelles : entre 2002 et 2005, la proportion d'enfants

⁵⁴ L'article L. 1411 du code de la santé publique dispose que « *La politique de santé publique concerne [...] 7° La réduction des inégalités de santé, par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics sur l'ensemble du territoire.* »

⁵⁵ Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, article annexe.

⁵⁶ Le PNSE fait partie des cinq plans inscrits dans la loi de santé publique de 2004 et à renouveler tous les cinq ans. Le dernier porte sur la période 2009-2013.

⁵⁷ HCSP, Objectifs de santé publique, Évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004, Avis et rapports, avril 2010

⁵⁸ Des études ont en revanche montré une augmentation des taux de renoncement aux soins entre 2004 et 2008, notamment chez les faibles revenus, ainsi qu'un fort gradient social en matière de renoncement aux soins optiques et dentaire.

obèses a diminué dans toutes les catégories, sauf chez les enfants d'ouvriers où elle est passée de 5 % à 6 %⁵⁹.

2.2.1.2. Les politiques de prévention ne prennent elles-mêmes qu'inégalement en compte le gradient social

L'agrégat des dépenses de prévention dans les comptes nationaux de la santé ne comprend pas les actions visant à améliorer le cadre de vie et l'environnement, ni les effets sur la santé d'actions relevant d'autres politiques publiques. La typologie adoptée par la DREES⁶⁰ distingue trois types d'actions de prévention :

- des actions de « prévention primaire », individuelles et collectives, visant à prévenir l'apparition de maladies : campagnes de sensibilisation et de promotion des comportements en santé, de l'hygiène de vie, vaccination, éducation à la santé. Les politiques de promotion et d'éducation à la santé, visent, au sein de la prévention primaire, à agir plus précisément sur les habitudes et les conditions de vie (cf. encadré) ;
- des actions de « prévention secondaire » visant à dépister une maladie : bilans de santé, campagnes de dépistage ;
- des actions de « prévention tertiaire » visant à prendre en charge des facteurs de risque ou des formes précoces de la maladie.

Encadré : les politiques de promotion et d'éducation à la santé

Les actions de promotion et d'éducation à la santé se définissent par « toute combinaison d'actions planifiées de type éducatif, politique, législatif ou organisationnel appuyant des habitudes de vie et des conditions de vie favorables à la santé d'individus, de groupes ou de collectivités » (Green et Kreutner, 1999). Elles s'appuient notamment, au niveau national, sur l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). L'INPES est chargé « d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé » et « d'assurer le développement de l'éducation pour la santé sur l'ensemble du territoire »⁶¹.

Au niveau régional, 26 pôles de compétences en éducation et promotion de la santé fédèrent les compétences et ressources. Chaque pôle est porté par une association référente (Ireps, Cres ou fédération d'acteurs), qui l'anime et signe une charte avec les associations thématiques⁶² qui en sont membres.

Malgré la définition large de leur champ de compétences, ces structures ne travaillent pas systématiquement avec des acteurs extérieurs au système de santé (logement, transports, urbanisme...). Des accords cadre sont élaborés au niveau national avec certains ministères (notamment l'éducation nationale), mais pas dans le champ du logement, du transport, de l'urbanisme... Au niveau local, les partenariats sont largement dépendant des dynamiques entre opérateurs.

Les actions de promotion et d'éducation à la santé sont extrêmement variées. Elles vont des grandes campagnes de communication à des actions de proximité. Elles peuvent inclure des séances d'éducation à la santé à l'école, des actions de modification des comportements dans le milieu de vie (comme l'expérience ICAPS de développer l'activité physique chez les jeunes au collège), des campagnes de lutte contre le tabagisme ou pour la sécurité routière...

L'impact des politiques de prévention sur les inégalités sociales de santé et leurs déterminants est contrasté :

- **certains outils de prévention généraux, comme les campagnes de prévention ou de dépistage, ont contribué à réduire les inégalités de santé** : la généralisation du dépistage du cancer du sein en 2004 a permis d'augmenter de 14 % la proportion de femmes ayant

⁵⁹ DREES, *La santé des enfants scolarisés en CM2 en 2004-2005. Premiers résultats*, Etudes et résultats, N° 632, avril 2008.

⁶⁰ DREES, *Les dépenses de prévention et les dépenses de soin par pathologie en France*, Etudes et résultats, n°504, juillet 2006.

⁶¹ Article L. 1417-1 du code de la santé publique.

⁶² Associations de prévention, de promotion de la santé ou de lutte contre une maladie.

effectué une mammographie⁶³, et de réduire les inégalités sociales en la matière. **D'autres en revanche tendent à l'aggraver.** Le rapport d'évaluation du HCSP sur les indicateurs de la loi de santé publique de 2004 souligne ainsi que l'accès au système de santé serait, à côté de l'âge et de l'activité professionnelle, un déterminant majeur des inégalités de mortalité liée au cancer. « *[Ces inégalités] pourraient être principalement dues à des différences d'accès au système de santé¹⁵⁶ nécessitant des mesures ciblées. La mise en place de mesures nationales, comme les campagnes nationales contre le tabac ou l'alcool, ou la généralisation des dépistages, a été une étape importante. Cependant, ces mesures sont moins accessibles aux groupes de populations les plus à risque ou les moins favorisés. Il existe donc un risque de renforcement des inégalités de santé* » ;

- **des actions ciblent explicitement des publics prioritaires et prennent en compte des préoccupations de réduction des inégalités de santé.** Le programme MTDents de la CNAMTS expérimente ainsi la mise en place d'un suivi buccodentaire personnalisé pour des enfants scolarisés dans des zones défavorisées. Pour atteindre l'objectif de diminution de la prévalence de la carie à 6 ans fixé par la loi de santé publique, l'action MTDents cible les enfants chez qui on constate une prévalence supérieure à la moyenne 6 ce qui est le cas des enfants de ZEP. Elle repose sur des actions locales d'accompagnement destinées prioritairement aux enfants scolarisés en CP dans des zones défavorisées où la participation à l'examen bucco-dentaire est inférieure à la moyenne départementale, et où des partenariats locaux ainsi qu'une offre de soins suffisante existent⁶⁴. Les enfants bénéficient alors d'un entretien d'une heure minimum sur la santé bucco-dentaire et d'un accompagnement pour un rendez-vous chez le dentiste en cas de besoin. En 2008-2009, 50 000 enfants de six ans scolarisés en ZEP ont bénéficié du programme ;
- **en revanche, les grandes campagnes de santé publique semblent mieux toucher les catégories socioprofessionnelles les plus favorisées.** Celles-ci reçoivent plus facilement le message et ont la possibilité matérielle et culturelle de l'intégrer à leur comportement⁶⁵. Une évaluation effectuée par l'INPES en 2008 des campagnes de communication menées dans le cadre du programme national nutrition santé (PNNS) a montré que les publics les plus concernés par le problème étaient aussi ceux qui étaient le moins touchés par ces campagnes. Elle souligne également que les messages pouvaient être mal interprétés et développer un sentiment de culpabilité⁶⁶. En outre, si le prix ou l'accessibilité des fruits et légumes est problématique, le message visant à en augmenter la consommation n'aura aucun effet visible sur leurs comportements, et donc sur leur santé.

2.2.2. De nombreuses expériences locales sont en cours, mais elles sont peu valorisées

2.2.2.1. Les collectivités territoriales intègrent souvent un « discours santé » dans leur action

Sans que cela soit toujours ni identifié comme tel ni valorisé, il existe de nombreuses expériences au niveau local (régional, départemental ou communal) qui visent à agir sur la santé des populations en mobilisant d'autres ressources que celles du système de santé⁶⁷

⁶³ Proportion de femmes ayant effectué une mammographie dans les deux ans précédent l'enquête, données DREES 2008.

⁶⁴ L'action repose notamment sur une bonne articulation entre l'assurance maladie et l'Education nationale, notamment les services de médecine scolaire.

⁶⁵ La littérature internationale pointe deux modalités susceptibles d'accroître les inégalités sociales de santé : les campagnes de communication de masse et les programmes de dépistage de masse. Voir notamment Potvin, Ginot, Moquet, *La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé*, INPES, 2010.

⁶⁶ Voir notamment Centre d'analyse stratégique, « Lutte contre l'obésité : repenser les stratégies préventives en matière d'information et d'éducation », *Note de veille*, mars 2010.

⁶⁷ Au-delà de la clause générale de compétences des collectivités territoriales, la loi offre à ces dernières plusieurs possibilités de se saisir des sujets de santé. Le conseil régional peut, « dans le cadre des compétences qui lui sont reconnues par l'article L. 4221-1 du code général des collectivités territoriales, [...] définir des objectifs particuliers à la région en matière de santé. Il élabore et met en œuvre les actions régionales correspondantes. » Pour sa part, le conseil

La première raison en est que le niveau local, notamment communal, est propice à la mise en place d'une action transversale. Les compétences de proximité exercées par les communes influent directement sur le cadre de vie des habitants. En termes politiques, la communication sur ces actions est facilitée par leur proximité avec les préoccupations des électeurs vivre dans un environnement sain. Enfin, la présence sur le terrain d'un grand nombre de réseaux d'acteurs associatifs, professionnels et institutionnels favorise le montage des projets.

Encadré : à Mouans-Sartoux (Franche Comté), « Bien manger, bien bouger, c'est bon pour la santé ! »

Adhérente à la charte des villes actives PNNS, la ville élabore en 2006 le programme d'action à partir d'un groupe de travail inter-services (services enfance, éducation, jeunesse, sports, vie associative, juridique, communication, techniques, urbanisme, personnel, finances, CCAS ainsi que le COS). Six axes sont développés.

1. Faciliter l'accessibilité aux fruits et légumes. La commune organise deux marchés par semaine, aide à l'installation de plusieurs AMAP (Association pour le maintien d'une agriculture paysanne). Le nouveau Plan local d'urbanisme (PLU) s'attache à préserver les surfaces agricoles nécessaires.

2. Développer la mobilité active en agissant à deux niveaux :

- pédibus et vélobus pour le ramassage scolaire (23 % des élèves se rendaient à l'école à pied ou en vélo en 2002, aujourd'hui ils sont 47 %), Plan de déplacement inter-entreprises et Plan de déplacement pour le personnel communal ;
- actions concernant l'urbanisme : le PLU prend en compte la mobilité active. Chemins piétonniers, pistes cyclables, parkings vélo sont progressivement développés.

3. Faciliter la pratique quotidienne d'activités physiques : un plateau sportif par école a été construit, ouvert en permanence en aire de proximité pour une pratique libre durant le hors temps scolaire. Les équipes d'animation des accueils de loisirs du péri scolaire proposent systématiquement des activités physiques.

4. Informer et communiquer autour du PNNS 2. Le conseil de ville des enfants fabrique ses propres slogans, la maison de l'emploi organise des informations sur le thème « bien manger à petit budget ». Les apéritifs offerts par la commune remplacent alcool, cacahuètes, biscuits apéritifs par des jus de fruits frais, des légumes etc. Ces nouveaux apéritifs ont permis de réduire le budget de 50 %.

5. Education des enfants et des jeunes et formation des personnels. Dix des 73 actions du Projet Educatif Local adopté par le conseil municipal concerne la nutrition. Elles sont menées en partenariat avec l'Education Nationale sur le temps scolaire et les équipes d'animation sur les temps périscolaires.

6. Respecter les 9 repères du PNNS dans la restauration scolaire. Les menus ont évolué en fonction de chaque repère PNNS, la contrainte de faire disparaître colorants, conservateurs, pesticides y a été ajoutée. Grâce à la régie municipale agricole, la commune va désormais produire ses légumes bio afin d'en maîtriser les coûts et de permettre un approvisionnement de proximité.

Le niveau communal est le plus largement impliqué : les communes disposent de compétences qui influent directement sur le cadre de vie des habitants, et utilisent souvent les thématiques de bien-être et d'environnement pour porter les questions de santé dans les différentes politiques qu'elles mettent en œuvre⁶⁸. Des nombreux conseils régionaux, ainsi que quelques conseils généraux, s'impliquent également par l'intermédiaire de leurs compétences en matière de transports, d'aménagement du territoire, de politique de l'enfance...

général est « responsable de la protection sanitaire de la famille et de l'enfance », en application de l'article L. 1423-1 du code de la santé publique, et peut également participer à certains programmes de santé, notamment les programmes de dépistage des cancers.

⁶⁸ Souvent d'ailleurs dans le cadre de l'Agenda 21 auquel elles ont adhéré.

Encadré : quelques exemples d'intégration de la santé dans les politiques locales

Un certain nombre de collectivités ont mis en place des stratégies de santé s'appuyant sur les différentes compétences qu'elles exercent.

A Dunkerque, la ville a mis en place une stratégie centrée sur la réduction des inégalités sociales de santé sur l'ensemble du territoire. Une structure associative, la Maison de la promotion de la santé, est chargée de porter le projet Dunkerque Ville Santé⁶⁹. L'objectif est d'adapter les prestations et les interventions en fonction des besoins de chaque catégorie socioprofessionnelle : par exemple, des actions en santé environnement ou de prévention des maladies chroniques sont menées à l'échelle de la ville, mais des ateliers participatifs sont organisés dans les quartiers.

A Strasbourg, la priorité a été donnée à l'intégration de la santé dans les autres politiques de la communauté urbaine (habitat, transport, éducation...). La communauté urbaine de Strasbourg s'est dotée d'un plan Santé qui vise à « *développer la promotion de la santé dans ses politiques publiques* »⁷⁰. Cela se traduit par l'introduction d'un « axe santé » dans les différentes compétences de l'intercommunalité : le Programme Local de l'Habitat (PLH) prévoit notamment un dispositif pour faciliter l'obtention d'un logement par les personnes de santé précaire, ou encore un travail sur la qualité de l'air intérieur. Le plan de déplacement urbain présente ses différents projets en termes de déplacement sous l'angle de la mobilité active comme facteur de prévention. La réduction des inégalités sociales de santé reste toutefois conçue dans le cadre de mesures ciblées vers les populations les plus fragiles. Un atelier santé ville financé dans le cadre de la politique de la ville a permis de réaliser des diagnostics sanitaires et sociaux et de définir des priorités pour l'éducation et la promotion de la santé dans les territoires défavorisés.

A Saint-Quentin en Yvelines, un projet d'aménagement d'un quartier fait actuellement l'objet d'une étude d'impact santé, confiée à un spécialiste suisse de la promotion de la santé⁷¹.

Dans certains cas, ces initiatives ont notamment permis de développer des approches innovantes de la promotion et de l'éducation à la santé.

A Toulouse, le projet Apprendre et Agir Pour Réduire les Inégalités Sociales de Santé (APRISS) associe santé dans toutes les politiques et lutte contre le gradient social en matière de santé. L'objectif est de mettre en place une action coordonnée sur les déterminants de la pathologie cancéreuse. Il est ciblé sur la nutrition et l'exercice physique, mais prévoit d'élargir ensuite son action à d'autres déterminants. Dans la pratique, ce sont les secteurs et les acteurs les plus proches du système de soins (CHU, cancéropole...) qui sont les plus impliqués dans le portage du projet. Son originalité est l'inclusion de chercheurs⁷² dès la phase d'élaboration, afin de permettre une observation et une évaluation scientifique pour mieux orienter l'action.

Dans le Bas-Rhin, l'initiative ICAPS (Intervention auprès des Collégiens ciblant l'Activité Physique et la Sédentarité), menée de 2002 à 2006 auprès de 954 collégiens, visait à promouvoir l'activité physique sous toutes ses formes, en s'appuyant sur les collègues et les associations sportives, et en mettant en place des relais auprès de la famille. Le projet a fait l'objet d'une évaluation, qui a mis en évidence des différences en termes d'activité physique chez les collégiens ayant participé à l'action par rapport aux collègues « témoins » : au bout des quatre années du projet, 79 % des adolescents impliqués pratiquaient au moins une activité physique encadrée contre 47 % des élèves dans les collègues « témoins ». 4.2 % des élèves ayant un poids normal à l'entrée dans l'étude, avaient un surpoids dans les collègues concernés, contre 9.8 % dans les collègues « témoins »⁷³.

⁶⁹ Dans le cadre du réseau des villes santé de l'OMS.

⁷⁰ Site de la communauté urbaine de Strasbourg.

⁷¹ Jean Simos, professeur à l'université de Genève.

⁷² Réunis sous l'égide de Thierry Lang, professeur d'épidémiologie à la faculté de médecine de Toulouse, au sein de l'Institut fédératif d'études et de recherche interdisciplinaire santé société.

⁷³ Chantal Simon et coll., *Lutter contre la sédentarité et prévenir le surpoids chez l'adolescent c'est possible : résultats à long terme de l'étude randomisée ICAPS*, Lettre scientifique de l'Institut français pour la nutrition, n°134, avril 2009

Certaines collectivités s'appuient sur la participation à un réseau pour échanger sur leur action :

- le réseau français des villes santé de l'OMS, créé en 1988, vise à faciliter les échanges de pratiques et d'expériences entre les villes françaises ayant adhéré au Programme Villes Santé de l'OMS. A l'heure actuelle, 68 villes et deux communautés d'agglomération font partie du réseau. Les villes membres du réseau sont encouragées à mettre en place un « Plan Santé » permettant de prendre en compte des préoccupations de santé dans les différentes politiques municipales ;
- l'association Élus, santé publique et territoires regroupe depuis 2005 des élus qui souhaitent mettre en place des politiques territoriales de santé, s'inspirant notamment de la dynamique des ateliers santé ville ;
- le programme *Determine*, présenté plus haut, permet aux collectivités de bénéficier de présentations de démarches engagées dans d'autres pays, ainsi que de financements pour des projets innovants.

Ces actions comprennent toutefois plusieurs limites.

La première est que les stratégies locales sont plus souvent axées sur la valorisation de la santé dans toutes les politiques publiques que sur la réduction des inégalités sociales de santé : en d'autres termes, lorsque des stratégies de promotion de la santé dans toutes les politiques existent, elles visent la population générale, et lorsque les inégalités sociales de santé font l'objet de mesures spécifiques, elles visent plus souvent l'accès à la prévention et aux soins que les déterminants de la santé. Il manque donc encore une vision d'ensemble de la problématique des inégalités sociales de santé qui permette de mieux relier les deux aspects de la question.

En outre, il n'existe que très peu d'évaluation de la pertinence ou de la qualité de ces stratégies. A l'exception de programmes spécifiques, les stratégies locales de « santé dans toutes les politiques » ou de réduction des inégalités sociales de santé demeurent très largement menées hors de tout cadre d'évaluation structuré.

Enfin, le « localisme » peut se révéler comme étant un piège si le lien n'est pas fait avec le niveau national où se prennent les orientations structurantes. A titre d'exemple, les services d'hygiène et de santé des communes, lorsqu'ils existent, inscrivent leur lutte contre le saturnisme et l'insalubrité dans un cadre défini au niveau national. Il est donc nécessaire que le cadre national prenne lui aussi en compte la problématique de réduction des inégalités sociales de santé.

2.2.2.2. Certains projets régionaux de santé intègrent déjà une préoccupation de réduction des inégalités sociales de santé

Depuis la fin des années 1990, des programmes régionaux de santé ont intégré la préoccupation de réduire les inégalités sociales de santé. Dans le Nord-Pas-de-Calais, l'ancien projet régional de santé publique consacrait un de ses axes de travail à la santé des enfants, en identifiant parmi ses leviers d'action des déterminants sociaux de la santé. Parmi les objectifs retenus figuraient la qualité de l'attachement entre parents et enfants (repérage des dépressions du *post partum*, valorisation des compétences parentales), ou encore le développement de l'estime de soi et des compétences psychosociales des jeunes. Le PRS liait par ailleurs action sur la santé et insertion sociale et professionnelle.

Cette préoccupation est renforcée dans le cadre du nouveau projet régional de santé prévu dans le cadre de la loi du 21 juillet 2009 dite hôpital, patients, santé et territoires (HPST).

Le décret d'application n° 2010-514 du 18 mai 2010 spécifie que « *le plan stratégique régional de santé (PSRS) comporte...des objectifs fixés en matière de prévention dont la réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, notamment en matière de soins* ». Le PSRS de l'ARS Ile-de-France affiche ainsi explicitement la réduction des inégalités sociales de santé comme un axe prioritaire de son action. Il s'appuie :

- **sur un diagnostic des inégalités sociales et territoriales de santé au sein de la région.**
Le taux de mortalité francilien varie de 8,8 ‰ dans les Yvelines à 13,4 ‰ en Seine-Saint-Denis. L'espérance de vie moyenne est supérieure de deux ans dans les Hauts-de-Seine par rapport à la Seine-Saint-Denis. En Seine-Saint-Denis, la mortalité prématurée est de 28 % plus élevée que dans les Yvelines. Parmi les objectifs de réduction des inégalités sociales de santé ;
- **sur un certain nombre d'objectifs chiffrés** : réduction de la prévalence du surpoids et de l'obésité chez les enfants à l'entrée en classe de CP, augmentation du taux de couverture vaccinale ROR (rougeole, oreillons, rubéole) des enfants de 24 mois, et du taux de participation des femmes de plus de 50 ans au dépistage organisé du cancer du sein...

De la même manière, le PSRS du Languedoc-Roussillon intègre dans son diagnostic un état des inégalités sociales de santé en population générale, qui s'appuie sur une enquête de l'observatoire régional de santé de 2008.

Il n'est cependant pas encore possible d'avoir une vision globale de ce que pourraient être les stratégies régionales de réduction des inégalités sociales de santé dans le nouveau cadre instauré par la mise en place des ARS.

2.2.3. La faible diffusion du modèle des déterminants sociaux et les difficultés d'élaboration d'une politique interministérielle de santé expliquent l'absence de stratégie nationale

2.2.3.1. La santé de la population n'est pas prioritairement abordée sous l'angle des inégalités

La connaissance des inégalités de santé s'est étoffée mais demeure en partie lacunaire et très centrée sur la santé physique. Comme le souligne le HCSP, « *les inégalités sociales ne sont pas une priorité dans le domaine de la santé, mais la santé n'apparaît pas non plus prioritaire lorsqu'on aborde les inégalités sociales. Les indicateurs sur les inégalités sociales recommandés par le groupe de travail du Conseil national de l'information statistique ne figurent pas sur le site de l'Insee. Les données sur la mortalité prématurée et l'espérance de vie sont disponibles, mais pas par Profession et catégorie socioprofessionnelle (PCS) (à l'exception de l'indicateur de « déficiences »)* ».

A ce constat s'ajoutent trois difficultés complémentaires :

- **les données sur la santé physique sont plus nombreuses que les données sur la santé au sens de l'OMS** : il n'existe que très peu de données permettant de mesurer les autres aspects de la santé au sens de l'OMS (bien-être matériel, liens sociaux...);
- **les déterminants de ces inégalités ne sont que partiellement documentés** : de très nombreux travaux se sont consacrés au cours de la période récente à une meilleure connaissance des inégalités sociales de santé ;
- **la mesure des inégalités de santé et de leurs déterminants est tributaire des outils de connaissance et de mesure statistique.** Ceux-ci varient d'une thématique à l'autre et d'un mode de collecte à l'autre (fichiers administratifs, enquêtes statistiques...).

Le rapport consacré aux inégalités de santé dans l'enfance décrit plus précisément les sources de données disponibles et l'état de la connaissance pour cette période spécifique de la vie et les difficultés spécifiques posées par la connaissance des inégalités sociales de santé.

- 2.2.3.2. Le modèle de réduction du gradient social reste surtout connu d'un cercle d'initiés, ne permettant pas la diffusion d'un « réflexe santé » dans les politiques publiques

Les modèles d'action en matière de réduction des inégalités sociales de santé restent encore trop souvent l'affaire de quelques spécialistes - équipes de recherche travaillant sur le sujet, acteurs intégrés à des réseaux internationaux ou hauts fonctionnaires. Dans les entretiens réalisés par la mission, la réduction des inégalités de santé reste spontanément associée à l'accès aux soins, notamment des populations les plus vulnérables, et des outils comme l'évaluation d'impact sur la santé (cf. partie 2.2.3.3.) demeurent largement méconnus.

La recherche sur les inégalités sociales de santé est nourrie. En revanche, elle s'inscrit traditionnellement dans une approche épidémiologique de la question, qui s'intéresse principalement aux déterminants de la santé mesurés au niveau individuel, en utilisant le recueil systématique de données. Le manque d'interdisciplinarité limite la compréhension de la façon dont les facteurs s'enchaînent et s'articulent. Au-delà du constat d'un gradient social en matière de surcharge pondérale et d'obésité, apporté par l'épidémiologie, chercher à comprendre pourquoi les modes alimentaires sont différents, ou ce qui fait obstacle à des pratiques d'exercice physique, demande de mobiliser des approches biologiques, sociologiques⁷⁴... La cohorte SIRS est un exemple d'une telle démarche.

L'articulation entre connaissance scientifique et prise en compte politique des inégalités sociales de santé demeure également limitée. A la différence de ce qui se passe dans les pays qui se sont engagés dans une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé, les acteurs français restent peu intégrés aux réseaux internationaux - OMS et Union européenne notamment. Le HCSP analyse cette situation dans son rapport consacré aux inégalités sociales de santé : « à l'automne 2008, le rapport [...] de la Commission des déterminants sociaux de la santé à l'OMS, présidée par Michael Marmot, est passé relativement inaperçu en France [...]. Cela n'est probablement pas un hasard, mais plutôt le reflet de faiblesses de compétences mobilisables dans notre pays en santé publique à l'interface des domaines scientifique et politique ».

La valorisation des travaux de recherche, ainsi que la recherche liée à l'action, sont également insuffisants. Au niveau national, un colloque tel que celui organisé par la DGS en janvier 2010 permettant un débat entre scientifiques, responsables politiques et opérateurs, reste l'exception. Par ailleurs, les expérimentations sociales sont insuffisamment développées dans le domaine des inégalités de santé. Au niveau national, l'INSERM a été peu sollicitée pour faire des expertises collectives opérationnelles⁷⁵. Au niveau local (ARS ou collectivités territoriales), il n'existe que très peu d'évaluation de programmes mettant ensemble universitaires, décideurs et acteurs de terrain⁷⁶.

Les limites du transfert de connaissances entre chercheurs et décideurs donnent un poids accru aux difficultés méthodologiques que soulève l'action sur les déterminants sociaux de la santé. Les problèmes de quantification des gains financiers d'une action sur les déterminants sociaux de la santé sont ainsi régulièrement avancés pour justifier les réticences à s'engager dans une telle démarche. Le fait qu'il ne soit pas possible de dire quelle part attribuer précisément aux différents déterminants dans la constitution des inégalités sociales de santé complique également la définition de priorités. Certains domaines font exception, comme la santé environnementale ou

⁷⁴ Comme le travail commencé par G. Evans et coll. *Etre ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la maladie*, 1996, Les presses de l'Université de Montréal

⁷⁵ L'expertise opérationnelle s'intéresse à l'application des connaissances et des recommandations en tenant compte des facteurs contextuels ; elle sollicite la participation d'acteurs de terrain

⁷⁶ A l'exception par exemple de la démarche engagée à Toulouse.

la santé au travail. L'action sur les déterminants de la santé peut s'y appuyer, en partie, sur l'identification de seuils de risque. Sur les 24 objectifs de la loi de santé publique de 2004 qui portent sur des déterminants de la santé, ou sur des facteurs influençant la santé, plus de la moitié (13 sur 24) concernent des déterminants liés à l'environnement de travail et à l'environnement général.

Le « réflexe santé » n'est donc que très marginalement présent dans les politiques publiques, et prend principalement la forme de l'appréciation de seuils de risques. La faiblesse de l'évaluation des dispositifs sous l'angle de leur impact sur la santé, à la différence de ce que peuvent faire d'autres pays, accentue encore ce problème. Dans une région comme le Québec, une évaluation d'impact santé sur les modes de garde a permis de montrer que la mise à disposition d'une offre gratuite et universelle en matière de garde d'enfants avait pu réduire le gradient social en matière de santé. En France, seuls des dispositifs relevant du système de santé, comme la CMU ou la CMUc, ont été évalués sous cet angle.

La mauvaise compréhension de ce que pourrait être une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé entretient des craintes sur les orientations qui pourraient être retenues. Ainsi, l'affichage d'un objectif global de réduction des inégalités sociales de santé fait craindre à certains acteurs la disparition des mesures ciblant les populations les plus fragiles. La stratégie globale de « santé dans toutes les politiques » se ferait au détriment de la lutte contre les exclusions qui permet, au moyen de dispositifs sanitaires comme les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS), de garantir un socle social à ceux qui en ont le plus besoin. Les inquiétudes sont d'autant plus fortes en période de crise. De la même manière a été exprimée la crainte que le renforcement des politiques de promotion de la santé ne se fasse au détriment des politiques de soins.

2.2.3.3. La mise en place d'évaluations d'impact sur la santé a une portée limitée

L'OMS définit l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) comme « *une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population* ». Processus multidisciplinaire, l'EIS doit permettre de déterminer les effets potentiels d'un projet sur la santé de la population générale ainsi que sur les différents groupes de population. A partir des résultats de l'analyse, des recommandations sont émises préalablement à la décision⁷⁷.

Plusieurs types d'évaluations d'impact sur la santé doivent être distingués :

- **selon la place qu'occupe la santé dans l'évaluation d'impact** : certaines évaluations d'impact portent sur plusieurs domaines, dont la santé ; d'autres sont destinées à évaluer spécifiquement un impact sur la santé ;
- **selon la nature du projet évalué** : il faut ici distinguer des évaluations d'impact institutionnelles, qui portent sur des projets de textes, notamment législatifs, et les évaluations d'impact portant sur des programmes ou des interventions, et se déroulant le plus souvent au niveau local.

⁷⁷ Source : Centre d'analyse stratégique, colloque de janvier 2010, *Evaluation d'impact sur la santé : méthodes diverses d'analyse*.

Au cours de la dernière décennie, plusieurs pays ou organisations internationales ont mis en place des mécanismes d'évaluation d'impact institutionnelles :

- l'article 54 de la loi sur la santé publique québécoise de décembre 2001 dispose que « *le ministre est le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et du bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population* ». Cette disposition implique que l'évaluation soit conduite en amont, et que les textes examinés aient un impact significatif sur la santé ;
- l'Union européenne a développé les d'études d'impact des projets de textes communautaires, incluant un volet santé. Harmonisées depuis la publication en 2009 de lignes directrices sur les études d'impact, elles comprennent trois volets complémentaires (économique, social et environnemental) et sont sous la responsabilité de la direction générale chargée de l'élaboration du texte.

En France, la loi organique du 15 avril 2009⁷⁸ dispose que les projets de loi déposés à compter du 1^{er} septembre 2009 doivent faire l'objet d'une étude d'impact permettant d'évaluer les « *conséquences économiques, financières, sociales et environnementales, ainsi que [l]es coûts et bénéfices financiers attendus des dispositions envisagées pour chaque catégorie d'administrations publiques et de personnes physiques et morales intéressées, en indiquant la méthode de calcul retenue* »⁷⁹.

Tous ces dispositifs ont fait l'objet d'un accompagnement méthodologique : au Québec, le ministère de la santé et des services sociaux a fourni un guide pratique de l'évaluation d'impact sur la santé à tous les ministères, comprenant notamment des cadres et des guides d'analyse⁸⁰. En France, le secrétariat général du gouvernement (SGG) a élaboré plusieurs outils en direction des ministères et notamment un « cahier des charges » listant les différentes questions à documenter. Ces documents ne portent que sur l'évaluation d'impact globale : des questions concernant la santé y figurent, mais elles sont encore très limitatives. L'institut de veille sanitaire a par ailleurs élaboré un guide méthodologique pour « l'évaluation quantitative des risques sanitaires » c'est-à-dire l'analyse des relations dose-effet de produits toxiques.

Malgré le faible recul sur le dispositif de l'article 39 de la Constitution - la loi organique remontant à un peu moins de deux ans - il semblerait que son appropriation par les différents acteurs concernés ait été relativement satisfaisante : le rapport d'information réalisé par l'Assemblée nationale indique que les obligations prévues par la loi organique sont dans l'ensemble correctement remplies. Les études d'impact prévues par la révision constitutionnelle ne concernent toutefois qu'un nombre limité de textes. Elles ne sont pas obligatoires pour les textes de niveau réglementaire ni pour les délibérations des collectivités territoriales.

⁷⁸ En application de la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008, qui a modifié le troisième alinéa de l'article 39 de la Constitution. Il prévoit désormais que la présentation des projets de loi doit satisfaire aux conditions fixées par une loi organique.

⁷⁹ Par ailleurs, en application de l'article 19 de la loi sur l'air du 30 décembre 1996, les études d'impact réalisées dans le cadre des installations classées pour la protection de l'environnement (industrielles et agricoles) ou lors de projets d'aménagement (projet routiers, ferroviaires...) doivent obligatoirement inclure une analyse des effets sur la santé. Dans ce cadre, la loi HPST, à son article 26, précise que l'ARS « *fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration de plans et programmes et de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine.* » La mise en œuvre effective de cette disposition demeure toutefois à évaluer.

⁸⁰ De plus, les articles 19 et 20 de la loi québécoise de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et l'article 15 de la loi sur le développement durable obligent également chaque ministère à prendre en compte les effets de leurs actions sur la pauvreté, l'exclusion sociale et le développement durable.

Dans l'ensemble, la portée des évaluations d'impact institutionnelles demeure limitée :

- **la technique de l'évaluation d'impact en santé soulève des difficultés méthodologiques.** Elles sont liées à la mobilisation de données quantitatives (faire une analyse coût-avantage d'un dispositif suppose de prendre en compte le fait que la dépense projetée dépend d'un large éventail de facteurs et de la probabilité qu'ils se réalisent ou non⁸¹) ; en outre, certains impacts, par exemple l'impact que peut avoir un dispositif en termes de cohésion sociale, seront difficilement mesurables, et se heurtent à l'absence de normes et d'objectifs chiffrés, contrairement à d'autres domaines comme le domaine environnemental ;
- **au sein de cet ensemble, la santé apparaît insuffisamment prise en compte,** en partie du fait des difficultés de mobiliser des compétences spécifiques de santé publique. Le ministère de la santé ne s'est pas positionné comme ressource possible au service des autres ministères pour leur proposer une aide facilitant les évaluations d'impact sur la santé qu'ils ont à mener ;
- **les délais de production d'une étude d'impact détaillée sont potentiellement longs et rarement compatibles avec les calendriers d'adoption des textes.** Une évaluation détaillée s'appuyant sur la recherche scientifique requiert ainsi entre quatre à six mois de travail (Brisson, 2006). Des formes d'évaluation d'impact plus sommaires peuvent toutefois être retenues mais elles sont mal connues en France ;
- plus fondamentalement, **le fait de faire réaliser les évaluations d'impact par les services chargés de l'élaboration des textes conduit à ne retenir dans l'analyse que les éléments qui serviront le projet de texte défendu.** La dimension contradictoire des évaluations demeure très largement insuffisante ;
- **les évaluations d'impact sur la santé de projets ou de programmes sont quasiment inexistantes en France, alors qu'elles se multiplient dans des pays comme la Suisse, le Québec ou la Grande-Bretagne.** Elles doivent permettre d'évaluer l'impact potentiel sur la santé de projets - par exemple dans le domaine de l'habitat, des transports, du développement économique. Des cadres méthodologiques se sont développés, permettant de procéder à des études d'impact santé rapides (allant de quelques jours à quelques semaines) : ils permettraient d'être en adéquation avec le rythme de la prise de décision. Il n'existe toutefois pas d'expertise bien identifiée dans ce domaine. Ainsi, certaines villes comme Saint Quentin en Yvelines, inscrites dans le réseau ville santé de l'OMS mobilisent des experts étrangers (en l'occurrence suisses) pour appuyer leurs évaluations d'impact sur la santé⁸².

⁸¹ « En matière d'EIS, le point de départ des prévisions est constitué d'une série de chaînes de causalité ou de modèles logiques, également appelé le modèle PRAM (Joffe et Mindell, 2002), qui se déploie ainsi : • si les différentes chaînes de causalité ont toutes été recensées ; et si les relations entre les maillons de chaque chaîne ont été correctement identifiées ; et si les conditions de départ et les effets de chaque option ont été spécifiés ; alors il est théoriquement possible de prévoir les conséquences de la mise en œuvre de chacune des options ». J. Kemm, « Les expériences d'évaluation d'impact sur la santé au Royaume-Uni et leur impact sur les politiques publiques », *Télescope*, Ecole nationale d'administration publique québécoise, 2008.

⁸² La mission a identifié une seule formation sur l'EIS en France : France : l'EHESP aborde en effet depuis 2011 l'EIS dans son Mastère spécialisé en santé publique. Par ailleurs, l'université d'été de santé publique de Besançon devrait proposer un module d'enseignement à l'EIS.

Tableau 5 : Exemples d'EIS de projets réalisés en Suisse⁸³

Cantons	EIS rapide	EIS complète
Tessin	Service du dentiste scolaire	Plan des transports de la région de Mendrisio
Jura	Zone d'activités régionales de Délémont	Réhabilitation de l'habitat ancien de Porentruy Projet touristique
Genève	Promotion du vélo à assistance électrique Les COV dans les peintures et vernis Tabagisme passif dans l'administration cantonale	Périmètre d'aménagement coordonné à Berne Est Projet d'agglomération franco-valdo-genevois

En Suisse, suite à l'EIS concernant le vélo à assistance électrique, un programme de prêt de vélo puis la mise en place d'un fond proposant de prêter la somme nécessaire à l'acquisition d'un vélo ont été mis en place. L'EIS concernant le projet d'agglomération franco-valdo-genevois a mis en évidence un scénario permettant d'avoir une économie en termes de coût sanitaire d'environ 55 M€ par an en 2020 et de 100 M€ par an en 2030.

- 2.2.3.4. Il n'existe pas d'organisation interministérielle efficace pour porter une préoccupation de réduction des inégalités sociales de santé dans les différentes politiques publiques

Agir sur les déterminants sociaux de la santé impose de mobiliser des acteurs intervenant dans des champs très divers au-delà du système de santé au sens strict: production de la connaissance sur les inégalités sociales de santé (laboratoires de recherche, services statistiques, observatoires de santé), promotion et l'éducation de la santé, responsables de politiques publiques dont relèvent des déterminants de la santé....

Cela implique de disposer d'une coopération interministérielle efficace permettant de définir des priorités et de les décliner dans les différents champs d'intervention. A l'heure actuelle, cette préoccupation est portée au sein de la politique de santé par trois types d'instances : la conférence nationale de santé, le haut conseil de santé publique et le comité national de santé publique.

⁸³ Extrait du *Guide d'introduction à l'évaluation d'impact sur la santé en Suisse*, www.impactsante.ch

Encadré : l'élaboration de la politique nationale de santé

A l'heure actuelle, le code de la santé publique confie à trois instances le rôle de participer à l'élaboration de la politique nationale de santé :

– la conférence nationale de santé (CNS), est un organisme consultatif placé auprès du ministre de la santé dont le rôle, en application de l'article L. 1411-3 du code de la santé publique, est de « *permettre la concertation sur les questions de santé. Elle est consultée par le Gouvernement lors de la préparation du projet de loi définissant les objectifs de la politique de santé publique. [...] Elle formule des avis et propositions au Gouvernement sur les plans et programmes qu'il entend mettre en œuvre. Elle formule également des avis ou propositions en vue d'améliorer le système de santé publique. Elle contribue à l'organisation de débats publics sur ces mêmes questions. Ses avis sont rendus publics* » ;

– le Haut conseil de santé publique a pour mission, en application de l'article L. 1411-4 du code de santé publique, de « *contribuer à la définition des objectifs pluriannuels de santé publique, [...] d'évaluer la réalisation des objectifs nationaux de santé publique et de contribuer au suivi annuel de la mise en œuvre de la loi [de santé publique]* », de « *fournir aux pouvoirs publics, en liaison avec les agences sanitaires, l'expertise nécessaire à la gestion des risques sanitaires ainsi qu'à la conception et à l'évaluation des politiques et stratégies de prévention et de sécurité sanitaire* » et de « *fournir aux pouvoirs publics des réflexions prospectives et des conseils sur les questions de santé publique* » ;

– le comité national de santé publique prévu par l'article L. 1413-1 du code de santé publique est chargé « *1° de coordonner l'action des différents départements ministériels en matière de sécurité sanitaire et de prévention ; 2° D'analyser les événements susceptibles d'affecter la santé de la population ; 3° De contribuer à l'élaboration de la politique du Gouvernement dans les domaines de la sécurité sanitaire et de la prévention et d'en examiner les conditions de financement* ». Il est présidé par le ministre chargé de la santé, représenté en cas d'empêchement par le directeur général de la santé, et composé des directeurs d'administration centrale du ministère de la santé, ainsi que de directeurs d'administration centrale des principaux ministères impliqués dans la définition d'une politique interministérielle de santé, et de représentants des caisses de sécurité sociale.

L'objet de la mission n'était pas de se prononcer sur l'architecture de la politique nationale de santé et sur ses conditions d'élaboration⁸⁴. En revanche, **elle a constaté dans le cadre de ses investigations les difficultés récurrentes du travail interministériel sur les sujets de santé publique.**

Ce constat se retrouve dans l'évaluation qui est faite des plans de santé publique, et notamment de ceux comportant une dimension interministérielle. La mission d'évaluation du second programme national nutrition santé (PNNS2)⁸⁵ souligne ainsi la faiblesse du dispositif interministériel : « *Si le CNSP est une instance effectivement composée uniquement de représentants des différents ministères, il ne constitue en aucun cas un comité interministériel consacré à la nutrition, ni d'ailleurs une instance stratégique d'un programme tel que le PNNS. Il n'a pu en particulier remédier aux insuffisances, constatées ci-après en troisième partie, en matière de lutte contre l'obésité, de développement de l'activité physique et de lutte contre la sédentarité, de prise en compte de la dénutrition des personnes en situation précaire ou défavorisées* ».

L'évaluation du dispositif de veille sanitaire⁸⁶ avait elle aussi mis en avant les limites du dispositif : « *l'ambition [du CNSP] doit être beaucoup plus forte que celle affichée : cela concerne la périodicité des réunions (en présence du ministre) et les moyens d'assurer un fonctionnement robuste. Une telle structure doit s'appuyer sur un secrétariat permanent efficace, qui participera à la constitution, au sein du ministère de la Santé, et singulièrement à la Direction générale de la santé, d'une compétence stratégique* ».

⁸⁴ Un rapport de l'IGAS remis en juillet 2010 y était spécifiquement consacré.

⁸⁵ IGAS et Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, *Evaluation du programme national nutrition santé PNNS2 2006-2010*, Avril 2010.

⁸⁶ JF Girard, F Lalande, LR Salmi, S Le Bouler, L Delannoy, *Rapport de la mission d'évaluation et d'expertise de la veille sanitaire en France, 2006*

Les entretiens réalisés avec la direction générale de la santé confirment ces difficultés, qui se traduisent par une faiblesse dans la mise en œuvre des objectifs interministériels au sein des différents plans de santé publique.

Cette fragilité de l'interministérialité dans le champ de la santé complique la prise en compte d'un objectif de réduction des inégalités sociales de santé, dont les déterminants relèvent largement d'autres acteurs que le seul ministère de la santé, et peut contribuer, pour partie, à expliquer son absence de traduction dans les politiques publiques.

Au niveau régional, malgré les outils de transversalité dont elles disposent, les agences régionales de santé sont perçues par les acteurs rencontrés par la mission comme des acteurs du seul système de santé⁸⁷. Au vu de leur création récente, il est toutefois difficile d'évaluer la portée de ce constat. La capacité de la commission de coordination des politiques de prévention⁸⁸ à assurer la complémentarité des actions des décideurs de ces politiques, et à diffuser par ce biais une vision large des enjeux de santé, conditionnera fortement la perception de l'ARS comme porteur d'une politique de santé publique interministérielle.

3. DE LA PRISE EN COMPTE DU PROBLEME A LA DEFINITION D'UNE POLITIQUE PUBLIQUE : SIX PROPOSITIONS POUR PREPARER L'ACTION

Les développements qui précèdent cherchent à expliquer pourquoi les inégalités sociales de santé sont un sujet complexe pour l'action publique. La troisième partie du rapport part du constat de cette complexité. Elle tente de répondre à cinq questions qui lui paraissent essentielles pour dépasser les obstacles à la construction d'une stratégie véritablement coordonnée.

Dans le choix des questions à traiter, la mission a exclu deux choses :

- **les recommandations déjà développés par le Haut conseil de la santé publique dans son rapport sur les inégalités sociales de santé**. Ces préconisations, très détaillées, concernent notamment la connaissance statistique. Elles ne sont pas reprise dans les développements qui suivent ;
- **la proposition d'un modèle de gouvernance, dont elle se contente de poser les principes**. La question de la gouvernance est abordée plus spécifiquement dans le rapport consacré à la réduction des inégalités sociales de santé dans l'enfance, qui a pour objet de tester, sur une classe d'âge donnée, ce que pourrait être la réduction des inégalités de santé⁸⁹. La mission a en effet considéré que la réflexion sur la façon de conduire une stratégie de réduction des inégalités de santé dépendait en partie des priorités identifiées et par voie de conséquence de la ou des politiques sur lesquelles elle devait porter.

⁸⁷ La loi du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé, territoires » a doté l'ARS d'un seul outil de planification, le projet régional de santé (PRS) composé d'un plan stratégique régional de santé, de trois schémas d'organisation dans les secteurs des soins, de la prévention et du médico-social et de programmes déclinant ensuite les mesures particulières à prendre.

⁸⁸ Commission instaurée dans chaque ARS en application de l'article L. 1432-1 du code de la santé publique.

⁸⁹ La question de la politique nationale de santé et de sa gouvernance est également abordée, de façon plus globale dans le rapport rendu en juillet 2010.

Encadré : quelle gouvernance pour une politique de réduction des inégalités sociales de santé ?

L'existence d'expériences locales met d'autant plus en évidence le manque d'un cadre national assorti d'objectifs, d'outils et d'évaluations adaptées. Cela implique de :

– faire un effort réel de lisibilité et de clarté des objectifs : compte tenu du nombre d'acteurs impliqués et du caractère novateur de la démarche, les objectifs doivent être aussi simples et lisibles que possible et ce même si de nombreuses questions liées entre autres à la recherche restent ouvertes. Par ailleurs, il paraît préférable de ne pas faire de la lutte contre les inégalités sociales de santé l'objet d'un plan de santé publique - au même titre que la politique de nutrition, de santé environnementale, de lutte contre le cancer..., choix qui serait antinomique avec la conception même de la lutte contre le gradient social. En revanche, des outils simples permettant de suivre cet objectif pourraient être intégrés aux différentes politiques publiques ;

– choisir un responsable de la stratégie nationale qui confère à ce sujet une vraie dimension intersectorielle⁹⁰ : tous les ministères, ainsi que de nombreux acteurs hors État (collectivités territoriales, secteur privé), sont potentiellement concernés par la réduction des inégalités sociales de santé. En la matière, deux options sont envisageables : compte tenu des connaissances en santé qu'elle mobilise et de ses liens étroits avec le système de santé, la stratégie de réduction des inégalités sociales de santé doit accorder un rôle majeur au ministère de la Santé. Toutefois, lui confier le pilotage de l'ensemble de la démarche risque d'amoinrir la dimension transversale du sujet. À l'inverse, faire le choix d'une stratégie globale d'action portée directement par le Premier ministre nécessite une démarche de plus longue haleine, plus ambitieuse, et par conséquent plus incertaine. Quel que soit l'option prise, elle devrait exprimer une volonté gouvernementale forte et impliquer des responsables administratifs de haut niveau ;

– identifier les acteurs concernés. Là encore, plusieurs pistes peuvent être envisagées : soit une implication de l'ensemble des acteurs, afin de prendre pleinement en compte la complexité du problème et de ses déterminants. Tous les ministères devraient intégrer à leur agenda la réduction des inégalités sociales de santé, et que les partenariats avec les collectivités territoriales sur ce thème seraient systématiquement favorisés. Une approche plus pragmatique consisterait à mobiliser en priorité les acteurs les plus proches du système de santé, notamment les sphères sociale, environnementale et de l'éducation nationale, pour lesquelles le travail de conviction et d'adaptation des pratiques apparaît moins difficile, et de contractualiser avec les collectivités volontaires. Plus réaliste, cette seconde option amoindrit toutefois la dimension socioéconomique du sujet, fondamentale pour l'action ;

– impliquer autant que possible tous les acteurs, mais en intégrant la stratégie à leurs préoccupations immédiates et à leur secteur d'intervention : pour que les autres politiques publiques jouent le rôle de politiques de santé, il faut éviter de leur imposer les outils et les modes d'action du système de santé. Au contraire, les stratégies de lutte contre les inégalités sociales de santé doivent autant que possible s'intégrer dans leurs modes d'intervention habituels. Le simple fait de connaître le gradient social des politiques dont ils ont la charge, et la façon dont les prestations qu'ils gèrent tiennent compte ou non de ces inégalités, serait déjà un élément d'acculturation important.

3.1. Expliquer la stratégie d'action et la doter d'un petit nombre d'objectifs

3.1.1. Expliquer et diffuser le modèle des déterminants sociaux de la santé

Pour faire sortir le sujet du « cercle des initiés », les stratégies mises en œuvre à l'étranger s'appuient sur un important travail d'acculturation. Il comporte plusieurs dimensions :

- **le choix d'un nom** (par exemple « Le Québec riche de ses enfants ») **et de principes d'action clairs.** Dans le cas de la Grande-Bretagne, la stratégie est articulée autour de cinq principes d'action : faire en sorte qu'aucune politique publique ne contribue à accroître le gradient social ; intégrer la préoccupation des inégalités sociales de santé dans toutes les politiques publiques (*mainstreaming*) ; privilégier les interventions ciblées ; fournir des outils et un soutien à l'action au niveau central ; mettre en œuvre les actions au niveau local ;

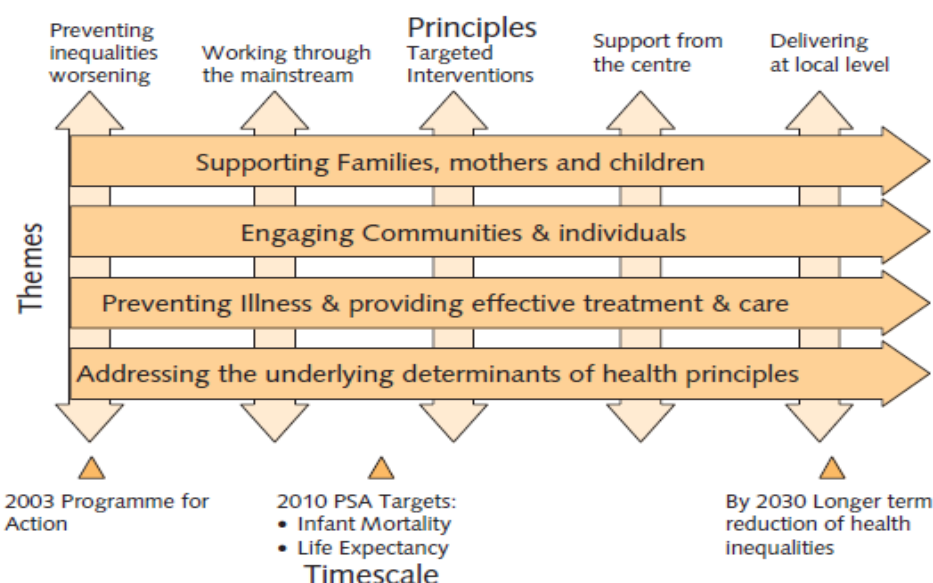
⁹⁰ Le terme « intersectoriel » est utilisé dans le champ de la santé publique pour désigner des interventions mobilisant différentes politiques et différents acteurs, y compris en dehors de la sphère de l'État.

- **un effort de pédagogie, porté notamment par le système de santé.** Cela implique tout d'abord de construire un discours sur les déterminants sociaux de la santé qui permette d'expliquer en quoi ce modèle diffère des actions habituellement mises en œuvre. Cela suppose également de savoir développer un argumentaire, s'appuyant sur des données scientifiques. Ce rôle de « plaider » est souvent dévolu au Ministère de la santé dans les expériences étrangères. Des principes d'action tels que la notion d'« universalisme proportionné » doivent tout particulièrement être explicités, de même que ses conséquences pour la conception d'un certain nombre de politiques publiques. Cette pédagogie peut s'appuyer sur la valorisation d'expériences territoriales intéressantes, notamment celles qui ont fait l'objet d'un suivi, voire d'une évaluation (MTDents, ICAPS, atelier santé ville à Marseille...);
- **un travail de communication sur les données probantes et sur les résultats de la recherche.** Les rapports réguliers sur la mise en œuvre de la stratégie britannique (notamment les points d'étape réalisés en 2005, 2007 et 2009) ont permis de communiquer sur les résultats obtenus, de les médiatiser et d'en débattre.

Dans le cas de la France, au vu de la faible diffusion du modèle des déterminants sociaux de la santé hors des cercles de la santé publique, ce travail de pédagogie est indispensable. Il doit pouvoir s'appuyer en premier lieu sur les compétences du ministère en charge de la santé (et notamment de la direction générale de la santé) et sur celles d'institutions comme l'INPES. Il doit permettre de montrer :

- **que réduire les inégalités sociales de santé est faisable**, en s'appuyant sur les expériences étrangères et en réévaluant les choix de politique publique ;
- **que les déterminants sociaux de la santé se construisent largement en amont du système de santé** et doivent mobiliser toutes les politiques publiques ;
- **que certains choix de politique publique pourraient être réévalués au vu de leur impact sur la santé.** Cet aspect de la question est abordé de façon plus précise dans le deuxième rapport qui a exploré, dans cette optique, des politiques telles que l'éducation nationale ou les modes d'accueil du jeune enfant.

Tableau 6 : Principes et thèmes d'action de la stratégie « *Tackling health inequalities* »



Source : Grande-Bretagne, Department of Health

3.1.2. Rechercher la participation des bénéficiaires des actions

La diffusion d'informations et la médiatisation, si elles sont nécessaires, ne sauraient suffire. Les pratiques et les données des dernières décennies, en France comme à l'étranger mettent en évidence l'importance d'une adhésion des bénéficiaires vers lesquelles sont dirigées ses actions, d'autant plus essentielle que l'on touche aux groupes sociaux défavorisés.

Le renforcement des processus démocratiques et participatifs, de la conception à la mise en œuvre de la stratégie, peut se faire à plusieurs endroits :

- **l'élaboration de la stratégie nationale pourrait se fonder sur un processus participatif⁹¹**, relayé au niveau territorial, dans le cadre duquel puissent être mis en débat les connaissances de la recherche, les expériences étrangères, les différentes options possibles. En Grande Bretagne par exemple, les premières propositions gouvernementales ont été mises en débat lors de consultations écrites et de débats régionaux ;
- **dans l'élaboration des plans stratégiques régionaux de santé, l'avis réglementaire demandé à la CRSA⁹² pourrait inclure un volet spécifique sur les inégalités sociales de santé.** Pour éviter de réduire cet exercice au système sanitaire, la CRSA pourrait, préalablement à son avis, auditionner des acteurs extérieurs au système de santé contribuant à cette politique. Les conférences territoriales de santé représentent également des instances propices au débat sur des enjeux de proximité et susceptibles de faire le lien avec des initiatives telles que les conférences et conseils locaux de santé prises par certaines collectivités locales comme Amiens ou Brest.

Une attention particulière doit être apportée à la participation des groupes sociaux les plus fragiles aux mesures qui les ciblent. L'INPES comme l'UIPES⁹³ ont souligné dans plusieurs de leurs travaux l'intérêt des processus participatifs de la conception à l'évaluation des actions mises en œuvre : *« Contrairement à un processus directif encadré par une administration ou un expert consultant, une volonté de développer un processus participatif lors de l'évaluation peut certainement contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé. Par exemple, si dès la phase de préparation de l'évaluation, les parties prenantes de l'intervention contribuent à décrire la logique de cette dernière, à préciser les questions d'évaluation utiles pour leurs interventions, et éventuellement à collecter et analyser les données, il y a de fortes chances que les résultats de l'évaluation soient éventuellement utilisés et que les participants acquièrent des savoirs et des savoirs faire qu'ils pourront éventuellement redéployer dans d'autres situations⁹⁴ »*. La façon dont cette participation est conduite et ses objectifs.

3.1.3. Ne pas se limiter à des objectifs de santé physique

Faire des inégalités sociales de santé un objet de politique publique à part entière - c'est-à-dire une priorité qui puisse être inscrite dans un texte législatif ou dans un plan d'action, et assortie de mesures concrètes - suppose au préalable de choisir l'angle sous lequel sera abordé le sujet.

Cette question est difficile à plusieurs égards :

- **d'abord, parce que de multiples angles d'approche sont envisageables.** On peut privilégier une entrée par pathologies (par exemple en retenant les principales causes de mortalité ou de morbidité marquées par un gradient social – cancer, maladies cardiovasculaires...), une entrée par groupes de population (enfants, adultes, personnes âgées), une entrée par déterminants de la santé (éducation, logement, alimentation, consommation d'alcool ou de tabac, relations sociales...)... Les objectifs de la loi de santé

⁹¹ Ce point est développé dans le rapport consacré aux inégalités sociales de santé dans l'enfance.

⁹² L'article L 1432-4 de la loi HPST dispose que la CRSA « émet un avis sur le PSRS ».

⁹³ UIPES, *L'efficacité de la promotion de la santé, agir sur la santé publique dans une nouvelle Europe*, Rapport de l'UIPES pour la Commission européenne, janvier 2000.

⁹⁴ V. Ridde, J. Pommier et F. Jabot, *Spécificités de l'évaluation des programmes visant la réduction des inégalités*, in guide INPES

publique de 2004 ont fait le choix d'associer plusieurs entrées : certains objectifs portent sur des déterminants de la santé (addictions, nutrition, environnement de travail, risques liés aux soins...), d'autres sur des pathologies (cancer, maladies cardiovasculaires, maladies chroniques, maladies rares...), d'autres encore sur la santé selon l'âge et le sexe (personnes âgées, enfants, santé des femmes...). En revanche, les déterminants « structurels » tels que le niveau d'éducation ou le niveau de revenu n'y figurent pas ;

- **ensuite, parce que certains résultats ne seront mesurables qu'à long ou très long terme** (effet d'une diminution de la consommation de tabac sur l'incidence du cancer du poumon par exemple), posant la question de l'horizon auquel apprécier la stratégie d'action ;
- **enfin, parce que la mise en œuvre de certains objectifs suppose une coordination interministérielle particulièrement efficace** : c'est le cas en matière de prévalence du surpoids ou de l'obésité, qui implique conjointement des actions en matière de nutrition, d'exercice physique, de qualité des produits alimentaires...

En observant par exemple la stratégie mise en place en Grande-Bretagne (cf. tableau ci-dessous), on constate que les objectifs retenus portent conjointement sur plusieurs types de déterminants (comportements, niveau de revenu, niveau d'éducation, logement...) et qu'ils ne sont pas tous évalués au même horizon. Cette méthode présente plusieurs avantages : elle permet de soutenir l'effort en évaluant un certain nombre de résultats à court terme, d'impliquer des acteurs extérieurs au système de santé (en définissant des objectifs qui portent spécifiquement sur leur champ d'action), et d'agir à la fois sur des déterminants comportementaux (le tabagisme par exemple) et structurels (le niveau d'éducation). Le tableau ci-dessous présente les indicateurs retenus dans le cas de la stratégie britannique de réduction des inégalités sociales de santé.

Tableau 7 : Objectifs nationaux retenus pour la stratégie britannique de réduction des inégalités sociales de santé

Thème	Indicateur
Accès aux soins primaires	Nombre de professionnels de soins primaires pour 100 000 personnes
Accidentologie	Nombre d'accidents de la route dans les communautés défavorisées
Pauvreté infantile	Proportion d'enfants vivant dans des ménages à bas revenu
Alimentation	Nombre de personnes consommant cinq fruits et légumes par jour dans le quintile de revenus le plus faible
Education	Nombre de jeunes de 16 ans titulaires d'une qualification de niveau V
Précarité du logement	Nombre de familles avec enfant sans domicile, vivant dans des logements temporaires
Qualité du logement	Nombre de ménages vivant dans des logements non décents
Vaccination contre la grippe	Pourcentage de vaccination contre la grippe chez les personnes âgées de plus de 65 ans
Exercice physique	Nombre d'élèves passant au moins deux heures par semaine dans des équipements sportifs de qualité
Tabagisme	Prévalence du tabagisme chez les travailleurs manuels et les femmes enceintes
Grossesses précoces	Pourcentage de grossesses avant 18 ans
Principales causes de mortalité	Taux de mortalité pour 100 000 habitants avant 75 ans pour les principales pathologies mortelles (cancer, AVC), dans les zones de défavorisation

Source : Department of Health

Il n'entraîne pas dans la commande de la mission de proposer des objectifs de réduction des inégalités sociales de santé. En revanche, plusieurs principes peuvent être retenus :

- **ne pas se limiter à des objectifs de type sanitaire ou comportemental, mais inclure plus largement les autres aspects de la santé (matérielle et sociale notamment) :** des indicateurs sur le niveau d'éducation ou sur le logement non décent peuvent par exemple contribuer à sortir la stratégie du champ du ministère de la santé ;
- **se doter d'un petit nombre d'objectifs clairs et lisibles.** L'évaluation des 100 indicateurs de la loi de santé publique de 2004 a mis en évidence la difficulté que pouvait poser le suivi d'un très grand nombre d'indicateurs (en 2009, 44 objectifs étaient non évaluables, soit parce qu'ils étaient non quantifiables, soit parce qu'ils ne disposaient pas d'indicateurs, soit parce que l'indicateur n'avait pas été renseigné) ;
- **ne pas faire de la lutte contre les inégalités sociales de santé l'objet d'un plan de santé publique** – au même titre que la politique de nutrition, de santé environnementale, de lutte contre le cancer..., choix qui serait antinomique avec la conception même de la lutte contre le gradient social. L'approche retenue en matière d'inclusion sociale, à savoir une intégration de cet objectif dans les différentes politiques publiques (*mainstreaming*) apparaît préférable. En fonction des priorités qui seront retenues, il faudra se poser systématiquement la question de savoir en quoi l'introduction d'un objectif de lutte contre les inégalités sociales de santé change la façon dont les politiques mobilisées construisent leurs priorités et leurs outils.

Le choix des objectifs conditionne largement le type de gouvernance et l'horizon de la stratégie. Si l'on examine les choix faits dans les pays étrangers, deux types de portage politique coexistent. Dans certains cas, le ministère chargé de la santé est responsable de la stratégie engagée. Dans d'autres cas, c'est au niveau du chef de l'exécutif que la stratégie est élaborée et suivie. Dans le cas français, chacune de ces deux options présenterait un certain nombre d'avantages et d'inconvénients. Compte tenu des connaissances en santé qu'elle mobilise et de ses liens étroits avec le système de santé, la stratégie de réduction des inégalités sociales de santé doit accorder un rôle majeur au ministère de la Santé. Toutefois, lui confier le pilotage de l'ensemble de la démarche incite à l'identifier comme le principal porteur de la stratégie au risque d'amoindrir la dimension transversale du sujet. À l'inverse, faire le choix d'une stratégie globale d'action portée directement par le Premier ministre nécessite une démarche de plus longue haleine, plus ambitieuse, et par conséquent plus incertaine. Le tableau ci-dessous présente les avantages et les inconvénients de ces deux options, entre lesquelles la mission n'a pas souhaité trancher.

Tableau 8 : Comparaison entre un portage stratégique interministériel ou par le ministère de la santé

	Option 1 : portage par le ministère de la santé	Option 2 : portage par le Premier ministre
Description de l'option	<p>Objectif de réduction des inégalités sociales de santé inscrit dans la loi de santé publique.</p> <p>Suivi de la mise en œuvre assuré par une cellule placée auprès du ministre de la Santé.</p> <p>Pilotage régional pour le compte de l'Etat confié aux directeurs généraux des ARS (avec un rôle spécifique de la commission de coordination des politiques de prévention)</p>	<p>Objectif de réduction des inégalités sociales de santé inscrit dans la loi de santé publique ou rattaché à un objectif d'action sur les déterminants sociaux de la santé.</p> <p>Suivi de la mise en œuvre assuré par une cellule placée auprès du Premier ministre.</p> <p>Pilotage régional pour le compte de l'Etat confié aux préfets (avec un rôle spécifique des CAR)</p>
Avantages	<p>Cohérence avec les compétences du ministère de la Santé et appui sur le réseau existant de promotion et d'éducation à la santé.</p> <p>Bon niveau de formation des acteurs.</p>	<p>Visibilité immédiate de la nature transversale de la question.</p> <p>Appui politique plus fort.</p>
Inconvénients	<p>Risque que la démarche soit assimilée à une action du système de santé.</p> <p>Accent moindre mis sur les déterminants socioéconomiques de la santé.</p> <p>Mobilisation des autres acteurs plus difficile.</p>	<p>Phase de préparation plus longue et plus difficile.</p> <p>Moindre proximité avec les acteurs de la promotion de la santé.</p> <p>Inconnue de la capacité à maintenir une mobilisation forte dans le temps.</p>

Source : Mission

3.2. *S'inspirer des cadres d'action utilisés à l'étranger*

Les expériences mises en œuvre à l'étranger fournissent des éléments intéressants pour modifier de façon concrète les choix de politiques publiques afin de mieux agir sur les déterminants sociaux de la santé. L'évaluation de certains programmes a notamment permis de dégager un certain nombre de principes pour l'action.

Or ces modèles d'action demeurent peu connus en France. Ils offrent pourtant des pistes intéressantes, qui devraient être examinées et débattues. Parmi les sujets qui mériteraient d'être examinés, on peut notamment citer :

- **l'expérimentation de programmes d'intervention précoce** pour les enfants issus de milieux défavorisés ou de familles fragiles, dès les premières années de la vie et jusqu'à la fin du primaire (cf. encadré ci-dessous).
- **le recentrage des visites prénatales, proposé par l'OCDE, sur les familles les plus en difficultés**, en diminuant le nombre de visites obligatoires pour les grossesses ne présentant pas de difficultés ;
- **le développement des actions de dépistage ou de prévention ciblées**, sur le modèle du dispositif MTDents ;
- **le renforcement des actions de prévention prenant la forme d'actions intersectorielles dans les milieux de vie**, comme l'expérience ICAPS.

De telles conclusions méritent d'être débattues, afin de réorienter si besoins les actions. Sans aller jusqu'à intégrer un réflexe santé dans l'ensemble des politiques publiques, elles permettraient d'ores et déjà d'adopter des cadres différents pour un certain nombre d'actions de prévention.

Plus largement, l'efficacité des politiques de prévention mérite d'être plus systématiquement réexaminée au regard de la réduction des inégalités sociales de santé. Des approches permettant de mieux cibler les actions de prévention en fonction de besoins appréciés selon des critères socioéconomiques ou territoriaux devraient être valorisées.

Encadré : un exemple de programme d'intervention précoce, le Carolina Abecedarian

Ce projet avait pour objet de proposer une éducation précoce intensive, de la naissance à l'âge de six ans, à des enfants issus de milieux défavorisés. Une première partie du programme, jusqu'à l'âge de trois ans, consistait dans le développement d'activités motrices, sociales et cognitives, 7 heures par jour et 7 jours par semaine, dans un centre de développement de l'enfant. A compter de l'âge de trois ans, les enfants bénéficiaient d'un programme préscolaire centré sur les habiletés langagières et de communication. Un enseignant-témoin qualifié assurait pendant cette période le rôle de personne-ressource, en se rendant une quinzaine de fois au cours de l'année à l'école et au domicile de l'enfant pour assurer un accompagnement individualisé.

L'évaluation de ce programme a montré des effets sensibles, par rapport à un groupe témoin, sur le développement intellectuel des enfants défavorisés – seuls 12 % des enfants du programme ont redoublé leur première année de primaire, contre 32 % du groupe témoin. En revanche, sans soutien par la suite, les effets du programme diminuent.

Une analyse québécoise de plusieurs programmes d'intervention précoce conclut que les plus efficaces sont ceux centrés sur le développement des habiletés langagières, suffisamment ancrés dans le temps (5 ans) et associant une intervention intensive sur l'enfant et un accompagnement de sa famille.

3.3. *Se donner les moyens d'évaluer l'impact des politiques publiques sur les inégalités sociales de santé*

3.3.1. Adapter l'utilisation de l'évaluation d'impact sur la santé

La portée de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) telle qu'elle résulte de la révision constitutionnelle de 2008 demeure limitée. Cela ne signifie pas pour autant qu'un tel outil soit inutile. En revanche, les conditions de son utilisation et les objectifs qu'on lui attribue doivent être redéfinis.

Le premier enjeu est de distinguer, dans l'évaluation d'impact institutionnelle, ce qui doit relever du porteur de projet et ce qui doit relever d'une instance d'évaluation extérieure. Les ministères ne doivent pas évaluer et chiffrer eux-mêmes les impacts sur la santé de leurs politiques : lorsqu'elle s'effectue dans le cadre de la préparation d'un projet de loi, une telle évaluation ne présente pas les garanties de temps (une évaluation détaillée est un processus long) ni d'objectivité (il est très difficile pour un porteur de projet de présenter des arguments qui pourraient être défavorables à son projet) nécessaires. Deux types de travail doivent être distingués :

- un travail de «sélection». Il s'agit de «*repérer les projets de loi et de règlement susceptibles d'avoir un effet, positif ou négatif, sur la santé de la population*»⁹⁵. Ce travail doit permettre de se demander quels aspects du projet de texte pourraient avoir un impact sur la santé de la population ou ses déterminants, et de voir si cet impact serait différencié selon les groupes sociaux. Il permet de définir s'il y a lieu d'effectuer une EIS. En général rapide et pouvant s'appuyer sur des grilles de sélection existant au niveau international, ce travail pourrait être réalisé par le ministère de la santé pour le ministère concerné, l'idée étant d'améliorer la prise de conscience de l'impact sur la santé dans les politiques publiques ;

⁹⁵ À la frontière des responsabilités des ministères et organismes publics : l'application de l'article 54 de la Loi sur la santé publique, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.

- une analyse critique des impacts, qui devrait avoir une dimension contradictoire et relever d'une autre autorité (cour des comptes, parlement ou organisme du champ sanitaire⁹⁶) que le porteur du projet. Des travaux de ce type sont déjà menés - c'est le cas de l'étude de l'Académie de médecine sur l'impact des rythmes scolaires sur la santé des enfants. Ces évaluations peuvent intervenir à différents moments, en amont du projet de loi ou à titre de bilan d'étape.

L'autre enjeu est de développer beaucoup plus systématiquement l'évaluation d'impact santé dans le cadre des programmes et des projets territoriaux. L'extension de l'évaluation d'impact à quelques projets territoriaux cofinancés par l'État et les collectivités territoriales pourrait être une première étape - à distinguer des évaluations de risques effectuées à l'heure actuelle. Cela implique :

- que soient développées, soit au sein des ARS, soit dans les pôles régionaux de compétence en promotion de la santé ou chez d'autres opérateurs (université, consultants...), des compétences solides en matière de méthodologie de telles études d'impact, afin de soutenir les porteurs de projets ;
- que l'impact sur la santé sur les différents groupes sociaux soit mesuré. Le rôle imparti à l'EIS est de réduire les impacts négatifs ou de renforcer les impacts positifs sur la santé des différentes politiques : il s'intéresse souvent en premier lieu aux effets sur la population générale. Cet outil ne peut donc être considéré comme susceptible de réduire le gradient social de santé s'il ne prend pas explicitement en compte les effets différenciés selon les groupes de la population et en se demandant comment ces différences affectent les groupes les plus vulnérables⁹⁷.

3.3.2. Développer les méthodes d'évaluation

La littérature étrangère fait état des difficultés à procéder à l'évaluation de politiques ou de plans gouvernementaux dans les Etats ayant adopté une orientation en matière de lutte contre le gradient social de santé. S'il est possible de suivre l'évolution des indicateurs que les pouvoirs publics jugent pertinents en matière d'inégalités sociales de santé (monitoring comme en Grande-Bretagne), il est en revanche très difficile de mesurer la part respective des différentes mesures de politique publique dans l'évolution de la situation. Ce qui est préconisé au minimum est le monitoring de l'ensemble des mesures prises et la publication régulière de bilans intermédiaires. Dans le cas de la France, le dispositif de monitoring dépendra de la stratégie mise en place, de ses objectifs et des indicateurs qui seront retenus.

L'accent devrait plutôt être mis sur l'évaluation de programmes⁹⁸ au niveau régional et local. Certains cadres évaluatifs internationaux sont déjà testés en France, comme « l'évaluation réaliste »⁹⁹. Ils soulignent l'intérêt à accorder aux processus et à la qualité des actions, d'où l'importance de choisir des actions pour lesquelles il est possible de classer les données probantes en fonction du « niveau de preuve » que l'on peut leur associer (cf. tableau ci-dessous). Articuler expérimentation et évaluation, comme le font les Pays Bas, permet par ailleurs de renforcer un processus d'apprentissage collectif entre opérateurs, chercheurs et institutionnels confrontés à des modes d'interventions nouveaux.

⁹⁶ Par exemple l'INVS ou l'INPES.

⁹⁷ L. Saint-Pierre, *EIS et inégalités*, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Institut national de santé publique du Québec, mars 2010.

⁹⁸ Ce type de programme est entendu comme un ensemble d'actions divers, portant sur les comportements, sur la prise en compte de la santé dans d'autres politiques, sur l'accès aux services de santé...

⁹⁹ P. Blaise, B. Marchal, P. Lefèvre et G. Kegels « Au-delà des méthodes expérimentales : l'approche réaliste en évaluation », guide INPES.

En France, certains outils destinés à faciliter la qualité et l'efficacité des actions ont été élaborés ou adaptés. A ce jour, l'INPES a mis en ligne sur son site trois outils de ce type :

- un outil de pilotage et d'analyse de l'efficacité attendue des interventions en promotion de la santé, Preffi 2.0 ;
- un outil de catégorisation des résultats des interventions en promotion de la santé et de prévention. Il permet d'évaluer les résultats obtenus par des projets de promotion de la santé et de prévention. Il peut servir de manière plus générale à faire l'analyse d'une situation, à planifier une intervention et à évaluer un projet ;
- un guide d'auto-évaluation de la qualité des actions en promotion de la santé menées par les associations. Son objectif est l'amélioration continue de la qualité du service rendu aux personnes et aux populations concernées par les projets. Ce guide accompagné de son mode d'emploi comporte 5 grilles thématiques d'autoévaluation qui guident l'association dans son questionnement autour de 19 critères, dont la prise en compte des inégalités sociales de santé.

Tableau 9 : Classification de la solidité des données probantes¹⁰⁰

Études de niveaux I à III	Études de niveau IV
<p>1. Données probantes suffisantes</p> <p>L'effet n'est probablement pas dû à la chance ni à un biais.</p> <p>Les données probantes proviennent d'études de niveau I, de plusieurs études de niveaux II ou de plusieurs études de niveau III dans lesquelles les biais et les variables confusionnelles ont été contrôlés.</p>	<p>3. Données probantes limitées</p> <p>Le programme s'appuie sur un fondement théorique ou logique solide ; et</p> <p>Études de niveau IV, données probantes indirectes ou parallèles, ou</p> <p>Modélisation statistique des indices (ex : IMC) reposant sur des méthodologies variées.</p> <p>L'effet n'est probablement pas dû à la chance ni à un biais.</p> <p>La mise en œuvre d'une telle intervention devrait être jumelée à un programme d'évaluation.</p>
<p>2. Données probantes limitées</p> <p>L'effet n'est probablement pas dû à la chance.</p> <p>L'effet peut s'expliquer par certains biais.</p> <p>Les données probantes proviennent d'une étude de niveau II de qualité incertaine ou de plusieurs études de niveau III rapportant des résultats cohérents.</p>	<p>4. Données probantes faibles</p> <p>Le programme s'appuie sur un fondement théorique ou logique solide ; ou</p> <p>Études de niveau IV, données probantes indirectes ou parallèles ; ou</p> <p>Modélisation statistique des indices (ex : IMC) reposant sur des méthodologies variées</p> <p>L'effet n'est probablement pas dû à la chance.</p> <p>L'effet peut s'expliquer par certains biais.</p> <p>Il serait utile d'effectuer des projets de recherche ou des projets pilotes avant la mise en œuvre de telles interventions.</p>
<p>5. Données probantes non concluantes</p> <p>Aucune conclusion ne peut être tirée à l'égard de la présence ou de l'absence d'un effet ; seules des études de niveau III sont accessibles, mais sont en nombre restreint et de piètre qualité.</p>	<p>6. Aucune donnée probante</p> <p>Aucune conclusion ne peut être tirée à l'égard de l'efficacité de l'intervention</p> <p>D'autres recherches sont nécessaires.</p>

Source : INPES

3.4. Soutenir les initiatives régionales et locales

Parce qu'il est plus facile d'y adopter une vision transversale des politiques publiques, le niveau local, notamment communal, a vu se développer de nombreuses initiatives visant à sortir la politique de santé du système de santé. Dans certains cas, cette approche s'est accompagnée d'un effort de lutte contre les inégalités sociales de santé.

¹⁰⁰ Les niveaux I à IV recouvrent différents types de données : le niveau I comprend les « données observationnelles » (épidémiologie), le niveau II les « données expérimentales » (études expérimentales, évaluation de programme ou de politique), le niveau III les « données extrapolées » (modélisation de l'efficacité ou analyses économiques par exemple) et le niveau IV les « données expérientielles » (opinions d'experts ou de membres du public, raison d'être de chaque instrument, « données probantes parallèles » - comme dans le cas des politiques de lutte contre le tabac et l'alcool). Une cote globale est ensuite établie en fonction de la solidité des données à l'appui de chaque instrument politique.

Valoriser et soutenir ces initiatives présente un double avantage : d'une part, cela permet de mieux communiquer sur les inégalités sociales de santé, en facilitant des actions de proximité ; d'autre part, cela permet de disposer de retours sur expériences à un niveau où il est plus facile de conduire des actions transversales. A Strasbourg par exemple, une convention de délégation sociale entre la ville et le conseil général permet d'offrir un « service public des solidarités intégré » regroupant l'action sociale et médico-sociale, la PMI, des dispositifs de promotion de l'enfance, la santé scolaire, l'insertion par l'emploi ou dans la recherche d'un logement ;

De plus, la plupart des stratégies mises en œuvre pour réduire les inégalités sociales de santé dans d'autres pays ont fait du niveau communal ou intercommunal le principal niveau de construction des actions. Cela s'explique notamment par le fait que les actions de prévention les plus efficaces passent non pas par de la communication ou de la diffusion d'informations, mais par une action conjointe sur plusieurs déterminants de la santé (ICAPS dans le Bas-Rhin, APRISS à Toulouse par exemple) qui ne peut être menée que dans les milieux de vie. Au Royaume-Uni, des « contrats locaux d'objectifs de service public » (*local service agreements*) sont conclus entre les autorités locales et le gouvernement central. Ils s'accordent sur des objectifs concernant la réduction des inégalités sociales de santé. Le ministère de la santé offre une multitude de services : guide, base de données pour évaluer l'état de santé d'une population sur un territoire donné, mutualisation d'expérimentations locales...

Pour soutenir ces démarches, plusieurs pré-requis sont nécessaires :

- **soutenir l'observation sociale et sanitaire locale : il s'agit d'un sujet ancien, qui s'est notamment développé dans le cadre de la politique de la ville.** La multiplication des observatoires (qui peuvent atteindre la cinquantaine au sein d'une même région) sans mise en cohérence n'a toutefois pas permis d'assurer une offre d'information complète et unifiée au profit des décideurs et des porteurs de projets. Dans certaines régions, des plates-formes de l'observation sanitaire et sociale (POSS) ont été mises en place¹⁰¹. En s'appuyant sur cette expérience, une réflexion pourrait être menée afin d'offrir aux porteurs de projets, notamment aux collectivités territoriales, un guichet unique pour les informations sanitaires et sociales (voire couvrant des politiques de logement, d'urbanismes, de formation...) dont elles auraient besoin. Cela suppose d'effectuer un travail de recensement des structures d'observation existantes, et de réunir les détenteurs d'information pour proposer un mode de mise à disposition de l'information qui leur convienne ;
- **prendre en compte les inégalités sociales de santé dans les outils de contractualisation existants**, comme les contrats locaux de santé prévus par l'article L. 1434-17 du code de la santé publique dans sa rédaction issue de la loi du 21 juillet 2009 dite « Hôpital, patients, santé et territoires » et les contrats urbains de cohésion sociale. La dimension transversale des contrats locaux de santé pourrait ainsi être renforcée en les soumettant à une signature tripartite du préfet, de l'ARS et de la collectivité territoriale concernée. En outre, le sujet de l'articulation entre les actions « santé » de la politique de la ville (volet « santé » des CUCS et ateliers santé ville) et les contrats locaux de santé devrait faire l'objet d'une articulation soignée – afin de vérifier la cohérence à la fois des actions envisagées et des financements dont elles bénéficient.
- **développer les expérimentations-évaluation au niveau local.** Des programmes d'expérimentation-évaluation, comme celui mis en place aux Pays-Bas, peuvent présenter un intérêt pour améliorer l'évaluation.

¹⁰¹ Voir à ce sujet la fiche n°12 « mieux articuler producteurs et utilisateurs de données au niveau territorial ».

Encadré : les programmes d'expérimentation sur les inégalités sociales de santé aux Pays-Bas

Les Pays-Bas ont basé leur stratégie de réduction des inégalités de santé sur un programme d'expérimentations locales soumises à des évaluations rigoureuses. Ces expérimentations portent à la fois sur les déterminants sociaux des inégalités de santé, en amont du système sanitaire, et sur le système de santé (prévention, développement des soins primaires). Un programme de recherche a été lancé en 1989, afin d'identifier les principaux déterminants de santé aux Pays-Bas. Puis, un vaste programme de douze expérimentations s'est déroulé durant six ans (entre 1995 et 2001). L'objectif poursuivi était de tester l'efficacité des interventions menées.

Quatre axes stratégiques ont guidé les expérimentations : augmenter les revenus des plus défavorisés ; limiter les effets des problèmes de santé sur les résultats scolaires ; diminuer les facteurs de risques comme le stress au travail, le renforcement de campagnes de prévention de masse et ciblée sur certaines populations (tabagisme, nutrition) ; améliorer la qualité et l'accessibilité des soins. Au terme de ces expérimentations, il est apparu que les interventions les plus efficaces portaient sur les conditions de travail d'une part et que les interventions locales ou ciblées devaient être privilégiées d'autre part. En revanche, l'allocation fournie aux parents défavorisés et les campagnes de prévention de masse sont apparues peu efficaces.

3.5. Mettre les connaissances et la recherche au service de l'action

Les lacunes de la connaissance statistique et de la recherche sur les inégalités sociales de santé sont identifiées : le rapport du HCSP de décembre 2009 sur les inégalités sociales de santé consacre une partie de ses développements à des propositions en matière de connaissance statistique et de recherche. Le comité ministériel d'orientation de la recherche (COMIOR) du ministère de la santé a préconisé dans son rapport de 2009 de développer les recherches sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

Plusieurs équipes de recherche en France travaillent sur ces sujets : des unités de l'INSERM, un institut thématique multi-organismes (ITMO) de santé publique, l'IRDES, l'IReSP, des établissements d'enseignement et de recherche (EHESP, chaire de santé publique de Sciences Po...). Les chercheurs travaillant sur ces sujets sont engagés scientifiquement et socialement, et pourraient jouer un rôle de « leaders d'opinion ». Il faut également noter que le colloque de janvier 2010 sur les inégalités sociales de santé en France a connu un réel succès.

La faiblesse des redéploiements des chercheurs entre les secteurs de la recherche limitent toutefois l'appréhension des déterminants sociaux de la santé : « *L'organisation de la recherche en santé en France repose sur une organisation par pathologies. Les commissions scientifiques de l'Inserm, très majoritairement organisées selon ce schéma reflètent ce choix, qui se répercute sur les thématiques des unités de recherche, elles aussi organisées par appareils et maladies. L'interdisciplinarité peine à trouver sa place dans une telle organisation. Les fédérations interdisciplinaires de recherche pourraient être une solution. Force est de constater, et les témoignages ne manquent pas, que les processus d'évaluation et les positionnements disciplinaires ne favorisent pas ces choix d'activité, lorsque les carrières des chercheurs sont évaluées selon des logiques qui favorisent une production spécialisée, monodisciplinaire, plus immédiatement productrice de publications.*

La mission n'a pas été en mesure d'expertiser, dans le temps qui lui était imparti, la qualité de ce dispositif de recherche. Elle constate toutefois qu'**il n'existe à l'heure actuelle aucune stratégie claire de recherche sur la question des inégalités sociales de santé**. Le centre d'expertise collective de l'INSERM, qui répond à des commandes institutionnelles, a produit plus de 70 expertises au cours des 15 dernières années, dont une part significative porte sur les risques en santé. En revanche, l'INSERM n'a à ce jour jamais été sollicitée concernant les inégalités sociales de santé même si certaines expertises collectives ont abordé ce sujet.

La définition d'une stratégie nationale de recherche en matière d'inégalités sociales de santé doit permettre de rendre lisible l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé et les moyens de recherche qui y sont consacrés, mais aussi de favoriser une approche innovante de la question, que ce soit en termes d'outils de recherche (en favorisant des alternatives à la technique de l'appel à projets) ou en termes de contenu des travaux. A ce titre, des équipes de projets pluridisciplinaires utilisant toutes les méthodes disponibles (études de cas, méthodes qualitatives, méthodes quasi-expérimentales autant que méthodes expérimentales) devraient être soutenues. Si la recherche sur les inégalités sociales de santé s'est beaucoup développée, certains champs devraient être davantage explorés. D'une manière générale, l'articulation entre recherche et stratégies d'intervention demeure insuffisante, les résultats de la recherche n'étant que rarement utilisés directement pour aider à l'élaboration des actions ainsi qu'à leur évaluation.

3.6. Former les acteurs pour qu'ils intègrent le modèle des inégalités sociales de santé dans leurs décisions et leurs pratiques

Il est crucial que les acteurs développent un langage commun, mettent les mêmes actions sous les mêmes termes et s'accordent sur les principes. À l'heure actuelle, il est frappant de constater qu'un plan de promotion de la santé pourra dans un cas se centrer sur la question de l'accès aux soins et dans un autre intégrer de façon beaucoup plus large la question de la nutrition, des transports, du cadre de vie...

Cela suppose également d'utiliser des outils adaptés aux logiques d'action de chacun : l'idée n'est pas de faire en sorte que les mécanismes et les modes d'intervention de la santé publique soient adoptés par tous mais que la santé puisse contribuer positivement à l'action des autres politiques publiques.

Élargir la lutte contre les inégalités sociales de santé au-delà du champ sanitaire implique de former les acteurs aux enjeux de ce sujet, aux outils d'intervention disponibles, et de développer entre eux un langage commun. Il est donc essentiel d'accompagner la stratégie nationale mise en place d'un dispositif de formation et d'accompagnement qui touche à la fois les responsables et les acteurs de terrain, afin de les sensibiliser aux enjeux de la lutte contre les inégalités sociales de santé, et de leur faire prendre conscience des moyens dont ils disposent.

La création d'un centre de ressources national permettrait de rassembler l'expertise existante en matière d'inégalités sociales de santé. Il pourrait être placé auprès de l'INPES, en partenariat avec les autres institutions disposant de connaissances en la matière - ministères, différentes agences impliquées dans la connaissance et la promotion des conditions de la santé (comme l'INRS, l'ANACT¹⁰², le HCSP...), centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), UIPES, réseau des villes santé de l'OMS. Il permettrait de disposer d'un lieu de collecte et de diffusion pour un certain nombre de connaissances, de méthodes et d'outils, qui serait visible et accessible pour les acteurs. Il pourrait notamment intervenir pour définir des cadres de référence pour la mise en œuvre des expérimentations.

Marguerite MOLEUX

Dr Françoise SCHAETZEL

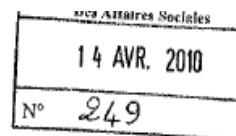
Claire SCOTTON

¹⁰² Institut national de recherche et de sécurité, Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail

Annexe 1 : Lettre de mission



Ministère de la santé et des sports



Cab3/FA/FO - memo D.10-3330

Paris, le 12 AVR. 2010

la ministre de la santé et des sports

à

Monsieur le Chef de service de
l'inspection générale des affaires
sociales

Objet : Mission « Agir sur les déterminants de santé, réduire les inégalités sociales de santé »

Les recherches en santé des populations menées, à l'échelle internationale, depuis plus de vingt ans, ont permis de mettre en évidence l'importance primordiale des déterminants sociaux, économiques et culturels de la santé. Il est en effet désormais établi que ces déterminants ont au moins autant d'influence sur l'état de santé des populations que n'en ont les comportements personnels ou les soins médicaux.

Ainsi, l'état de santé de la population dépend, pour une très large part, de mesures prises dans d'autres secteurs que le secteur sanitaire. Il apparaît donc clairement que la réponse aux problèmes de santé ne peut se limiter au système de soins et à la prévention des comportements défavorables. De fait, ces constats ont permis, dans de nombreux pays, de définir et de mettre en œuvre de nouvelles modalités d'intervention en santé publique.

En France, la réduction des inégalités sociales de santé est au cœur de l'ambition que portera la prochaine loi de santé publique. Il est donc essentiel, pour répondre à cette ambition et préparer ce projet de loi dans les meilleures conditions, de mener une étude approfondie de la nature et du poids des déterminants de la santé, en particulier des déterminants sociaux. Il convient également d'identifier, en conséquence, les modalités concrètes d'interventions les plus efficaces et les mieux adaptées à notre pays.

C'est la raison pour laquelle je souhaite vous confier une mission visant à :

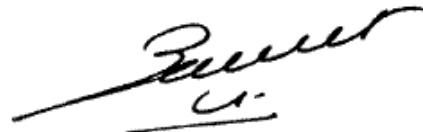
- identifier les principaux déterminants sociaux, économiques et culturels de la santé et en quantifier la part attribuable sur l'état de santé en France;
- identifier et argumenter, à travers l'analyse des expériences et recommandations internationales, les interventions sur ces déterminants susceptibles de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et à la réduction des inégalités sociales de santé en France ;
- préciser, pour chacune de ces interventions, les conditions, les modalités concrètes et le coût de leur mise en œuvre, ainsi que leur impact potentiel.

La mission devra, en se fondant sur l'analyse de la littérature et des expériences internationales, complétée autant que nécessaire par des auditions de personnes qualifiées, me faire des propositions visant à renforcer l'efficacité des politiques de prévention, aux niveaux national, régional et territorial, en s'appuyant notamment sur la nouvelle organisation de notre système de santé prévue par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Au-delà du système de santé, la mission fera des propositions sur le contenu que pourrait prendre en France le concept de « la santé dans toutes les politiques », notamment au travers des études d'impact sur la santé. Dans ce dernier domaine, il s'agira en particulier de définir des procédures de réalisation d'études d'impact sur la santé dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions de la loi organique du 15 avril 2009.

Je souhaite que la mission me rende son rapport au plus tard le 31 juillet 2010, afin de permettre, dans la continuité des travaux conduits par le Haut conseil de santé publique et la Direction générale de la santé, de préparer l'élaboration du projet de loi relatif à la santé publique avant la fin de l'année 2010.

Les services compétents de la Direction générale de la santé se tiennent à la disposition de la mission pour lui apporter toute information utile à son bon déroulement.



Roselyne BACHELOT-NARQUIN

Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées

1. SERVICES DE L'ETAT ET AGENCES

- **Ministère de la santé, direction générale de la santé**

M Didier Houssin, directeur

Mme Sophie Delaporte, directrice adjointe

Mme Jocelyne Boudot, sous-directrice Prévention des risques liés à l'environnement et à l'alimentation

Mme Véronique Mallet, chef du bureau Programmation, synthèse et évaluation

M Nicolas Prisse, chargé des questions de planification en santé au secrétariat général

M Alain Fontaine, mission Analyse stratégique, prospective, recherche et appui scientifique

M Christophe Chamoux, mission Analyse stratégique, prospective, recherche et appui scientifique

M Michel Chauviac, bureau Alimentation et nutrition

- **Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)**

Mme Than Le-Luong, directrice

Mme Christine César, chargée d'expertise scientifique en promotion de la santé

Mme Annick Fayard, directrice du développement de l'éducation pour la santé et de l'éducation thérapeutique

Mme Catherine Gerhart, chef du département Développement partenariat et développement régional

Mme Marie José Moquet, chef du département Formation et qualité des pratiques

- **Assemblée nationale**

M. Philippe Dautry, chef de la division du secrétariat du comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques (CEC)

M. Philippe Hurtevent, chef de la division du secrétariat de la commission des affaires sociales

- **Secrétariat général du gouvernement**

M. Jean Maïa, chef du service de la législation et de la qualité du droit

M. Philippe-Henri Mechet, adjoint au chef de la mission de la qualité de la norme

- **Agences régionales de santé**

Mme Nicole Klein, directrice de l'ARS Aquitaine

Mme Annie Claude Marchand, chef du service prévention et promotion de la santé, ARS Champagne Ardennes

M François Baudier, directeur de l'animation territoriale, ARS Franche Comté

M Laurent Chambaud, directeur de la santé publique, ARS Ile-de-France

M Pierre Blaise, directeur du projet régional de santé, ARS Pays de la Loire

2. COLLECTIVITES TERRITORIALES

- **Ville de Dunkerque**

M. François Liber, adjoint en charge des questions de santé

M. Philippe Martin, directeur de la maison de promotion de la santé

- **Communauté d'agglomération de Saint-Quentin-en-Yvelines**

M. Robert Cadalbert, président de la communauté d'agglomération

Mme Danièle Viala, adjointe en charge des sujets de santé

Mme Maryline Marchesseau, directrice de l'institut de promotion de la santé (IPS)

Mme Barbara Perelman, chargée de mission de l'IPS

Mme Céline Almeida, responsable de l'observatoire de la ville

Mme Catherine Chevalier, coordonnatrice de l'atelier santé ville

- **Communauté urbaine de Strasbourg**

M. Alexandre Feltz, vice-président de la communauté urbaine chargé de la santé

Mme Marie-Dominique Dreysse, adjointe au maire de Strasbourg en charge des affaires sociales

M. François-Paul Debionne, responsable des politiques de santé publique de la ville de Strasbourg

M Mathieu Hild, chargé de mission ASV, politique de la ville

Mme Cécilia Jagou, chargée de mission, santé et environnement

- **Conseil général du Rhône**

Mme Anne-Camille Veydarier, directrice générale adjointe chargée « intégration sociale »

Mme Muriel Petre, directrice santé, enfance, famille

Mme Sophie Pamies, conseiller technique santé

- **Ville de Toulouse**

M. Thierry Lang, directeur de l'IFERISS

M. Benjamin Gandouet, directeur de l'association du cancéropôle de Toulouse Midi-Pyrénées

M Jean-Jacques Romatet, directeur du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse

M. Ivan Theis, médecin de santé publique, service communal d'hygiène et de santé

Mme Martine Servat, médecin de santé publique, CHU de Toulouse

3. INSTANCES CONSULTATIVES

- **Haut conseil de la santé publique (HCSP)**

Mme Chantal Cases, directrice de l'institut national d'études démographiques

M. Jean-François Toussaint, professeur des universités-praticien hospitalier

M. Thierry Lang, professeur des universités-praticien hospitalier

- **Conférence nationale de santé**

M. Christian Saout, président

4. ORGANISMES DE RECHERCHE

- **Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM)**

Mme Emmanuelle Cadot, chercheur au sein de l'unité 707

M. Marcel Goldberg, professeur des universités-praticien hospitalier, directeur de recherche

Mme Gwenn Menvielle, chercheur au sein de l'unité 687

- **Institut de recherche en santé publique (IReSP)**

Alfred Spira, professeur des universités-praticien hospitalier, directeur

- **Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES)**

Mme Florence Jusot, maître de conférences à l'université Paris-Dauphine

- **Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)**

Mme Françoise Jabot, enseignant chercheur

Mme Michèle Legeas, enseignant chercheur

5. ASSOCIATIONS

- **Réseau français des villes santé de l'organisation mondiale de la santé (OMS)**

Mme Valérie Lévy-Jurin, présidente

Mme Zoë Heritage, chargée de mission

- **Association « élus, santé publique et territoires »**

M. Laurent Elghozi, président

- **Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (FNORS)**

M. Alain Trugeon, président

M Frédéric Imbert, directeur de l'ORS Alsace

- **Société française de santé publique (SFSP)**

M. François Bourdillon, président

M Omar Brixi, directeur de la prévention à l'institut national contre le cancer (INCA)

- **UIPES**

Mme Vivian Lin, Vice présidente

Mme Marie-Claude Lamarre, directrice exécutive

Mme Catherine Jones, directrice de programme

Mme Sara Bensaude de Castro Freire, responsable de la communication

- **Institut Renaudot**

M Rodolphe Viault, directeur

M Mathieu Guilbert, consultant formateur

6. PAYS ETRANGERS ET ORGANISATIONS INTERNATIONALES

- **Commission européenne**

DG Sanco

Mme Anne Auffret, analyste

DG Emploi

M. Fritz Von Nordheim, chef d'unité

M. Arnaud Senn, analyste

- **Représentation permanente de la France auprès de l'Union européenne**

M. Jean-Baptiste Brunet, conseiller pour les affaires sociales

- **Chercheurs étrangers**

Mme Martine Bantuelle, Belgique

M. André-Pierre Contandriopoulos, Québec

Mme F Dubois Arbert, Suisse

Mme Elizabeth Fosse, Norvège

Mme Maria de Koninck, Québec

M. Johan Mackenbach, Pays Bas

M. Michael Marmot, Grande-Bretagne

M. Fred Paccaud, Suisse

Mme Ginette Paquet, Québec

M Valéry Ridde, Québec

Mme Louise Saint Pierre, Québec

M Jean Simos, Suisse

M. Jean Turgeon, Québec

Mme Chantal Vandoome, Belgique

M. Richard Wilkinson, Grande-Bretagne

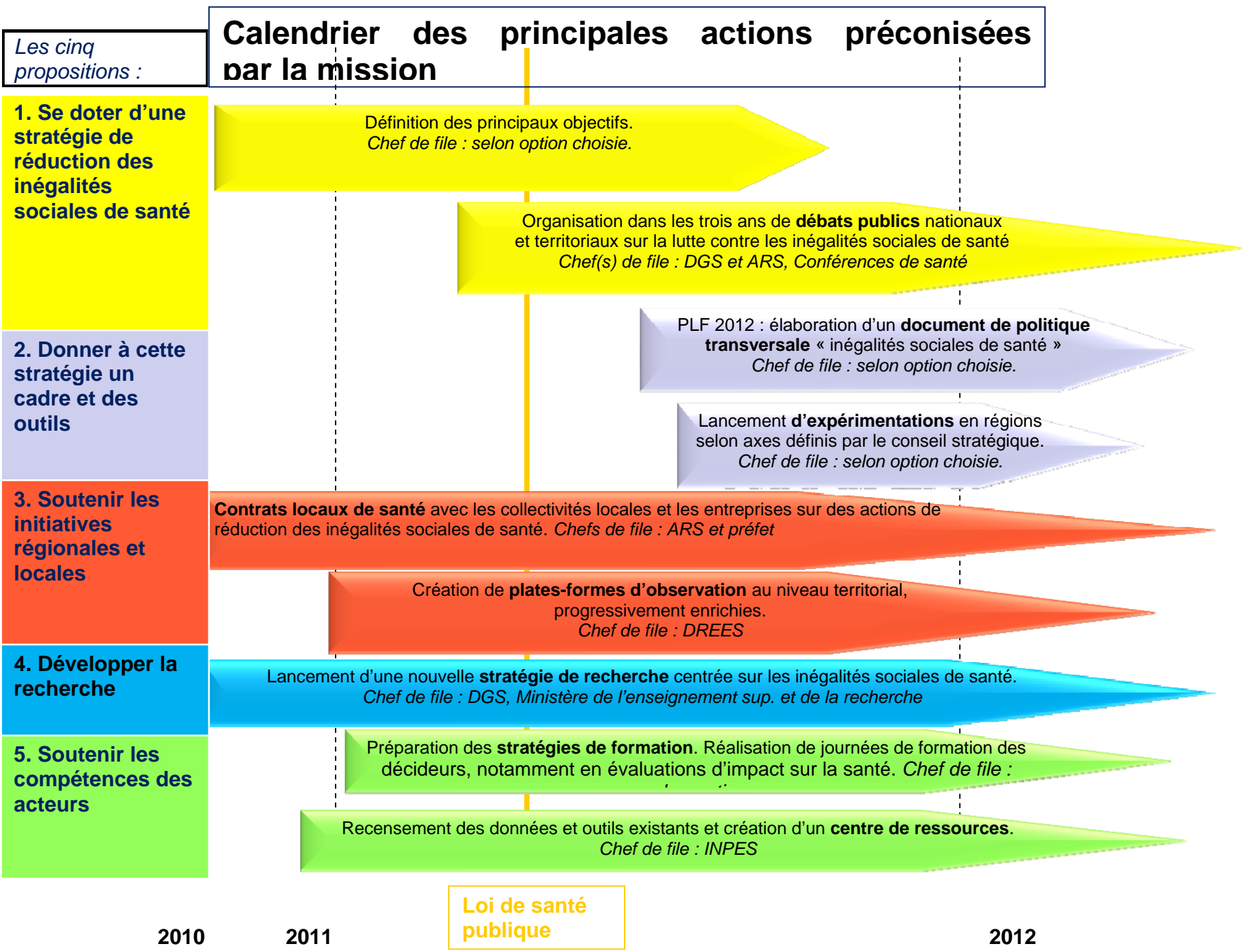
Mme Carmel Williams, Australie du Sud

7. AUTRES

M René Demeulemeester, médecin de santé publique

Annexe 3 : Fiches-action pour une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé

Proposition thématique	Fiche action
1. Se doter d'une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé	1. Tirer les enseignements des expériences étrangères
	2. Convaincre par l'exemple : lancer des expérimentations en région et les évaluer
	3. Développer la mesure du gradient social dans les indicateurs de santé
2. Donner à cette stratégie un cadre et des outils	4. Mieux intégrer dans les stratégies des politiques publiques la question de leur impact potentiel sur la santé
	5. Créer une structure légère de monitoring
	6. Construire un document de politique transversale
	7. Rendre le ministère de la santé exemplaire
3. Soutenir les initiatives régionales et locales	8. Prendre en compte les inégalités sociales de santé dans la politique de la ville et les contrats locaux de santé
	9. Impliquer les instances de démocratie locale et sanitaire
	10. Mieux articuler producteurs et utilisateurs de données au niveau territorial
4. Développer la recherche, et renforcer son lien avec l'action	11. Développer un programme de recherche favorisant l'interdisciplinarité et le croisement des méthodes
	12. Mieux comprendre la dimension économique des inégalités sociales de santé
5. Soutenir les compétences des acteurs	13. Former les responsables de haut niveau
	14. Mettre en place un dispositif de formation et d'accompagnement des acteurs
	15. Créer un centre de ressources



Proposition 1 : se doter d'une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé

L'importance des déterminants socioéconomiques et environnementaux invite à ne pas cantonner le champ de la santé publique aux seules compétences du ministère de la santé. Les autres politiques publiques, qu'elles soient portées par l'État ou par les collectivités territoriales, ont un rôle à jouer sur les déterminants de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé.

Il est donc indispensable de faire de la réduction des inégalités sociales de santé une politique intégrant tous les acteurs concernés¹⁰³, et de la doter pour cela d'un certain nombre d'outils qui permettent de s'assurer :

- qu'elle ne repose pas exclusivement sur le système de santé mais qu'elle soit au contraire véritablement intersectorielle ;
- qu'elle combine différents types d'approche : interventions dans le champ de la santé se dotant également d'un objectif de réduction des inégalités sociales de santé à égalité avec l'objectif d'améliorer la santé globale de la population, mesures en direction des populations les plus fragiles ;
- que les différents acteurs qui y participent collaborent entre eux et coordonnent leur action.

Or, cette dimension intersectorielle de la politique de santé demeure inégalement prise en compte en France, et souffre d'une triple limite :

- la perception qu'ont les acteurs du concept de « la santé dans toutes les politiques » se limite souvent, dans la pratique, à l'interaction avec des politiques proches de celles du ministère de la santé : politiques d'aménagement du territoire sous le prisme de l'offre de soins (en lien avec les questions de démographie médicale), politiques d'aide et d'action sociale (en lien avec l'accès aux prestations et aux soins), politiques nutritionnelles, environnementales... En revanche, le lien entre la politique éducative, les politiques de redistribution (notamment la fiscalité), les politiques du travail et de l'emploi, d'une part, et la politique de santé d'autre part est souvent peu perçu et mal pris en compte ;
- la prise en compte des problématiques de santé dans les autres politiques se fait souvent dans une approche de prévention des risques et non pas de contribution aux conditions de la bonne santé : lorsqu'on interroge les acteurs sur l'intérêt de prendre en compte la santé dans d'autres politiques publiques, la finalité qui y est associée consiste à éviter l'utilisation de produits toxiques à trop forte dose ou de prévoir des plans de prévention face à des phénomènes météorologiques (plan canicule, plan grand froid). En revanche, l'idée que les conditions de la bonne santé et la réduction des inégalités sociales de santé se construisent dans les autres politiques publiques n'est que peu perçue ;
- la possibilité d'intégrer la santé dans toutes les politiques publiques, lorsqu'elle est envisagée, est largement déconnectée de la question des inégalités sociales de santé et de leur réduction. Cette dissociation est compréhensible : en effet, indépendamment de toute considération de réduction des inégalités sociales de santé, l'introduction de la santé dans toutes les politiques publiques peut avoir pour objet d'améliorer l'état global de santé de la population. Mais ce concept ne peut à lui seul agir sur le gradient social, le risque étant, comme pour d'autres outils, d'améliorer d'abord la situation des classes les plus favorisées.

¹⁰³ Qu'il s'agisse des collectivités territoriales, des partenaires sociaux, de la société civile – populations concernées, associations, entreprises...

FICHE ACTION N° 1 - TIRER LES ENSEIGNEMENTS DES EXPERIENCES ETRANGERES

ENJEUX

De nombreux États ont lancé des programmes nationaux visant, directement ou indirectement, à réduire les inégalités sociales de santé. Certains, comme le Royaume-Uni, bénéficient d'un recul de plus de dix ans. S'inspirer de ces expériences, moins sur le plan des actions concrètes que sur le plan de la méthode, est un outil précieux pour définir quelle stratégie de lutte contre les inégalités sociales de santé sera pertinente dans le cas de la France.

RESULTAT ATTENDU

Élaborer une synthèse des stratégies mises en œuvre à l'étranger et étudier leur transposabilité au contexte français. L'apport de ces stratégies repose sur une bonne appropriation de la méthode qu'elles ont mise en œuvre, et non du contenu de leurs actions. L'étude des expériences étrangères participe de l'acculturation nécessaire des politiques et des experts.

Ce travail devrait s'articuler avec un débat public, ouvert à l'ensemble des parties prenantes : société civile (conseil économique, social et environnemental, conférence nationale de la santé et de l'autonomie...), représentants des collectivités territoriales, chercheurs, administrations de l'Etat en charge des différentes politiques concernées, porteurs de projets associatifs... Cet aspect est précisé dans le rapport portant sur *Les inégalités sociales de santé dans l'enfance-santé physique, santé mentale, conditions de vie et de développement de l'enfant*.

BONNES PRATIQUES ISSUES DES EXPERIENCES ETRANGERES

Au vu des recherches effectuées lors de cette mission, plusieurs enseignements ont pu d'ores et déjà être tirés de ces expériences étrangères. Voici les six « bonnes pratiques » retenues par la mission :

1. Faire de l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé la préoccupation de tous les ministères

La réduction des inégalités sociales de santé n'est pas du seul ressort des politiques sanitaires, et donc du ministère de la santé. Au contraire, elle nécessite une implication de l'ensemble des politiques publiques (qu'elles relèvent de l'Etat, des collectivités territoriales ou de leurs partenaires), qui doivent intégrer dans leurs objectifs et dans leurs stratégies des considérations de santé.

Cette bonne pratique emporte deux conséquences :

- en premier lieu, des outils de transversalité doivent être développés. Ainsi, certains pays, à l'instar du Québec, ont fait de l'évaluation d'impact santé une obligation préalable à l'adoption de tout projet de loi, y compris (et surtout) dans les champs non sanitaires. En France, il s'agirait de renforcer l'axe santé dans le dispositif d'étude d'impact mis en place par la révision constitutionnelle de 2008, d'en améliorer la procédure et d'en élargir l'interprétation (cf. fiche n° 4 « mieux intégrer dans les stratégies des politiques publiques la question de leur impact potentiel sur la santé » et fiche n° 7 « rendre le ministère de la santé exemplaire »).
- en second lieu, les acteurs de la santé doivent identifier la contribution de l'état de santé de la population à la bonne mise en œuvre des autres politiques. Dans certaines expériences étrangères, comme par exemple en Australie du sud, il est fait explicitement référence à la contribution d'un bon état de santé de la population à l'efficacité des politiques publiques ainsi qu'au coût pour l'ensemble des politiques publiques de l'inaction sur l'état de santé. Des études réalisées au Québec ont mis en évidence l'impact du soutien familial sur l'évolution de l'état de santé des enfants, et par la suite sur la qualité de l'apprentissage scolaire.

2. Définir des objectifs chiffrés de réduction des inégalités

Ceux-ci sont souvent de deux types. Les premiers sont des objectifs généraux, à un horizon de dix ou vingt ans. Ils doivent être significatifs au regard des inégalités sociales de santé : suivre l'évolution de la mortalité prématurée plutôt que la mortalité générale, l'espérance de vie en bonne santé plutôt que l'espérance de vie. Les seconds sont des objectifs intermédiaires, portant sur les déterminants eux-mêmes (par exemple sur les conditions de travail). Ces deux types d'objectifs devraient, d'une façon ou d'une autre, être discriminés par groupes sociaux (« socialisés ») ou par niveau de revenu (décile ou quintile de revenu par exemple).

3. Fixer des priorités, comme le milieu de travail ou l'enfance et la petite enfance

Selon la littérature internationale, l'enfance est un moment décisif de constitution du gradient social. La mission a expertisé plus spécifiquement cet axe prioritaire dans une deuxième phase de ses travaux.

4. Soutenir les initiatives et les actions mises en œuvre au niveau régional et local, souvent plus efficaces

Il est proposé de lancer un programme d'expérimentation-évaluation en partenariat avec les collectivités, sur le modèle néerlandais. Les modalités d'évaluation devraient être définies en amont. Un approfondissement de la méthode évaluative ayant prévalu aux Pays-Bas serait utile. Ce programme bénéficierait d'un financement spécifique prévoyant la mise en œuvre des actions et leur évaluation.

5. Maintenir des mesures ciblées sur les populations les plus défavorisées

Il s'agit de mettre en œuvre la notion développée par l'OMS « d'universalisme proportionné », qui consiste à prévoir des prestations ouvertes à tous mais dont l'intensité et les modalités de mise en œuvre varient en fonction des besoins des individus ou des catégories sociales. Concrètement, cela implique de combiner des mesures universelles, offertes à tous mais modulables en fonction des besoins, avec des mesures ciblées, adaptées aux populations les plus défavorisées, comme cela pouvait être le cas dans le cadre des programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

6. Former les acteurs à ces problématiques, et assurer le transfert de connaissance du monde de la recherche à l'action publique

Un financement spécifique devrait être prévu pour ces actions transversales.

OBSTACLES

La transposabilité des démarches ne semble pas poser de problème particulier, étant donné leur similitude dans les différents pays. Il en va différemment concernant les actions proprement dites, dépendantes d'un contexte culturel, économique, institutionnel particulier.

FICHE ACTION N 2 : CONVAINCRE PAR L'EXEMPLE : LANCER DES EXPERIMENTATIONS EN REGION ET LES EVALUER

A l'heure actuelle, les données probantes prouvant l'efficacité des interventions, qui, en combinant plusieurs stratégies (dont l'impact sur les groupes sociaux des politiques publiques), visent à réduire le gradient social, sont quasi inexistantes. Les approches théoriques concernant les modes de production de ces inégalités ne font pas l'objet d'un consensus international. Les modes d'intervention ne peuvent alors être basés que sur des hypothèses. Ceci ne doit pas bloquer l'action mais plaide pour la mise en place d'expérimentations et pour l'importance à donner à leurs évaluations.

Les expérimentations et leurs évaluations devraient pouvoir se déployer à différents niveaux territoriaux et sur tout ou partie de la lutte contre les inégalités sociales de santé (expérimentation concernant une politique régionale ou locale, un programme ou des actions).

Un élément clef de réussite sera dès lors la capacité à mettre en place des protocoles d'évaluation pertinents. Les actions portent en effet sur des déterminants multifactoriels, et aux effets de long terme le plus souvent, ce qui nécessite une réelle adaptation de nos cadres d'analyse.

Il est ici proposé de lancer un programme d'expérimentation, en s'inspirant de l'exemple des Pays-Bas (programme dont on peut prévoir une durée de cinq ans environ¹⁰⁴). Celui-ci se fera conjointement et dans le cadre de la stratégie globale de réduction des inégalités sociales de santé.

DESCRIPTIF

Mise en place d'expérimentations-évaluations dans un cadre national.

Elles peuvent être soit des projets pilotes, soit des recherches-actions-évaluation¹⁰⁵. Dans les deux cas, la méthodologie suivie et l'évaluation doivent être rigoureuses, afin de permettre leur généralisation en cas d'efficacité avérée.

Les expérimentations devraient être conformes à un cadre, défini au niveau national, ce qui déclencherait leur financement. À titre non exhaustif, ce cadre définirait :

- le contenu : une stratégie visant à réduire le gradient social. Plusieurs types de mesures combinées (de la santé dans toutes les politiques à des mesures plus ciblées) pourraient être favorisés ;
- le périmètre : il peut inclure une région entière, un programme particulier ou une action plus ciblée en particulier les contrats locaux de santé intersectoriels ;
- le caractère multipartenarial de l'expérimentation et de son évaluation devrait être favorisé ;
- un protocole d'évaluation rigoureux utilisant différentes méthodes devrait être présenté conjointement à l'expérimentation.

EXPERIENCES ETRANGERES

Les Pays-Bas ont basé leur stratégie de réduction des inégalités de santé sur un programme d'expérimentations locales soumises à des évaluations rigoureuses. Ces expérimentations portent à la fois sur les déterminants sociaux des inégalités de santé, en amont du système sanitaire, et sur le système de santé (prévention, développement des soins primaires).

Un programme de recherche a été lancé en 1989, afin d'évaluer les principaux déterminants de santé aux Pays-Bas. Puis, un vaste programme de douze expérimentations s'est déroulé durant six ans (entre 1995 et 2001). L'objectif poursuivi était de tester l'efficacité des interventions menées.

¹⁰⁴ Le programme d'expérimentations lancé aux Pays-Bas a duré 5 ans.

¹⁰⁵ La recherche-action est une action réunissant des chercheurs, des praticiens, et la population cible. L'idée clef est que la production d'un savoir se développe dans et par les groupes sociaux. L'accent est davantage mis sur la dimension interactive et éducative de l'action, que lors d'un projet expérimental (utilisation de méthodes randomisées)

Quatre axes stratégiques ont guidé les expérimentations : augmenter les revenus des plus défavorisés ; limiter les effets des problèmes de santé sur les résultats scolaires ; diminuer les facteurs de risques comme le stress au travail, le tabagisme, la nutrition ; améliorer la qualité et l'accessibilité des soins. Au terme de ces expérimentations, il est apparu que les interventions les plus efficaces portaient sur les conditions de travail d'une part et étaient locales ou ciblées d'autre part.

Les expérimentations et leurs évaluations présentent de l'intérêt, non seulement par les résultats qu'elles fournissent (l'intervention est-elle pertinente, bien conçue, efficace etc.), mais également de par le processus d'apprentissage collectif qu'elles instaurent entre acteurs, chercheurs, évaluateurs et institutionnels confrontés à une problématique nouvelle. Le dispositif probablement le plus adéquat est celui de la recherche-action-évaluation.

DIFFICULTES

Les interventions à évaluer sont complexes, combinant des stratégies de différents ordres (mesures ciblées et prise en compte de l'impact santé d'autres politiques). Par ailleurs, elles se déploient dans des contextes qui ne sont pas neutres et interagissent avec elles. Les cadres méthodologiques évaluatifs à utiliser ne font pas consensus au niveau international. Le pragmatisme plaide alors pour des évaluations accordant de l'importance aux processus et aux résultats intermédiaires dans un premier temps, les questions concernant l'efficacité globale devant être replacées dans une perspective de long terme.

EXISTANT

Il existe peu de données probantes à l'heure actuelle au niveau international concernant l'efficacité, mais également la nature des interventions à mener.

On peut toutefois s'inspirer des recommandations faites par les pays préoccupés par cette problématique, notamment en adaptant les exigences en fonction de l'horizon temporel (indicateurs de processus à court terme, indicateurs de résultats et de déterminants à moyen et à long terme) et en associant les concepteurs des actions et les chercheurs.

Au niveau international, plusieurs cadres évaluatifs sont en phase d'élaboration : certains analysent par exemple les interactions entre les participants et leur environnement (dont les évaluateurs), afin d'améliorer les projets et les pratiques¹⁰⁶. C'est ainsi le cas de « l'évaluation réaliste », qui considère que l'évaluation en tant que telle peut également contribuer à renforcer ou réduire les inégalités sociales de santé, par exemple en étant participative.

OBJECTIFS

- impulser des expérimentations et leurs évaluations au niveau infra-national dans un cadre de recherche-évaluation-action ;
- faciliter ces initiatives par un soutien du niveau national : choix des sites d'expérimentation, aide à l'élaboration des cahiers des charges des expérimentations et de leurs évaluations, aide au choix des équipes d'évaluation, des instances d'évaluation etc.

METHODE/OUTILS

- un financement spécifique pour les expérimentations et leurs évaluations qui doivent pouvoir faire appel à des équipes d'universitaires et d'évaluateurs ainsi qu'à la production de données socialisées ;
- suivi et remontée des expérimentations et de leurs évaluations au niveau national ;
- utilisation entre autres des compétences existantes en termes de connaissance de la santé et d'expertise en évaluation : présentes à l'EHESP notamment, mais également SFE, HCSP...
- les évaluations ne pourront être que du « sur mesure » : un guide méthodologique est superfétatoire.

¹⁰⁶ P. Blaise, B. Marchal, P. Lefèvre et G. Kegels « Au-delà des méthodes expérimentales : l'approche réaliste en évaluation », dans *Réduire les inégalités sociales en santé*, Santé en action, INPES, 2010.

VECTEUR NORMATIF

Inscrire ces expérimentations dans la prochaine loi de santé publique.

FICHE ACTION N° 3 : DEVELOPPER LA MESURE DU GRADIENT SOCIAL DANS LES INDICATEURS DE SANTE

ENJEUX

Les instruments de mesure dont on se dote déterminent pour une large part la capacité à agir et à suivre les résultats de son action. Si l'on veut agir sur les inégalités sociales de santé, deux choses sont importantes : premièrement, pouvoir suivre l'évolution des indicateurs de la politique de santé publique, catégorie socioprofessionnelle par catégorie socioprofessionnelle. Deuxièmement, assurer le suivi d'un certain nombre de données qui permettent de mieux connaître les inégalités sociales de santé.

Cet aspect de la question a fait l'objet d'une proposition détaillée de la part du Haut conseil de santé publique dans le cadre de son rapport de décembre 2009 sur les inégalités sociales de santé. La fiche action ci-dessous vise donc essentiellement à réaffirmer l'intérêt d'une telle démarche et à en envisager les modalités de mise en œuvre. Elle propose également d'étendre cette démarche à d'autres politiques publiques hors de la politique de santé : à l'heure actuelle, un travail de recherche est en cours sur un indice d'inégalités sociales face aux déterminants environnementaux de la santé.

EXISTANT

Le rapport du HCSP sur les inégalités sociales de santé a posé le constat que « *les inégalités sociales ne sont pas une priorité dans le domaine de la santé, mais [que] la santé n'apparaît pas non plus prioritaire lorsqu'on aborde les inégalités sociales* ». Symptomatiquement, le rapport pointe le fait que les études épidémiologiques ne comprennent pas toujours de données sociales ou économiques.

Le besoin en la matière est triple : produire des données pertinentes sous le double angle de la santé et des conditions socioéconomiques, sélectionner en leur sein des indicateurs de suivi de la politique de réduction des inégalités sociales de santé, et suivre ces indicateurs dans le temps.

Pour répondre à ces besoins, le HCSP propose :

- de choisir et de suivre un petit nombre d'indicateurs spécifiquement pertinents au regard de l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé et, plus largement, de suivre les indicateurs de santé publique dans une optique de gradient social, catégorie socioprofessionnelle par catégorie socioprofessionnelle. Il faut souligner ici que la proposition du HCSP ne se limite pas à un suivi de la dispersion des indicateurs : le Haut conseil propose d'aller plus loin en assurant le suivi par catégorie socioprofessionnelle, afin de mieux comprendre comment les groupes socioéconomiques peuvent être à l'origine d'évolutions des données de santé ;
- d'enrichir et de systématiser l'exploitation de source de données existantes, afin de disposer de données régulières sur les inégalités sociales de santé : il suggère ainsi d'intégrer à la base de données sur les certificats de décès la catégorie socioprofessionnelle de la personne décédée (ou son ancienne profession s'il s'agit d'une personne retraitée ou inactive) et de procéder à des analyses régulières de l'Echantillon démographique permanent ;

- de mieux connecter données de santé et données socioéconomiques générales, notamment en introduisant des données de santé dans certaines enquêtes socioéconomiques de l'INSEE (comme l'enquête Emploi), en intégrant un module « social » dans les enquêtes sur la santé ou sur des pathologies (à l'instar de ce qui se fait pour le VIH) et en développant un « indicateur de déprivation » qui permette de suivre le lien entre territoires, situation socioéconomique et état de santé. Sur ce dernier point, la fédération nationale des observatoires régionaux de santé a réalisé un travail pour rapprocher indicateurs socioéconomiques et données de santé au niveau cantonal, en cours de réactualisation¹⁰⁷ ;
- de développer la production de données locales et territoriales, afin de mieux mettre en évidence les liens entre disparités territoriales, sociales et sanitaires.

En termes de communication, le HCSP propose de publier tous les ans les indicateurs associés à la loi de santé publique, et de publier tous les cinq ans un rapport plus général de synthèse sur l'état des inégalités sociales de santé.

DESCRIPTION DE LA PROPOSITION

- identifier quels sont les indicateurs pertinents pour suivre les inégalités sociales de santé et leurs déterminants, en lien avec les travaux internationaux en cours, et les actualiser. Les indicateurs les plus communément mis en avant sont la mortalité prématurée et l'espérance de vie sans incapacité ;
- enrichir le dispositif statistique public afin de faciliter le suivi des inégalités sociales de santé et de leurs déterminants socioéconomiques, en s'appuyant sur les propositions du HCSP ;
- plus largement, suivre les évolutions par catégorie socioprofessionnelle d'un certain nombre d'indicateurs dans les différentes politiques publiques.

DIFFICULTES

Etat de l'information disponible.

Coût et faisabilité d'une connaissance plus fine. Définition du ou des acteurs en charge du suivi.

¹⁰⁷ FNORS, *Inégalités socio-sanitaires en France, de la région au canton*, collection Abrégés, édition Masson, 2006. Une nouvelle publication est prévue en novembre 2010.

Proposition 2 : donner à la stratégie un cadre et des outils

Une fois définie une stratégie se pose la question de sa mise en œuvre, ainsi que des outils et des méthodes qui seront mis à disposition des différents acteurs pour mener leurs interventions au niveau local.

Des outils existent déjà, mais leur utilisation pourrait être améliorée. C'est le cas de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS), dont l'utilisation a été favorisée par la révision constitutionnelle de 2008. Celle-ci pourrait toutefois être modifiée de trois points de vue :

- **en distinguant, dans l'évaluation d'impact institutionnelle, ce qui doit relever du porteur de projet et ce qui doit relever d'une instance d'évaluation extérieure** : confier aux ministères le soin d'évaluer et de chiffrer eux-mêmes les impacts sur la santé de leurs politiques présente le risque de rendre cette évaluation insincère. Il serait préférable de donner à l'analyse critique des impacts de chaque texte une dimension contradictoire en y associant des acteurs comme le Parlement ou la Cour des comptes. Cette évolution ne dispenserait toutefois pas le gouvernement de développer les compétences en matière d'évaluation d'impact sur la santé afin de mieux prendre en compte ces enjeux dans la préparation des projets de textes ;
- **en l'étendant à d'autres types de textes et à d'autres niveaux d'intervention** : l'extension de l'évaluation d'impact à quelques projets territoriaux cofinancés par l'Etat et les collectivités territoriales pourrait être une première étape - à distinguer des évaluations de risques effectuées à l'heure actuelle ;
- **en visualisant l'impact santé de façon différenciée selon les groupes sociaux** : Le rôle imparti à l'EIS est de réduire les impacts négatifs ou de renforcer les impacts positifs sur la santé que pourraient avoir différentes politiques. Celles-ci s'adressent à la population générale. Cet outil ne peut donc être considéré comme susceptible de réduire le gradient social de santé s'il ne prend pas explicitement en compte les effets différenciés selon les groupes de population et en se demandant comment ces différences affectent les groupes les plus vulnérables. Cette préoccupation devrait être intégrée à chaque étape de la démarche¹⁰⁸.

Des mécanismes de suivi et d'évaluation doivent également être mis en place, pour savoir ce qui est fait dans le cadre de la stratégie et en apprécier la portée. Cela implique :

- **l'élaboration d'un document de politique transversale « santé »**, qui doit permettre de concrétiser, dans le suivi de la performance des politiques publiques, la dimension transversale de la politique de santé ;
- **la mise en place d'une cellule de monitoring**, chargée de collecter les indicateurs pertinents, les résultats des expérimentations et les retours sur les pratiques des acteurs.

¹⁰⁸ L. Saint-Pierre, *EIS et inégalités*, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Institut national de santé publique du Québec, mars 2010

FICHE ACTION N° 4 : MIEUX INTEGRER DANS LES STRATEGIES DES POLITIQUES PUBLIQUES LA QUESTION DE LEUR IMPACT POTENTIEL SUR LA SANTE

1. Développer l'évaluation préalable de l'impact sur la santé des politiques publiques dans une perspective de réduction du gradient social, à tous les niveaux

ENJEUX

La connaissance précise du lien entre la santé et les autres politiques publiques est la condition indispensable d'une action sur les déterminants de santé situés hors du système de santé - environnement, cadre de vie, contexte socioéconomique...

Il est donc nécessaire de disposer d'outils permettant :

- d'anticiper et de suivre l'impact des politiques publiques sur la santé de la population et ses déterminants ;
- de porter des stratégies de collaboration entre les acteurs de la santé et les autres acteurs des politiques publiques.

L'OMS définit ainsi l'évaluation d'impact sur la santé : « Une combinaison de procédures, de méthodes et d'outils par lesquels une politique, un programme ou une stratégie peuvent être évalués selon leurs effets potentiels sur la santé de la population et selon la dissémination de ces effets dans la population ». Il s'agit d'un processus multidisciplinaire par lequel une politique ou un projet sont analysés afin de déterminer leurs effets potentiels sur la santé de la population générale ainsi que sur les différents groupes de population. Ce processus tient compte, en général, de l'opinion et des attentes de ceux qui peuvent être touchés par les retombées de la proposition. A partir des résultats de l'analyse, des recommandations sont émises préalablement à la décision¹⁰⁹. Différents types d'évaluation d'impact existent à l'heure actuelle, la tendance étant de chercher une meilleure intégration de ces différentes approches.

Tableau 10 : Quelques exemples d'évaluation d'impact

Evaluation environnementale stratégique	L'EES vise à évaluer les effets environnementaux d'une politique qui déterminera le cadre de toute autre évaluation d'impact sur l'environnement (Wright, 2005)
Evaluation d'impact intégrée (EII)	L'EII intègre au moins deux types d'évaluation prospective d'impact (Milner et al, 2005), dont l'évaluation des impacts des déterminants du développement durable. Ce type d'évaluation suppose qu'il y a eu une intégration a priori des principes et notions du développement durable dans l'élaboration des politiques publiques (OMS, 2001)
Evaluation d'impact social (EISoc)	L'EISoc vise à estimer de façon prospective les conséquences sur la société d'une action gouvernementale spécifique. Les impacts sociaux réfèrent aux conséquences pour la population d'une action qui modifie leurs façons de vivre, de communiquer, de répondre à leurs besoins etc. (Mindell et al., 2003)
Evaluation de l'impact humain (EIH)	L'EIH combine l'EIS et l'EISoc au niveau municipal. CE type d'évaluation a été développé en Finlande. Pour sa part, la Suède intègre dans son EIS l'impact social, les aspects environnementaux, les déterminants socioéconomiques de la santé et les conséquences sur la santé et sur les groupes de population affectés.

Source : groupe d'étude sur les politiques publiques et la santé, Québec

L'objectif est ici d'élargir la procédure de l'étude d'impact au-delà d'une approche centrée sur les risques et de développer cette procédure aux différents niveaux d'intervention des acteurs.

¹⁰⁹ Source : Centre d'analyse stratégique, colloque de janvier 2010, *Evaluation d'impact sur la santé : méthodes diverses d'analyse*.

RESULTAT ATTENDU

Permettre une meilleure connaissance des liens entre la santé et les politiques publiques en mettant en place à tous les niveaux d'action une méthodologie d'évaluation de l'impact sur la santé de l'action publique.

Développer les études d'impact au niveau territorial, dans la mesure où beaucoup d'actions concrètes sur les déterminants de la santé se font à ce niveau.

Ces études d'impact doivent être développées par groupes sociaux, pour éviter que les études d'impact n'étaient des mesures qui profitent en premier lieu aux catégories socioprofessionnelles favorisées.

EXISTANT

Dans sa version issue de la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008, le troisième alinéa de l'article 39 de la Constitution prévoit que la présentation des projets de loi doit satisfaire aux conditions fixées par une loi organique.

La loi organique du 15 avril 2009 dispose que les projets de loi déposés à compter du 1^{er} septembre 2009 doivent faire l'objet d'une étude d'impact, qui doit permettre d'évaluer les « *conséquences économiques, financières, sociales et environnementales, ainsi que [l]es coûts et bénéfices financiers attendus des dispositions envisagées pour chaque catégorie d'administrations publiques et de personnes physiques et morales intéressées, en indiquant la méthode de calcul retenue* ».

Les entretiens réalisés par la mission ainsi que les documents auxquels elle a eu accès mettent en évidence plusieurs éléments :

- malgré le faible recul sur le dispositif - la loi organique remontant à un peu plus d'un an - il semblerait que son appropriation par les différents acteurs concernés ait été relativement satisfaisante : le rapport d'information réalisé par l'Assemblée nationale indique que les obligations prévues par la loi organique sont dans l'ensemble correctement remplies ;
- les études d'impact prévues par la révision constitutionnelle ne concernent en revanche qu'un nombre limité de textes : elles ne sont pas obligatoires pour les textes de niveau réglementaire ni pour les délibérations des collectivités territoriales ;
- au sein de cet ensemble, la santé apparaît insuffisamment prise en compte, en partie du fait des difficultés de mobiliser des compétences spécifiques de santé publique ;
- le secrétariat général du gouvernement (SGG) a élaboré plusieurs outils en direction des ministères et notamment un « cahier des charges » listant les différentes questions à documenter. Y figurent des questions concernant la santé. Cependant, à l'heure actuelle, le ministère de la santé ne s'est pas positionné comme ressource possible au service des autres ministères pour leur proposer une aide facilitant les évaluations d'impact sur la santé qu'ils ont à mener.

Par ailleurs, en application de l'article 19 de la loi sur l'air du 30 décembre 1996, les études d'impact réalisées dans le cadre des installations classées pour la protection de l'environnement (industrielles et agricoles) ou lors de projets d'aménagement (projet routiers, ferroviaires...) doivent obligatoirement inclure une analyse des effets sur la santé. Dans ce cadre, la loi HPST, à son article 26, précise que l'ARS « *fournit aux autorités compétentes les avis sanitaires nécessaires à l'élaboration de plans et programmes et de toute décision impliquant une évaluation des effets sur la santé humaine* ». Ces études ciblent d'abord une évaluation des risques.

Dans la même optique, un guide méthodologique a été élaboré par l'Institut de veille sanitaire. Le cadre méthodologique adopté est celui de « l'évaluation quantitative des risques sanitaires » c'est-à-dire l'analyse des relations dose-effet de produits toxiques. Cette analyse des risques, pouvant être intégrée dans l'évaluation d'impact sur la santé, ne peut cependant s'y substituer.

Par arrêté du 1^{er} juillet 2002, un « Observatoire des pratiques de l'évaluation des risques sanitaires dans les études d'impact » (OPERSEI) a été créé au sein de la section des milieux de vie du Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Il avait pour objectif d'améliorer les pratiques des acteurs impliqués dans l'évaluation des risques sanitaires et d'apporter un appui aux agents du ministère de la santé en région qui doivent donner un avis sur la qualité des aspects sanitaires des études d'impact et les niveaux de risques estimés. Cet observatoire n'est plus opérant à l'heure actuelle.

EXPERIENCES ETRANGERES

Outre le dispositif français issu de la révision constitutionnelle de 2008, d'autres pays ont mis en place des mécanismes permettant d'évaluer préalablement l'impact sur la santé des dispositifs de politiques publiques. On peut notamment citer :

- l'article 54 de la loi sur la santé publique québécoise de décembre 2001, qui « *oblige les ministères et organismes du gouvernement à s'assurer que leurs décisions législatives n'ont pas d'effets négatifs sur la santé de la population* » et « *octroie également au Ministère de la Santé et des Services sociaux un pouvoir d'initiative qui lui permet de proposer des avis pour promouvoir la santé* »¹¹⁰ ;
- la mise en place à compter de 2 000 au niveau de l'Union européenne d'études d'impact des projets de textes communautaires, incluant un volet santé. Harmonisées depuis la publication en 2009 de lignes directrices sur les études d'impact, elles comprennent trois volets complémentaires (économique, social et environnemental) et sont sous la responsabilité de la direction générale chargée de l'élaboration du texte.

Des entretiens réalisés par la mission, il ressort que ces différents dispositifs se heurtent à plusieurs types de difficultés, parmi lesquelles :

- la nécessité que la démarche d'étude d'impact soit portée par une volonté politique forte, au plus haut niveau, pour éviter qu'elle ne se réduise à un processus formel ;
- la difficulté de quantifier précisément l'impact économique et financier des projets de réformes, compte tenu de la complexité des modèles mobilisés.

DESCRIPTION DE LA PROPOSITION

Pour les évaluations d'impact prévues par la révision constitutionnelle, identifier une cellule, au niveau du ministère de la santé. Elle serait chargée de faire une veille stratégique de l'ensemble des projets de loi, d'en faire une « analyse sommaire » (premier stade de l'évaluation d'impact sur la santé) afin d'identifier les impacts potentiels qui mériteraient d'être documentés. Elle aurait aussi pour rôle de développer une attitude proactive en direction des autres ministères en leur proposant leur expertise en santé, de mobiliser les données significatives etc. Ces fonctions devraient intégrer une perspective de réduction de gradient social et, pour être plus efficaces, mériteraient d'être organisées de façon transversale à l'ensemble des directions. Le ministère de la santé devrait être positionné en appui au service du secrétariat général du gouvernement et des autres ministères.

Développer les évaluations d'impact dans les projets territoriaux. Une solution envisageable pourrait être de sélectionner au niveau régional un certain nombre de projets cofinancés par l'Etat et les collectivités territoriales pour expérimenter la réalisation d'une étude d'impact santé préalable soucieuse des différents groupes sociaux et plus globale qu'une évaluation quantitative des risques.

DIFFICULTES

Travail d'acculturation préalable important pour sortir de l'approche par les risques et développer une approche constructive.

¹¹⁰ *L'application de l'article 54 de la loi sur la santé publique du Québec*, Note documentaire du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Québec, 2008.

VECTEUR NORMATIF

Pas de modification normative pour introduire des évaluations d'impact sur la santé au niveau régional du fait de l'article 26 de la loi HPST.

2. Renforcer la dimension contradictoire de l'évaluation d'impact sur la santé

EXISTANT

Les études d'impact prévues par la révision constitutionnelle de 2008 sont réalisées par les ministères porteurs du projet, avec l'appui du secrétariat général du gouvernement, qui a mis en place un réseau de correspondants dans chaque ministère.

Malgré son intérêt, cette procédure se heurte au risque que l'étude d'impact ne se cantonne à un processus formel, le porteur du projet ne souhaitant pas mettre en évidence ses éventuels risques ou impacts négatifs.

DESCRIPTION DE LA PROPOSITION

Concernant l'évaluation d'impact stratégique sur la santé :

- confier à chaque ministère le soin, dans le cadre de son programme de travail, d'identifier et d'évaluer la façon dont s'articulent ses projets de réforme et les enjeux de santé de la population ;
- confier au secrétariat général du gouvernement, appuyé du ministère de la santé, le rôle d'apprécier la qualité et la sincérité de cette évaluation stratégique.

Concernant la contre-expertise en matière d'évaluation d'impact sur la santé :

- développer le rôle de la cour des comptes ou du Parlement sur les projets de textes du gouvernement ;
- assurer la publication de ce travail de contre-expertise.

Evaluer l'impact sur les besoins en effectifs et sur l'organisation des différents acteurs impliqués : ministère de la Santé, Parlement et Cour des comptes.

FICHE ACTION N° 5 : CREER UNE STRUCTURE LEGERE DE MONITORING

ENJEUX

La politique de réduction des inégalités sociales de santé est appelée à mobiliser l'ensemble des politiques publiques et suppose le déploiement de mesures diversifiées. Il faut donc s'assurer d'avoir une connaissance transversale des actions menées dans le cadre de la nouvelle stratégie proposée et disposer d'un interlocuteur administratif unique au niveau national.

On peut employer le terme de « monitoring » pour désigner l'observation des activités relevant de la lutte contre les inégalités sociales de santé. Ce travail, qui se penche sur les conditions de mise en œuvre, de réalisation ainsi que sur les résultats des actions menées sur le terrain pour réduire les inégalités sociales de santé, doit être distingué du suivi des indicateurs de mesures des inégalités sociales de santé et de leur évolution. Il s'agit ici d'apprécier le degré de déploiement des actions et activités et de décrire notamment les écarts observés au regard des activités prévues.

RESULTAT ATTENDU

Assurer la mise en cohérence des mesures déployées dans le cadre de la stratégie d'actions et des modalités de leur suivi.

EXISTANT

Chaque ministère dispose d'un, voire de plusieurs systèmes d'information permettant de suivre les mesures qu'il met en œuvre. L'enjeu sera donc de coordonner le suivi et l'exploitation des données, au sein de ces systèmes, relatives à la stratégie de lutte contre les inégalités sociales de santé.

DESCRIPTION DE LA PROPOSITION

Mise en place d'une structure légère de monitoring permettant de récupérer les informations nécessaires en centralisant les données collectées dans les différents ministères et en s'assurant de l'utilisation de critères pertinents dans les systèmes d'information concernés.

Faire de cette structure un « guichet unique », interlocuteur bien identifié par les différents protagonistes et s'assurant d'une cohérence d'ensemble dans la mise en œuvre des différents axes de la stratégie d'actions : recherche, actions déployées sur le terrain, médiatisation...

Faire une revue systématique et un bilan de façon régulière (une fois tous les 2 ou 3 ans) des interventions développées, qui pourrait donner lieu à un débat.

METHODE

Cette structure de monitoring serait positionnée différemment selon le portage politique retenu. Il s'agirait d'une structure légère, associant *a minima* un représentant du ministère de la Santé, un représentant de la structure qui jouerait le rôle de centre de ressource sur ces sujets, un représentant du HCSP et un représentant du SGG.

Le monitoring repose notamment sur la mise en place d'une observation adéquate, de tableaux de bord, et d'indicateurs spécifiques et suppose de communiquer sur les états d'activités. Pour assurer sa pérennisation, il devrait être intégré aux systèmes d'information existants. La présence au sein de la structure de spécialistes des systèmes d'information apparaît donc indispensable.

DIFFICULTES

L'intégration de modalités d'interventions nouvelles dans les politiques publiques mobilisées, notamment la prise en compte des groupes sociaux dans les actions, pose de nombreuses difficultés d'ordre institutionnel et technique. Ces difficultés se rajoutent aux difficultés plus habituelles de collecte d'informations provenant de systèmes d'information et d'acteurs variés, dont les collectivités territoriales.

FICHE ACTION N° 6 : CONSTRUIRE UN DOCUMENT DE POLITIQUE TRANSVERSALE**ENJEUX**

La vision des inégalités sociales de santé reste à l'heure actuelle très largement cantonnée au système de soins et, dans le meilleur des cas, au système de santé. Or de nombreuses actions relevant d'autres politiques publiques pourraient contribuer à réduire les inégalités sociales de santé : politiques de transport, politique du logement, droit du travail, politique agricole...

Mettre en évidence les contributions à la réduction des inégalités sociales de santé de ces différentes politiques publiques, et de l'ensemble des acteurs qui les portent, permettrait de développer une acception des politiques de santé dans l'esprit des acteurs qui ne soit pas cantonnée à l'accès aux soins ou à la prévention médicalisée.

La consolidation des différentes actions menées au sein d'un document de politique transversale permettrait :

- d'identifier quelles sont les contributions des autres politiques publiques que l'on juge pertinentes pour développer une vision large des déterminants sociaux de la santé ;
- de les assortir d'indicateurs de performance.

RESULTAT ATTENDU

Elaborer un document de politique transversale « réduction des inégalités sociales de santé » permettrait de concrétiser cette stratégie et de l'assortir d'indicateurs de performance. Ce document de politique transversale permettrait également de prendre en compte ce que font les autres acteurs hors Etat - au premier rang desquels les collectivités territoriales et les associations.

DESCRIPTION DE LA PROPOSITION

La mise en place d'un document de politique transversale implique :

- **une présentation de la politique transversale**, la liste des programmes qui y contribuent, et la présentation de la manière dont ceux-ci participent, au travers de différents dispositifs, à cette politique transversale, et la mettent en œuvre ;
- **une présentation stratégique** qui expose la stratégie globale d'amélioration des performances de la politique transversale, suivie de la présentation par axe stratégique des objectifs et *indicateurs de performance* retenus et des valeurs associées ;
- **la présentation des principales dépenses fiscales** concourant à la politique transversale ;
- **une table de correspondance des objectifs** permettant en cas de besoin de se référer aux différents projets annuels de performances pour obtenir des compléments d'information ;
- **une présentation détaillée de l'effort financier consacré par l'État** à la politique transversale pour l'année à venir (PLF 2010), l'année en cours (LFI 2009) et l'année précédente (exécution 2008).

L'objectif est d'inciter les différents ministères à suivre un certain nombre d'indicateurs de réduction des inégalités sociales de santé dans leur champ de compétence.

METHODE

Définir le périmètre de ce que l'on entend par « réduction des inégalités sociales de santé », sachant que cette définition est nécessairement tributaire de la stratégie d'action retenue et de ses priorités.

Identifier les ministères que l'on souhaite impliquer dans la démarche, en ciblant des thématiques prioritaires en matière d'approche interministérielle.

Définir la responsabilité de chaque ministère impliqué, et les indicateurs correspondants.

DIFFICULTES

La première difficulté est d'ordre méthodologique : le document de politique transversale ne doit pas conduire à gonfler artificiellement les crédits consacrés à la politique de santé, mais bien montrer dans quelle mesure les autres politiques publiques contribuent à réduire les inégalités sociales de santé. La définition du périmètre retenu et sa justification en ouverture du DPT revêtent donc une importance particulière.

Un document de politique transversale n'est que la consolidation d'objectifs et d'indicateurs suivis dans les différents projets annuels de performance. Cela suppose en amont que la lutte contre les inégalités sociales de santé prenne une dimension concrète et effective.

VECTEUR NORMATIF

Base législative : en application de l'article 128 de la loi de finances rectificative pour 2005 n°2005-1720 du 30 décembre 2005, des documents de politique transversale sont présentés sous forme d'annexe générale au projet de loi de finances de l'année.

La création d'un nouveau document de politique transversale doit se faire dans la loi de finances de l'année.

FICHE ACTION N° 7 : RENDRE LE MINISTÈRE DE LA SANTÉ EXEMPLAIRE

L'État, et en son sein le ministère de la Santé, est loin d'être le seul acteur en matière de déterminants sociaux de santé et de leviers d'action pour réduire les inégalités sociales de santé. Mais en tant que garant de la politique nationale de santé, il doit être exemplaire. Cette fiche vise à synthétiser les grandes fonctions que le ministère de la santé devrait remplir pour jouer pleinement son rôle dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Au niveau national :

- 1. dans la mise à l'agenda de la stratégie**, quelle que soit l'option de portage politique qui a été retenue, jouer un rôle moteur dans la fonction d'argumentation et de médiatisation des inégalités sociales de santé.

S'il lui est confié le portage politique, c'est à lui qu'il revient de garantir un processus d'élaboration participatif puis d'assurer le suivi de la stratégie ;

- 2. concernant les missions qui relèvent de sa compétence propre**

- insérer un axe spécifique de réduction du gradient social dans l'ensemble des dispositifs qu'il pilote et se donner les moyens de l'évaluer : programmes nationaux thématiques de santé, contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec les agences régionales de santé...
- impulser le débat sur les inégalités sociales de santé et la stratégie dans les instances de démocratie sanitaire, en apportant une aide spécifique en matière d'organisation, d'ingénierie, de financement...
- soutenir l'acquisition de compétences au niveau national et dans le réseau régional pour ne pas restreindre les politiques de lutte contre les inégalités sociales de santé aux mesures en direction des populations précaires ;
- impulser et faciliter le lancement d'actions pilotes et d'expérimentations ;
- porter conjointement des mesures visant l'ensemble de la population et des mesures ciblées sur les populations les plus fragiles ;

- 3. en devenant une ressource pour les autres ministères.**

- s'organiser pour faciliter, au niveau central, une veille stratégique et une attitude proactive dans la prise en compte de la santé dans toutes les politiques et la facilitation des évaluations d'impact sur la santé ;
- acquérir les compétences méthodologiques pour prendre en compte la santé dans toutes les politiques : amélioration des compétences en matière d'évaluation d'impact, de définition d'indicateurs pertinents... ;
- mobiliser des données discriminées par groupes sociaux pour faciliter les évaluations d'impact sur la santé faites par les autres ministères ;

- 4. dans le partenariat avec les autres ministères**

- faire évoluer le système d'information propre à la santé pour visualiser des informations socialisées et permettre le monitoring des mesures prises ;
- impulser une nouvelle stratégie de recherche et renforcer une fonction continue d'observation locale intersectorielle ;
- participer à l'évaluation de la politique nationale de lutte contre les inégalités sociales de santé ;
- participer au dispositif interministériel d'acquisition de compétences ciblant les supérieurs hiérarchiques.

Au niveau du réseau régional (ARS) :**1. concernant les missions qui relèvent de sa compétence propre**

- introduire un objectif de réduction des inégalités sociales de santé dans l'ensemble des dispositifs pilotés, en premier chef dans le projet régional de santé mais également dans les programmes et les schémas ;
- mettre sur pied des processus d'évaluation multipartenariaux de ces dispositifs ;
- doter le DG ARS d'un rôle spécifique en comité de l'administration régionale instillant une préoccupation d'effets sur les inégalités sociales de santé des politiques menées par les directeurs des services de l'Etat en région ;
- réserver une séance annuelle du conseil de surveillance à cette thématique, en y invitant la DIRECCTE et la DREAL ;
- demander un avis spécifique à la conférence régionale de santé et d'autonomie sur la réduction des inégalités sociales de santé et faciliter l'organisation par celle-ci de débats publics sur ce thème ;
- soutenir des contrats locaux de santé intersectoriels avec les collectivités territoriales ainsi que des contrats locaux de santé avec le secteur privé, notamment les entreprises ;
- insérer un volet « réduction des inégalités sociales de santé » dans les contrats de projet État-régions renouvelés en 2013, ainsi que dans les futurs contrats urbains de cohésion sociale et contrats locaux de santé ;
- faciliter les expérimentations et les actions pilotes ;
- favoriser, dans les avis sanitaires, le passage d'une approche centrée sur le risque à une approche d'impact santé ;
- intégrer dans les critères de financement des projets locaux la participation des bénéficiaires ;
- impulser l'acquisition de compétences des agents en fonction de leurs missions concernant la stratégie de réduction du gradient social ;

2. en devenant une ressource pour les autres acteurs

- faciliter l'accès à des données socialisées de santé ;
- être ressource en termes de méthodologie, d'analyse de données, d'ingénierie pour les acteurs voulant développer l'évaluation d'impact sur la santé ;
- aider la conférence régionale de santé et d'autonomie à la tenue de débats publics sur les inégalités sociales de santé et la stratégie de réduction ;
- faire des ARS des facilitateurs du débat sur la réduction des inégalités sociales de santé au sein des instances de démocratie locale ;

3. en partenariat avec d'autres acteurs

- participer à un guichet unique d'observation locale intersectorielle ;
- s'associer aux pôles de compétences pour garantir une cohérence méthodologique et des prestations.

Proposition 3 : soutenir les initiatives régionales et locales

Parce qu'il est plus facile d'y adopter une vision transversale des politiques publiques, le niveau local, notamment communal, a vu se développer de nombreuses initiatives, soutenues par les habitants, visant à sortir la politique de santé du système de santé. Dans certains cas, cette approche s'est accompagnée d'un effort de lutte contre les inégalités sociales de santé. Valoriser et soutenir ces initiatives présente un double avantage : d'une part, cela permet de mieux communiquer sur les inégalités sociales de santé, en facilitant des actions de proximité ; d'autre part, cela permet de disposer de retours sur expériences à un niveau où il est plus facile de conduire des actions transversales. La mission a identifié quatre besoins en matière de soutien aux stratégies locales :

- **renforcer l'articulation entre observateurs et producteurs de données** : l'observation sociale et sanitaire locale est un sujet ancien, qui s'est notamment développé dans le cadre de la politique de la ville. La multiplication des observatoires (qui peuvent atteindre la cinquantaine au sein d'une même région) sans mise en cohérence n'a toutefois pas permis d'assurer une offre d'information complète et unifiée au profit des décideurs et des porteurs de projets. Ceci suppose de faire évoluer les modes de fonctionnement pour répondre à deux besoins complémentaires : celui de disposer d'une fonction d'observation locale capable de remplir les grands besoins d'information des acteurs, et celui d'offrir un guichet identifié et accessible pour accéder à cette information. Une réflexion pourrait être menée afin d'offrir aux porteurs de projets, et notamment aux collectivités territoriales, un guichet unique pour les informations sanitaires et sociales (voire couvrant des politiques de logement, d'urbanisme, de formation...) dont elles auraient besoin. Cela suppose d'effectuer un travail de recensement des structures d'observation existantes, et de réunir les détenteurs d'information pour proposer un mode de mise à disposition de l'information qui leur convienne. L'ARS devrait y participer systématiquement ;
- **mobiliser le débat démocratique et rendre les processus les plus participatifs possible** : au niveau national, la définition de la feuille de route pour lutter contre les inégalités sociales de santé devrait faire l'objet d'un débat public. Au niveau régional, des débats publics rendus possibles par la loi « HPST » pourraient se faire sous l'égide de la conférence régionale de santé et d'autonomie. Par ailleurs dans le cadre de l'avis réglementaire demandé sur le projet régional de santé, un volet spécifique pourrait porter sur la façon dont la lutte contre les inégalités sociales de santé est mise en œuvre. Pour éviter de réduire cet exercice au système sanitaire, la CRSA pourrait, préalablement à son avis, auditionner des acteurs extérieurs au système de santé contribuant à cette politique. En outre, démocratie sanitaire et démocratie locale pourraient être mieux articulées, en s'appuyant notamment sur les conseils de quartiers des collectivités locales ;
- **confier aux ARS un rôle d'appui** et les rendre exemplaires en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé. Le DG d'ARS en tant que membre du comité de l'administration territoriale (CAR) pourrait porter la « santé dans toutes les politiques » auprès des différents services de l'État en région. La mesure et la prise en compte du gradient social dans l'ensemble des dispositifs pilotés par l'ARS (programmes, schémas...) doit devenir systématique. Par ailleurs, la coordination entre les fonctions de programmation et de financement des actions de terrain remplies par les ARS et le rôle d'appui méthodologique des pôles de compétences est indispensable, afin de mettre à disposition des porteurs de projets une offre de service cohérente. Ces derniers sont en effet susceptibles de faire appel aux pôles de compétences pour les aider à élaborer leurs projets, projets qu'ils soumettront dans un deuxième temps à l'ARS dans le cadre d'une demande de financement ;

- **prendre en compte les inégalités sociales de santé dans les outils de contractualisation existants** entre Etat et collectivités, comme les contrats locaux de santé, les contrats urbains de cohésion sociale, les contrats de projets Etat-région¹¹¹. La dimension transversale des contrats locaux de santé pourrait ainsi être renforcée en les soumettant à une signature tripartite du préfet, de l'ARS et de la collectivité territoriale concernée. En outre, le sujet de l'articulation entre les actions « santé » de la politique de la ville (volet « santé » des contrats urbains de cohésion sociale et ateliers santé ville) et les contrats locaux de santé devrait faire l'objet d'une articulation soignée - afin de vérifier la cohérence à la fois des actions envisagées et des financements dont elles bénéficient. Par ailleurs, des contrats avec des entreprises seraient à développer, afin de mieux prendre en compte les déterminants liés au milieu de travail notamment.

¹¹¹ Ce volet serait en sus du volet « développement durable et cohésion sociale » existant d'ores et déjà. Les CPER sont renouvelés en 2013 et sont calés sur le calendrier des fonds européens, eux-mêmes susceptibles de porter sur cette thématique.

FICHE ACTION N° 8 : PRENDRE EN COMPTE LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE DANS LA POLITIQUE DE LA VILLE ET LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE

1. Prendre en compte les inégalités sociales de santé dans les actions des contrats locaux de santé

ENJEUX

Au regard de l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé, le Contrat Local de Santé (CLS), créé par la loi HPST, représente une réelle opportunité. En effet, il est à la fois local et partenarial, tout comme les actions considérées comme efficaces dans la littérature internationale. Il bénéficie de l'expérience d'autres dispositifs de contractualisation déjà développés en matière de santé, comme les ateliers santé ville dans le cadre de la politique de la ville, ou les dynamiques initiées en milieu rural dans le cadre de l'aménagement du territoire.

Composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers, la conférence de territoire au sein de chaque territoire de santé est chargée, aux termes de la loi HPST, de donner son avis sur les contrats locaux de santé. L'existence de contrats locaux de santé ayant intégré un objectif de réduction de gradient social est une bonne occasion pour sensibiliser la conférence à la problématique des inégalités sociales de santé et accompagner l'évolution vers plus d'intersectorialité.

Cependant, le risque existe que la contractualisation n'aborde la question des inégalités sociales de santé que sous l'angle de l'offre de soins. La mission considère qu'une impulsion doit être donnée au niveau national pour encourager une contractualisation plus large, dans des politiques non sanitaires. Il importe en effet de ne pas se restreindre au champ de compétences de l'ARS, mais d'inclure des actions sur l'ensemble des déterminants de santé, ce qui suppose de prendre en compte :

- les politiques d'État comme l'éducation nationale, ou partagées comme la politique du travail ;
- les politiques relevant des collectivités territoriales, lorsque celles-ci se portent volontaires pour contractualiser sur leur champ de compétences, comme l'aménagement du territoire, l'urbanisme, le logement.

DESCRIPTIF

Plusieurs solutions sont proposées en ce sens :

1. Faire participer des ministères comme le ministère en charge de l'éducation nationale, le ministère en charge de l'agriculture, ou encore le secrétariat général du gouvernement à l'appui aux contrats locaux de santé. Cet élargissement permettra d'offrir un appui technique aux collectivités souhaitant contractualiser sur une politique globale ou sur des actions ponctuelles de réduction des inégalités sociales de santé ;
2. Systématiser un contrat à trois signatures minimales : le DG ARS, le préfet, et la collectivité. D'autres partenaires tels que l'éducation nationale peuvent s'engager ;
3. Sélectionner les territoires prioritaires pour contractualiser, en intégrant les données socio-économiques et l'état de santé de la population, sans se restreindre toutefois aux CUCS.

EXPERIENCES ETRANGERES

Dans les « contrats locaux d'objectifs de service public » au Royaume-Uni, le niveau local est identifié comme essentiel. Les autorités locales concluent avec le gouvernement central des contrats locaux de service public (*local service agreements*), en s'accordant sur des objectifs concernant la réduction des inégalités sociales de santé. Elles sont récompensées si ces objectifs sont atteints. Le ministère de la santé offre une multitude de services : guide, base de données pour évaluer l'état de santé d'une population sur un territoire donné, mutualisation d'expérimentations locales...

OUTILS

Un Cahier des charges national est prévu facilitant l'élaboration et la mise en œuvre des contrats locaux de santé quels que soient leurs objectifs.

Pour les contrats locaux de santé intégrant un objectif de réduction du gradient social, plusieurs points revêtent une importance particulière :

- la nécessité de disposer d'une observation locale intersectorielle et d'un diagnostic territorial partagé ;
- l'appui sur des lieux de démocratie locale (voir la fiche action n° 9 sur la démocratie locale) ;
- la possibilité de développer des actions pilote ayant un aspect intersectoriel : EIS concernant des projets locaux, actions en direction de l'enfance articulant parentalité, modes de garde etc. ;
- l'importance à donner au processus évaluatif qui, du moins au départ et pour certains contrats, pourrait élargir à l'expérimentation-recherche-évaluation.

DIFFICULTES

1. Une articulation entre le volet santé des CUCS et les CLS devra être recherchée¹¹² :

Si le territoire est identique, un outil unique doit être mis en place : cela suppose que le préfet de département, ordonnateur secondaire des crédits de la politique de la ville, et le directeur général de l'ARS, signataire systématique des contrats locaux de santé, se coordonnent en amont ;

Si les deux territoires diffèrent mais se recoupent :

- les financements des actions en zone CUCS devront être coordonnés
- les coordonnateurs ASV+ CLS devront assurer la cohérence des actions dans leur mise en œuvre ;
- des critères d'évaluation communs devront être déterminés.

2. Les financements respectifs de l'ARS, de la préfecture et des collectivités doivent être clairement établis, et affectés précisément (sans oublier le coût de l'évaluation).

¹¹² La circulaire du 20 janvier 2009 relative à la consolidation des dynamiques territoriales de santé au sein des CUCS et préparation de la mise en place des CLS prévoit que le DG ARS soit cosignataire des CUCS. Cependant rien n'est précisé, à l'heure actuelle, selon les informations de la mission, entre CLS et CUCS.

2. Contractualiser avec des entreprises

ARGUMENTAIRE

Les entreprises sont des acteurs incontournables en matière de promotion de la santé, à un double titre :

- les conditions de travail sont un déterminant majeur de l'état de santé d'une population ;
- certains produits ou services peuvent avoir un impact important sur la santé : alimentation, normes industrielles ou environnementales de production...

Des contraintes réglementaires s'assurent de normes de santé et de sécurité essentielles pour les employés et les habitants (via l'action de la police des installations classées pour la protection de l'environnement, par exemple). L'employeur a par ailleurs une obligation de résultats en matière de santé et de sécurité des salariés de son entreprise. Elle se traduit par la production, chaque année, d'un document unique prévu par l'article R. 4121-1 du code du travail, retraçant l'ensemble des risques liés à son activité. Par ailleurs, les grandes entreprises ont désormais l'obligation de publier un rapport de responsabilité sociale chaque année.

Pour autant, les cadres actuels ne sont guère incitatifs pour promouvoir plus globalement la santé dans son acception la plus large, au-delà de la prévention des risques, sur le lieu de travail. Des initiatives isolées existent, mais ne sont pas toujours reliées à leur impact sur la santé (exemple des crèches d'entreprises), ni suffisamment relayées. Enfin, la question des risques psychosociaux au travail (stress, harcèlement, violences au travail) est désormais la première cause de consultation pour pathologie professionnelle¹¹³ et amène à s'interroger de façon large sur la santé des salariés dans l'entreprise.

DESCRIPTIF

Proposer des contrats locaux de santé aux entreprises, qui devront le cas échéant être cohérents avec les modes de contractualisation développés dans le cadre de la politique de santé au travail. Les collectivités qui le souhaitent pourront être partenaires.

DIFFICULTES

Le risque d'éventuels effets d'aubaine ou d'affichage nécessite un suivi rigoureux par l'ARS en lien avec la CARSAT. Une vigilance particulière devra être accordée aux conflits d'intérêt en jeu.

Eviter l'effet « label » : un financement associé doit être prévu.

¹¹³ Source : AFSSET (Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement).

FICHE ACTION N° 9 : IMPLIQUER LES INSTANCES DE DEMOCRATIE LOCALE ET SANITAIRE

En matière d'inégalités sociales de santé et de gradient social, les processus participatifs¹¹⁴ ou démocratiques, que ces derniers fassent appel à la démocratie représentative (via les représentants élus), à la démocratie sociale (via les partenaires sociaux), à la démocratie sanitaire (via des instances *ad hoc* comme les conférences de santé) ou à une forme de démocratie participative (impliquant directement les populations concernées par le débat public), doivent être particulièrement pris en compte pour plusieurs raisons :

- parce qu'il s'agit d'une politique transversale à l'ensemble des problématiques pour laquelle le consensus politique et sociétal reste fragile ;
- parce que les connaissances en la matière de réduction du gradient social restent lacunaires et qu'il s'agit alors de prendre des décisions dans un monde particulièrement incertain ;
- parce que la participation des groupes sociaux les plus fragiles à la conception des interventions qui les ciblent comme à leur évaluation, ce qu'on qualifie usuellement de « participation des habitants » est considérée au niveau international comme gage d'efficacité¹¹⁵. L'argument n'est pas ici celui de la démocratie mais plutôt de l'efficacité des mesures. Il s'agit de reconnaître un « savoir » des populations, construit à partir de leurs expériences et qui favorise la conception et la mise en œuvre efficace des mesures, sur le modèle de la démarche de santé communautaire¹¹⁶ mise en œuvre notamment au Québec.

1. Utiliser les leviers de la démocratie locale

ARGUMENTAIRE

Les questions de santé, vues très souvent sous l'angle du bien être de la population, sont de plus en plus investies par les collectivités territoriales, en particulier les communes, notamment dans le cadre de l'agenda 21. Les plans locaux de santé se multiplient, développant progressivement, à côté de thématiques proches du système de soins et d'actions sur les comportements (toujours prépondérantes), une vision intersectorielle qui intègre des axes santé dans des politiques locales sociales, de transport, de logement... Un même mouvement se dessine depuis plusieurs années dans l'élaboration de « projets territoriaux de santé » déployés dans le cadre des lois d'aménagement du territoire, souvent d'ailleurs à partir des « pays ». Certaines collectivités ont choisi un autre modèle en individualisant des axes « santé » dans les différents documents de diagnostics et d'orientation afférents à leurs politiques.

Ces projets sont discutés dans des « conseils locaux de santé » créés spécifiquement ou dans les instances de démocratie locale existantes. Par ailleurs, en application de la loi du 27 février 2002, l'article L. 2143-1 du code général des collectivités territoriales prévoit que les communes de plus de 20 000 habitants peuvent se doter de conseils de quartier¹¹⁷.

¹¹⁴ Les processus participatifs relèvent de l'introduction d'une représentation d'usagers de prestations dans le déploiement de mesures dont ils sont bénéficiaires.

¹¹⁵ Comme le met notamment en valeur le rapport de l'UIPES, *L'efficacité de la promotion de la santé, agir sur la santé publique dans une nouvelle Europe*, Rapport pour la Commission européenne, janvier 2000.

¹¹⁶ Démarche consistant à intégrer la population ou certains de ses acteurs clé à la gestion et la mise en œuvre de l'action de santé. Cette démarche est particulièrement ancrée dans des provinces comme le Québec. En France, les ateliers santé ville l'ont souvent utilisée.

¹¹⁷ En application de l'article L. 2143-1 du code général des collectivités territoriales, ces conseils sont obligatoires dans les communes de plus de 80 000 habitants, et facultatifs dans les communes de 20 000 à 79 999 habitants.

 EXISTANT

Les collectivités territoriales disposant des leviers nécessaires à une approche large des politiques de santé (compétences en matière de cadre de vie, de transports...), sans que cela soit toujours explicite. Par ailleurs, les expériences innovantes telles que la prise en compte de la santé dans toutes les politiques, que ce soit à travers des interventions thématiques ou via la systématisation des évaluations d'impact sur la santé (EIS), se multiplient au niveau local sous l'impulsion de certaines collectivités locales engagées dans des réseaux internationaux – comme le réseau des villes santé de l'OMS – ou des associations – comme « Élus, santé publique et territoires ».

Parmi les évolutions récentes figurent les dispositions de la loi HPST et de ses décrets d'application, qui favorisent l'identification de territoires de projets correspondant souvent aux initiatives des collectivités territoriales.

 DIAGNOSTIC

La « démocratie sanitaire », dans les instances prévues par la loi HPST, demeure centrée sur le système de santé (pratiques cliniques préventives, éducation pour la santé...). La « démocratie locale » approche les problèmes de santé de façon souvent implicite, via le bien-être des populations (aménagement du territoire, isolement social, violences, pollution, etc.). Le lien entre les deux modèles de démocratie n'est pas fait systématiquement.

Par ailleurs, l'approche intersectorielle n'est pas suffisante à elle seule pour agir sur le gradient social si elle n'est pas complétée par une action diversifiée selon les groupes sociaux. Elle a tout à gagner à être explicitée et mise en débat localement, y étant appréhendée plus facilement à ce niveau.

 DESCRIPTIF DE LA PROPOSITION

Elaborer des partenariats forts entre ARS et collectivités territoriales pour mettre les inégalités sociales de santé en débat au sein des instances de démocratie locale : par exemple, la contractualisation avec les collectivités territoriales pourrait permettre de soutenir des débats sur la problématique des inégalités sociales de santé. Pour illustration, l'ARS peut ainsi contractualiser le fait de mettre à l'ordre du jour des conseils de quartiers un débat de ce type en s'engageant à le faciliter par la mise à disposition de ses ressources en termes d'ingénierie, d'observation territorialisée et de financement et en y participant à titre d'expert parmi d'autres. Cet axe pourrait apparaître dans le cadre de processus de contractualisation comme les contrats locaux de santé.

Chaque fois que possible, ne pas distinguer, au niveau local, instance spécifique de débat sur la santé et lieu de démocratie locale et intégrer le débat sur la santé dans cette dernière.

L'objectif est de favoriser la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les instances de démocratie locale et faire le lien entre démocratie sanitaire et démocratie locale.

2. Développer le rôle des Conférences Régionales de Santé et de l'Autonomie sur les inégalités sociales de santé

 ENJEUX

Comme l'est la conférence nationale de santé et de l'autonomie au niveau national, les conférences Régionales de santé et de l'autonomie (CRSA) sont les instances qui portent à démocratie sanitaire. Elles sont introduites dans les processus de consultation lors de l'adoption des politiques et programmes de santé ainsi que des schémas. Elles peuvent également prendre l'initiative de débats publics sur les thèmes qu'elles jugent importants¹¹⁸. Ce sont également les instances qui représentent les différents corps constitués intervenant dans le champ de la santé : leur fonction représentative s'étend même au-delà puisqu'elles intègrent également les élus locaux.

¹¹⁸ Article L. 1432-4 de la loi HPST.

Les conférences représentent ainsi un lieu stratégique pour que la problématique de la réduction des inégalités sociales de santé soit prise en compte dans le champ de la santé et les secteurs connexes (éducation nationale, milieu de travail etc...).

ENJEUX

Avant même l'adoption de la loi HPST, les anciennes conférences régionales de santé de même que la conférence nationale de santé ont souvent trouvé une légitimité comme autorité morale grâce à l'attention qu'elles ont porté, notamment, au respect du droit des usagers.

Les nouvelles conférences mises en place par la loi HPST donnent des avis et font des propositions sur des champs précis. Elles peuvent également être à l'initiative de débats publics.

DESCRIPTION DE LA PROPOSITION

Renforcer le rôle de la conférence régionale de santé et de l'autonomie dans la politique de réduction des inégalités sociales de santé :

- donner aux CRSA un rôle de vigilance sur la problématique des inégalités sociales de santé au niveau régional en ce qui concerne le projet régional de santé. Dans l'avis demandé par la loi HPST à la conférence régionale, une partie devrait porter spécifiquement sur la façon dont a été pris en compte l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé, après audition au préalable d'acteurs extérieurs au champ de la santé ;
- les positionner comme force de propositions sur la thématique des inégalités sociales et territoriales de santé.

METHODE

Demander un avis à la CRSA annuellement sur la façon dont le projet régional de santé prend en compte les inégalités sociales de santé. Cette recommandation suppose que l'agence régionale de santé ait fait préalablement un rapport explicitant comment les différents éléments du projet régional de santé, de même que le processus d'identification des territoires de santé, ont pris en compte le gradient social.

Proposer aux CRSA d'organiser un débat public régulier (tous les trois ans par exemple) sur les inégalités sociales et territoriales de santé et la lutte contre le gradient social. Vu les enjeux, la thématique pourrait être imposée, même si le procédé peut être jugé paradoxal par rapport à la notion même de débat public. Si la thématique doit être la même, les questions à soumettre à débat, le type de méthode utilisée devraient être laissés à la main des CRSA. Un financement spécifique doit être attribué afin de respecter les critères d'organisation de tels débats : indépendance par rapport à l'autorité sanitaire notamment en termes de prestataire extérieur organisant le débat, de formation des citoyens, d'utilisation de méthodes ayant fait leurs preuves au niveau international comme les forums citoyens, les ateliers scénarios, les conférences publiques de consensus. Les productions des débats publics régionaux devraient être transmises à la CNSA.

Recueillir un avis annuel des CRSA sur la façon dont les inégalités sociales de santé ont été prises en compte dans le projet régional de santé, en application des compétences dont elles disposent dans le cadre de la loi HPST. Avant de rendre leur avis, les CRSA auditionneraient des acteurs extérieurs au système de santé et ayant participé à des actions de réduction des inégalités sociales de santé.

Demander un avis à la conférence nationale de santé et de l'autonomie sur la prise en compte des inégalités sociales de santé dans les politiques de santé, après transmission des débats publics régionaux.

DIFFICULTES

Risque d'avoir des conférences engorgées par les avis d'ordre technique à donner (ancien avis CROSS, CROSMS) au détriment de temps pour organiser du débat ou s'emparer de problématiques nouvelles.

Insuffisance de financement ne permettant pas de faire appel à de l'ingénierie de débat public (organisation, formation, méthodes utilisées) pourtant indispensable.

Les conférences sont des lieux de démocratie sanitaire, dans laquelle le prisme dominant d'approche des problématiques est celui du soin. La prise en compte des déterminants des inégalités de santé relevant d'autres politiques publiques pourrait être insuffisante. Par ailleurs se pose la question des compétences sur le fond dont disposent les CRSA pour examiner la qualité d'un programme ou d'une action au regard des inégalités sociales de santé.

FICHE ACTION N° 10 : MIEUX ARTICULER PRODUCTEURS ET UTILISATEURS DE DONNEES AU NIVEAU TERRITORIAL**ENJEUX**

La question de l'observation des inégalités sociales de santé et des déterminants de la santé comporte une dimension territoriale importante : d'abord parce qu'inégalités sociales et inégalités territoriales de santé sont souvent superposables. Ensuite, parce que c'est au niveau territorial que sont constitués, pour une part importante, les leviers d'action qui permettent d'agir sur les inégalités sociales de santé et les déterminants de la santé. Enfin, parce que la connaissance territoriale est aussi un levier d'appropriation important, à la fois pour les élus et les populations, ainsi que pour les promoteurs d'actions.

La construction d'un diagnostic local nécessite une fonction d'observation au plus près des acteurs. Dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé, les principaux déterminants de la santé doivent y figurer en tant qu'éléments centraux. C'est également à ce niveau que la composante environnementale intervient dans la constitution des inégalités de santé.

Il est donc essentiel que soient disponibles au niveau local des données :

- couvrant le plus grand nombre possible de secteurs de politique publique : santé, logement, enfance, transport... ;
- mettant en regard des critères socioéconomiques et des données de santé sur un même territoire ;
- disponibles sur les territoires les plus fins possibles, et faciles d'accès et d'utilisation pour les élus, les concepteurs d'action et la population.

Le rapport du HCSP a mis en évidence l'intérêt de disposer de telles données, et de les utiliser : *« L'existence d'une réelle demande nécessite de réfléchir au développement d'indicateurs géographiques permettant de caractériser les territoires. Les premiers travaux ont été menés en Grande-Bretagne dans les années 70, avec en particulier le développement des indicateurs de Carstairs et de Townsend. Ces indicateurs sont basés sur la proportion de chômeurs et d'ouvriers dans la zone géographique ou encore le pourcentage d'habitants possédant une voiture. »*

En France, il n'existe pas de consensus sur de tels indicateurs. Depuis quelques années, la nécessité de disposer d'indicateurs territoriaux a amené plusieurs équipes françaises à travailler sur des indicateurs synthétiques développés au niveau de l'Iris (Ilots regroupés pour l'information statistique) qui, schématiquement, comprennent l'ensemble des communes inférieures à 5 000 habitants et permettent de découper en zones fines la totalité des communes au-delà de 10 000 habitants et la plupart de celles entre 5 et 10 000.

La logique de développement de ces travaux est aujourd'hui essentiellement statistique, validée par rapport aux prédictions que ces indicateurs permettent sur la mortalité et d'autres indicateurs de santé. Les difficultés soulevées sont d'obtenir des indicateurs valides sur l'ensemble du territoire. Par exemple, la possession d'une voiture n'a pas la même signification au centre de Paris et en zone rurale. Ces indicateurs géographiques devraient en outre pouvoir permettre des comparaisons européennes. L'utilisation d'indicateurs synthétiques pose la question de repérer les mécanismes à l'œuvre.

Ces indicateurs géographiques ont donc essentiellement une fonction de surveillance et d'alerte, premier pas vers la mise en place d'interventions publiques ».

RESULTAT ATTENDU

Donner aux décideurs et aux promoteurs d'actions les données nécessaires pour mettre en œuvre leurs politiques et leurs actions de la façon la plus efficace possible.

Pouvoir suivre l'évolution du gradient social afin de participer à l'évaluation de ces politiques.

 EXISTANT

La production, la collecte et la mise à disposition de données territorialisées et couvrant des secteurs larges se sont fortement développées au cours des deux dernières décennies. Sans prétendre être exhaustif, on peut citer :

- la possibilité, depuis début 2010, d'accéder directement sur le site de l'INSEE aux données socioéconomiques existantes au niveau de l'IRIS ;
- l'existence d'une cinquantaine de structures d'observation par région (identifiées dans un travail réalisé par la FNORS)¹¹⁹. Elles peuvent être généralistes ou portant sur des thématiques telles que politiques sociales, de logement, du transport etc... ;
- l'existence de plates-formes d'observation sanitaire et sociale dans 24 régions. Elles associent services de l'Etat, collectivités territoriales, organismes de protection sociale, secteur associatif, voire organismes de formation et universités¹²⁰ et sont souvent coordonnées par les observatoires régionaux de santé (ORS). Elles ont pour objet de mettre en commun l'information sanitaire et sociale dont disposent les différents organismes qui les composent. Depuis la séparation entre social (DRJCSC) et santé (ARS), les ARS n'en sont plus systématiquement partenaires ;
- l'observation des indicateurs territoriaux de la santé associant données de santé et données socio-économiques. Elle s'appuie particulièrement sur le réseau des ORS, fédérés au niveau national par la FNORS (association loi 1901 dont sont membres les 26 ORS)¹²¹. La FNORS a notamment travaillé avec son réseau sur plusieurs dispositifs tels que celui portant sur les inégalités cantonales, de même que sur la banque de données Score santé. Elle est à l'heure actuelle tête de réseau pour l'Union européenne sur le projet I2ARE (inégalités de santé dans les régions d'Europe) consistant à élaborer des profils de santé, régionaux ou infrarégionaux, des 27 pays européens. Elle actualise également un travail de corrélation, au niveau des cantons, de données relatives à l'état de santé de la population et de données relatives aux données socioéconomiques générales ;
- le travail d'équipes de recherche¹²² qui étudient plus systématiquement les liens entre conditions de vie et d'intégration sociale et le bien être et la santé en milieu urbain ;
- la mise en place par de nombreuses collectivités territoriales, villes et conseils généraux d'observatoires locaux, le plus souvent dans le cadre de la politique de la ville.

 DIAGNOSTIC

Plusieurs faiblesses peuvent être pointées :

- bien que des progrès aient été réalisés, les données restent éparpillées dans de multiples observatoires insuffisamment coordonnés entre eux ;
- les données de santé et les autres types de données ne sont pas toujours reliées ;
- les données socialisées, ou les données portant sur des territoires plus fins que le niveau régional, peuvent manquer ;
- l'articulation entre ces différents lieux de connaissance et de ressources et les concepteurs d'actions demeure inégale, et pourrait être améliorée. Les principales difficultés tiennent à la fois à une méconnaissance partielle et au manque de diffusion des informations existantes, à des problèmes d'ordre méthodologique d'utilisation, enfin à des difficultés d'accès gratuit à un certain nombre d'informations fines.

 DESCRIPTION DE LA PROPOSITION

Financer de façon pérenne la fonction d'observation au niveau régional, coordonnant des sources de données sociales, de santé et des autres secteurs concernés sous forme de plate formes régionales d'observation en y insérant une thématique « inégalités sociales de santé ». Un co-pilotage Préfet-ARS-collectivités territoriales devrait être encouragé. L'objectif est d'assurer

¹¹⁹ FNORS, *Etat des lieux de l'observation en santé et de ses déterminants*, mai 2010. Ce travail a été fait sur commande de la DGS.

¹²⁰ Mises en place à l'origine par les DRASS, ces plates formes sont à l'heure actuelle pilotées par les DRJSCS.

¹²¹ Son dernier congrès national, en octobre 2008 portait sur « Les inégalités de santé ».

¹²² Notamment l'équipe de recherche de Pierre Chauvin sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins, UMRS 707 (INSERM-université Paris 6).

la production et la disponibilité d'un ensemble cohérent de données exploitables au niveau territorial, fonction indispensable à la construction d'un diagnostic local puis d'un plan d'action.

Faciliter la mise à disposition de données territorialisées au niveau le plus fin possible, en particulier en direction des collectivités territoriales. Cet objectif pourrait être pris en compte dans les CLS. Les contrats locaux de santé pourraient également être utilisés pour faciliter l'élaboration de diagnostics locaux, utilisant les données disponibles et les complétant par une approche qualitative dans le cadre d'un processus participatif.

Recenser les différentes actions pilotes menées par les collectivités territoriales en termes d'observation locale.

Renforcer l'utilisation des « indicateurs de déprivation », qui permettent de mieux articuler données socio-économiques et données de santé par zone géographique.

DIFFICULTES

Mener des études à un niveau territorial fin suppose de disposer d'un financement. Or les observatoires de santé ne bénéficient plus d'un financement fléché, et les plates formes reçoivent un financement non pérenne sur les crédits d'études provenant de la DREES. La fonction d'observation n'est donc pas assurée de façon pérenne et continue en région.

Proposition 4 : développer la recherche et renforcer son lien avec l'action

La recherche sur les inégalités sociales de santé s'est beaucoup développée : le rapport du Haut conseil de la santé publique sur les inégalités sociales de santé a notamment permis de mettre en valeur les progrès réalisés. Certains champs (notamment la dimension économique des inégalités sociales de santé) et certaines méthodes devraient toutefois être davantage explorés. Par ailleurs, d'une manière générale, l'articulation entre recherche et stratégies d'intervention demeure insuffisante, les résultats de la recherche n'étant que rarement utilisés directement pour aider à l'élaboration des actions ainsi qu'à leur évaluation.

La définition d'une stratégie nationale de recherche en matière d'inégalités sociales de santé apparaît nécessaire. Son objectif est triple :

- rendre lisible l'objectif, et les moyens de recherche qui y sont consacrés ;
- favoriser une approche soutenant des équipes de projets pluridisciplinaires utilisant toutes les méthodes disponibles (études de cas, méthodes qualitatives, méthodes quasi-expérimentales autant que méthodes expérimentales) et articulant chercheurs et opérateurs ;
- améliorer le transfert de connaissances entre les chercheurs et les utilisateurs des données de la recherche.

FICHE ACTION N° 11 : DEVELOPPER UN PROGRAMME DE RECHERCHE FAVORISANT L'INTERDISCIPLINARITE ET LE CROISEMENT DES METHODES

ENJEUX

S'attacher à réduire les inégalités sociales de santé suppose avant tout de mieux les connaître, et de comprendre leur origine, dans le contexte français. Le développement de données probantes est donc un préalable nécessaire. Si de nombreuses études et recherches existent à l'étranger, il est essentiel de disposer d'études françaises pour au moins deux raisons : parce que les contextes sont différents selon les pays, et parce que s'appuyer sur des données françaises permet de mieux convaincre de la nécessité d'agir.

Une stratégie nationale de recherche sur les inégalités sociales de santé devrait intégrer plusieurs enjeux :

- l'explicitation des mécanismes de production des inégalités sociales de santé devrait faire l'objet d'un investissement particulier de la recherche ;
- les chercheurs devraient être davantage associés aux conditions de mise en œuvre et à l'analyse des effets des actions ;
- des travaux collaboratifs et des échanges avec les équipes étrangères devraient être favorisés.

L'objectif est d'assurer une meilleure reconnaissance à ce secteur de la recherche et de faciliter l'utilisation des connaissances pour éclairer les choix des décideurs et des praticiens.

EXISTANT

Le rapport du HCSP de décembre 2009 sur les inégalités sociales de santé a permis de faire une synthèse des connaissances existantes et d'établir des propositions en matière de recherche. Il a par ailleurs souligné le fait que la rigidité du système rend difficile le redéploiement des chercheurs entre les secteurs : *« L'organisation de la recherche en santé en France repose sur une organisation par pathologies. Les commissions scientifiques de l'Inserm, très majoritairement organisées selon ce schéma reflètent ce choix, qui se répercute sur les thématiques des unités de recherche, elles aussi organisées par appareils et maladies.....L'interdisciplinarité peine à trouver sa place dans une telle organisation. Les fédérations interdisciplinaires de recherche pourraient être une solution. Force est de constater, et les témoignages ne manquent pas, que les processus d'évaluation et les positionnements disciplinaires ne favorisent pas ces choix d'activité, lorsque les carrières des chercheurs sont évaluées selon des logiques qui favorisent une production spécialisée, monodisciplinaire, plus immédiatement productrice de publications ».*

Au niveau du ministère de la santé, existe un comité ministériel d'orientation de la recherche (COMIOR), animé par la « mission analyse stratégique et recherche » de la direction générale de la santé. Le rapport du COMIOR de janvier 2009 préconise dans son orientation « mieux couvrir certains champs » de développer les recherches sur les inégalités sociales et territoriales de santé.

Plusieurs équipes de recherche en France travaillent sur ces sujets : des unités de l'INSERM, un institut thématique multi-organismes (ITMO) de santé publique, l'IRDES, l'IReSP, des établissements d'enseignement et de recherche (EHESP, chaire de santé publique de Sciences Po...). Les chercheurs travaillant sur ces sujets sont engagés scientifiquement et socialement, et pourraient jouer un rôle de « leaders d'opinion ». Il faut également noter que le colloque de janvier 2010 sur les inégalités sociales de santé en France a connu un réel succès.

DIAGNOSTIC

La perspective épidémiologique est prédominante dans les travaux des équipes de recherche. Or la littérature internationale recommande d'utiliser toutes les méthodes disponibles pour étudier les inégalités de santé et leurs déterminants : études de cas, méthodes qualitatives, méthodes quasi-expérimentales (comparaison de deux groupes, cas-témoins) ainsi que méthodes expérimentales (études contrôlées randomisées).

Si le constat des inégalités sociales de santé est bien documenté, la compréhension des causes et mécanismes sous-jacents, ainsi que les relations entre les différents déterminants et le contexte dans lequel ils s'inscrivent sont encore à creuser. De même, les conditions de mise en œuvre et les effets des actions visant à réduire ces inégalités, au niveau « macro » des politiques publiques, au niveau des actions de terrain et sur les interactions entre ces deux niveaux demeurent très inégalement documentés¹²³. Des approches interdisciplinaires entre sciences du vivant et sciences humaines et sociales permettraient de mieux comprendre ces aspects de la question.

Les appels à recherche spécifiques sur les inégalités sociales de santé (via l'IRESP notamment) sont peu nombreux en France, et, lorsqu'ils existent, demeurent dans l'ensemble peu attractifs pour les équipes de recherche. Les réponses des équipes de recherches françaises aux appels d'offre européens restent peu nombreuses.

Enfin, l'interaction entre développement des connaissances et interventions est insuffisamment assuré.

Lancer un programme de recherche et de développement sur les inégalités sociales de santé, piloté par le ministère de la santé en y associant le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, ainsi que l'agence nationale de recherche.

S'appuyer sur les réseaux de recherche internationaux, sur des institutions tels que le HCSP et sur des chercheurs français impliqués pour assurer une communication active – par exemple en organisant des colloques en direction des porteurs d'actions et des leaders d'opinion avec présence de chercheurs.

Engager une réflexion spécifique, dans le cadre de la stratégie de recherche, sur le transfert de connaissances.

Cette proposition a plusieurs objectifs :

- lancer un processus conjoint entre chercheurs et praticiens permettant de faire émerger des thèmes de recherche ;
- impulser une approche interdisciplinaire entre santé publique (dont épidémiologie), sciences du vivant, sciences humaines et sociales ;
- faciliter le développement des axes de recherche sur les problématiques identifiées ;
- soutenir la recherche sur les actions dans le cadre d'études de cas, d'études pilote évaluées, d'études expérimentales..., en encourageant la participation conjointe de chercheurs et de professionnels de terrain.

METHODE

Insérer la problématique des inégalités sociales de santé dans les lieux animés par le ministère de la santé concernant les orientations de recherche.

Faciliter l'émergence de thèmes de recherche en créant un espace de dialogue entre chercheurs, institutionnels, financeurs, acteurs de terrain, leader d'opinion : organisation de forum (des outils tels que les « dialogues délibératifs » canadiens pourraient être utilisés), *task force*, *benchmarking*, mobilisation de réseaux internationaux, appui sur des chercheurs engagés...

Consacrer des financements spécifiques et désigner un chef de file chargé de l'animation de ces recherches : appel à recherche, aide au montage de projets européens, soutien de manifestations scientifiques, soutien d'équipes émergentes etc.

¹²³ Le collège des économistes de la santé a consacré sa lettre de mars 2010 aux inégalités sociales de santé.

DIFFICULTES

Nécessité de définir des orientations conjointes en matière de recherche entre le ministère chargé de la santé et le ministère chargé de l'enseignement supérieur et de la recherche.

Organisation de la recherche en santé ne favorisant pas le décloisonnement des disciplines, comme l'a souligné le rapport du HCSP.

Recherche interdisciplinaire peu favorisée dans la carrière des chercheurs. Cependant, la montée au niveau international des recherches dans ce secteur devrait pouvoir exercer une attractivité sur les équipes de recherche françaises.

Par ailleurs, il s'agit d'un processus long, demandant un effort soutenu.

FICHE ACTION N° 12 : MIEUX COMPRENDRE L'ENJEU ECONOMIQUE DES INEGALITES SOCIALES DE SANTE

ENJEUX

Parmi les éléments contribuant au passage du constat à l'action sur les inégalités sociales de santé figurent entre autres trois questions :

- que se passe-t-il si rien n'est fait pour réduire les inégalités sociales de santé ? Quelle est la conséquence des inégalités sociales de santé sur la croissance économique ? Sur les autres politiques publiques et leur efficacité ? Sur les trajectoires individuelles ?
- combien coûtent pour le système de santé des politiques publiques ne prenant pas en compte dans leurs modes d'intervention la santé de la population ?
- quel est le rapport coût-efficacité des différents choix qui peuvent être faits en matière de lutte contre les inégalités sociales de santé ? Peut-on dire où l'investissement financier sera le plus efficace ? Peut-on essayer de mesurer les gains financiers que l'on peut en attendre ?

Ces questions sont complexes, du fait notamment d'un certain nombre de difficultés méthodologiques¹²⁴ :

- santé des populations et maladies des individus ne sont pas des concepts de même nature et n'ont pas le même horizon : l'un renvoie à la prise en compte des déterminants sociaux, économiques et environnementaux, l'autre aux soins dus aux malades¹²⁵. Il n'y a ainsi pas de mesure permettant d'apprécier l'un en fonction de l'autre et donc pas de critères objectifs pour choisir l'un au détriment de l'autre. Il n'est donc pas possible de comparer de façon symétrique les coûts du curatif et du préventif ;
- il n'y a pas de données systématiques permettant de dire si la prévention est plus efficace que le curatif ;
- si l'approche par le coût des pathologies semble relativement étoffée (= coût du stress au travail, coût du cancer etc.), les approches macroéconomiques générales sur le coût de la mauvaise santé, ainsi que sur le coût des déterminants sociaux de santé, demeurent peu développées.

ETAT DES LIEUX

Depuis plusieurs années, des travaux de recherche tentent de quantifier les coûts de santé liés à des choix de politiques publiques s'inscrivant hors de la santé. Le projet international *Ecuity*¹²⁶ développe un cadre économique de mesure des inégalités sociales de santé. Les études d'impact réalisées au niveau européen, cherchent systématiquement à quantifier l'impact sur la santé des projets de textes.

Plus récemment, des chercheurs ont proposé un modèle économique visualisant les coûts sur la santé d'investissements différentiels dans des politiques publiques (en particulier les politiques sociales hors système de santé)¹²⁷. Selon eux, à titre d'exemple, une hausse de 100 dollars (91 euros) par individu des budgets sociaux (dépenses de santé exclues) diminue de 4,34 % la mortalité liée à la tuberculose. Une hausse de 100 dollars des dépenses de santé par individu augmente cette même mortalité de 2,11 %. Ils se proposent notamment d'apporter des éléments dans les choix de politiques publiques, choix d'autant plus cruciaux en période de contraintes économiques et sur les finances publiques.

Le projet européen *Determine* recense pour sa part les travaux publiés et fait des recommandations aux pays membres sur la manière de mener des évaluations financières, en signalant qu'il n'existe

¹²⁴ Voir à ce sujet Ph. Lamoureux, « Economie de la prévention » in *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Presses de Sciences-Po, 2009 ainsi que G. Evans et coll. *Etre ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la maladie*, 1996, Les presses de l'Université de Montréal.

¹²⁵ A. P. Contandriopoulos, *La santé entre les sciences de la vie et les sciences sociales*, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, vol. 6, n°2, 1999, pp. 174-191

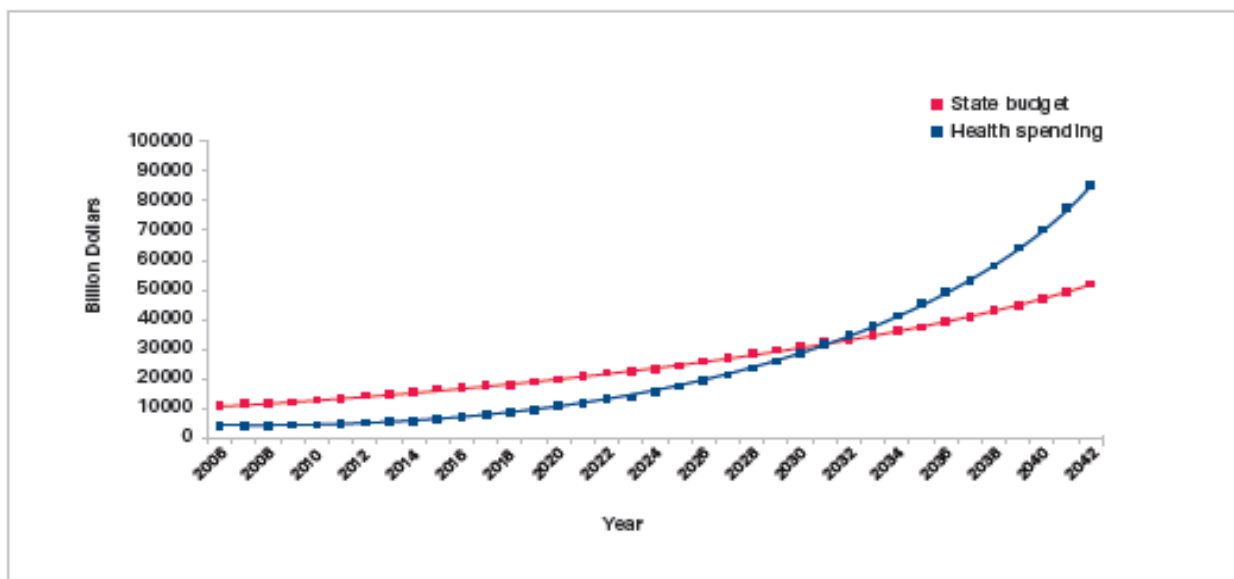
¹²⁶ www2.eu.nl/ecuity/ecuity.htm

¹²⁷ D. Stuckler et coll, *Budget crisis, health, and social welfare programmes*, British medical journal, 10 juin 2010.

pas de consensus sur la manière dont elles peuvent être utilisées. Plusieurs types d'approches existent : les bénéfices économiques d'une meilleure santé, le coût économique de la mauvaise santé, le coût des inégalités de santé¹²⁸.

Enfin, un certain nombre de travaux s'intéressent plus précisément à la question du « coût de l'inaction ». Ainsi, pour promouvoir son programme stratégique de santé dans toutes les politiques, le gouvernement d'Australie du Sud¹²⁹ a estimé le coût de l'inaction sur les dépenses de santé : ses calculs ont conduit à évaluer qu'à modalités d'action inchangées, la part des dépenses de santé dans le budget total de la région passerait de 30 % à 50 % et qu'à horizon de 25 ans, l'ensemble des crédits d'Australie du sud seraient consommés par les dépenses de santé, du fait du poids croissant des maladies chroniques.

Tableau 11 : Part des dépenses de santé dans le budget global d'Australie du sud



Source: Department of the Premier and Cabinet, South Australia

En France, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a estimé dans son rapport de novembre 2004, *Assurance maladie et prévention : pour un engagement plus efficient de tous les acteurs*, qu'une augmentation de 10 % de l'effectif des personnes obèses (passant ainsi de 5,3 à 5,8 millions de personnes) entraînerait une augmentation d'environ 50 000 diabétiques, soit un coût additionnel de 100 millions d'euros. De même le rapport du HCAAM consacré à l'impact du vieillissement de la population met en évidence l'impact sur la croissance des dépenses de santé de l'hypothèse d'un vieillissement en bonne ou en mauvaise santé :

- si le vieillissement de la population se fait sans amélioration de l'état de santé, avec une dépense par âge constante, les dépenses de santé représenteraient entre 15,8 % et 22,3 % du PIB en 2050 (contre 10,4 % en 2004) ;
- sous l'hypothèse, plus réaliste, où le nombre d'années gagné est un nombre d'années en bonne santé, les dépenses de santé s'élèveraient entre 14,9 et 21,4 points de PIB en 2050 (selon la tendance temporelle retenue).

¹²⁸ Détermine, les arguments économiques en faveur de l'action sur les déterminants sociaux des inégalités de santé, décembre 2009

¹²⁹ *Health in All Policies : background and practical guide*, South Australian government, 2010

PROPOSITION

Chercher à comprendre par quels canaux la politique économique et sociale agit sur les inégalités de santé, en mobilisant la stratégie nationale de recherche sur ce sujet.

Systematiser, pour chaque grande réforme ayant un lien identifié avec l'état de santé de la population (exemple : réforme des retraites pour évaluer le coût de la pénibilité), l'exercice de simulation sur le coût d'une évolution à paramètres constants de l'état de santé de la population (c.-à-d. le « coût de l'inaction »), en mobilisant les services statistiques de l'État ou les hauts conseils des politiques publiques.

Proposer des modèles permettant de mieux mesurer les effets différentiels des politiques publiques sur la santé et les inégalités sociales de santé.

Proposition 5 : soutenir et améliorer les compétences des acteurs

Elargir la lutte contre les inégalités sociales de santé aux champs extra-sanitaires implique de former les acteurs aux enjeux de ce sujet, aux outils d'intervention disponibles, et de développer entre eux un langage commun. Il est donc essentiel d'accompagner la stratégie nationale mise en place d'un dispositif de formation et d'accompagnement qui touche à la fois les responsables et les acteurs de terrain, afin de les sensibiliser aux enjeux de la lutte contre les inégalités sociales de santé, et de leur faire prendre conscience des moyens dont ils disposent. Les formations sur les évaluations d'impact sur la santé devront être particulièrement développées.

La création d'un centre de ressources partenarial, au niveau national, permettrait de rassembler l'expertise existante en matière d'inégalités sociales de santé. Il pourrait être placé auprès de l'INPES, en partenariat avec les autres institutions disposant de connaissances en la matière – ministères, agences, CNFPT, UIPES, réseau des villes santé de l'OMS, association Elus, Santé Publique et Territoires... Il permettrait de disposer d'un lieu de collecte et de diffusion pour un certain nombre de connaissances, de méthodes et d'outils, qui serait visible et accessible pour les acteurs.

FICHE ACTION N° 13 : FORMER LES RESPONSABLES DE HAUT NIVEAU

ENJEUX

Dans les pays étrangers qui mettent en œuvre une stratégie de lutte contre les inégalités sociales de santé dans leur ensemble, l'engagement de responsables de haut niveau a constitué un préalable indispensable à l'action. Cet engagement ne pourra être réel que si les décideurs ont une connaissance minimale des enjeux liés à l'existence d'inégalités sociales de santé ainsi que des stratégies qu'il est possible de mettre en place.

RESULTAT ATTENDU

Il peut paraître particulièrement ambitieux qu'une première sensibilisation à la question des inégalités sociales de santé suffise à engager les responsables des politiques publiques hors du système de santé. Il paraît cependant possible de procéder par étape, en s'adressant dans un premier temps aux décideurs les plus concernés par le sujet, soit parce que la réduction des inégalités sociales de santé entre directement dans leur champ de compétences, soit parce qu'ils mettent en œuvre des politiques visant à améliorer le cadre de vie et le bien-être de la population – liées aux déterminants environnementaux de la santé.

EXISTANT

Les hauts fonctionnaires du ministère de la santé, responsables de ses administrations centrales ou cadres intermédiaires, ainsi que les DG d'ARS, sont d'ores et déjà sollicités pour apporter leur contribution à la réduction des inégalités sociales de santé en application de la loi de santé publique de 2004 (dont deux indicateurs portent sur les inégalités sociales de santé) ainsi que de la loi HPST, dont le décret d'application n° 2010-514 du 18 mai 2010, relatif au projet régional de santé, spécifie que « *le plan stratégique régional de santé comporte...des objectifs fixés en matière de prévention dont...la réduction des inégalités sociales et territoriales en santé, notamment en matière de soins* ».

D'autres ministères comme le ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer (MEEDEM) sont d'ores et déjà acculturés à une approche transversale et intersectorielle, compte tenu du cadre dans lequel se met en œuvre la politique de développement durable.

La révision constitutionnelle de 2008, en imposant d'assortir les projets de lois d'évaluations d'impact préalable dans quatre domaines obligatoires, dont le domaine social, pourrait servir ce type de préoccupations. La condition est toutefois que les outils élaborés pour réaliser les évaluations d'impact rendent visible la question du gradient social en matière de santé.

L'OMS est en train de mettre en place une formation courte, en direction de décideurs, sur le concept de « santé dans toutes les politiques ». Cette formation est déployée dans les pays demandeurs.

DIAGNOSTIC

Les entretiens effectués par la mission, ainsi que plusieurs publications ayant étudié les conditions de succès des plans adoptés à l'étranger pour réduire les inégalités de santé, confirment l'importance d'un engagement de responsables de haut niveau. Le ministère des finances est souvent cité dans les études comme un partenaire indispensable d'une stratégie de réduction des inégalités sociales de santé. Pour susciter cet engagement, plusieurs facteurs doivent être conjugués, dont la sensibilisation à la question.

Pour des raisons de temps, de moyens et de proximité avec le sujet, il est sans doute illusoire de sensibiliser l'ensemble des ministères dans un premier temps. Une stratégie des petits pas pourrait en revanche s'avérer efficace.

DESCRIPTION DE LA PROPOSITION

Organiser une première sensibilisation des décideurs sur le gradient social de santé en direction des hauts fonctionnaires des ministères volontaires, tant au niveau de l'administration centrale qu'au niveau régional : il pourrait s'agir d'une formation-sensibilisation courte (un jour maximum) mettant en évidence les conséquences concrètes de cette stratégie dans leur action quotidienne, ainsi que les leviers d'action disponibles. L'idée serait de s'adresser dans un premier temps aux ministères les plus concernés par une vision large des politiques de santé, ainsi qu'aux élus locaux et aux parlementaires.

La mission recommande d'impliquer dans ces formations des équipes de recherche française, ainsi que l'INPES, le HCSP et l'EHESP.

DIFFICULTES

L'intérêt pour ce type de formation n'est certainement pas prioritaire pour des responsables d'administration bousculés par les évolutions institutionnelles.

FICHE ACTION N° 14 : METTRE EN PLACE UN DISPOSITIF DE FORMATION ET D'ACCOMPAGNEMENT DES ACTEURS

ENJEUX

Si les acteurs du système de santé ont acquis depuis plusieurs années une expérience d'intervention dans ce secteur, la lutte contre les inégalités sociales de santé dans une perspective de gradient social leur impose un double changement de perspective :

- passer d'un ciblage essentiellement orienté vers les populations les plus fragiles à une vision prenant en compte l'ensemble des groupes sociaux ;
- se préoccuper de l'ensemble des politiques publiques et de leur impact sur la santé et non plus d'abord de mesures s'inscrivant dans le champ de la politique de santé.

En outre, les autres acteurs des politiques publiques ne sont que très peu formés à la problématique des inégalités sociales de santé et aux outils qui peuvent être mobilisés pour agir à son endroit.

Cette modification du prisme demande un effort d'adaptation qui, notamment pour les agents des services de l'Etat, pourrait être d'autant plus difficile qu'ils sont soumis à l'heure actuelle à de fortes évolutions institutionnelles dans un cadre budgétaire contraint. Ce changement de perspective ne pourra se faire que s'il est accompagné d'un dispositif de soutien aux équipes et aux institutions, efficace et continu.

RESULTAT ATTENDU

Disposer des compétences et des ressources nécessaires au déploiement de mesures contre les inégalités sociales de santé. Ces compétences portent sur l'ensemble de la chaîne d'intervention, de la planification à la mise en œuvre et à l'évaluation, et sur l'ensemble des échelons territoriaux – national, régional et local.

EXISTANT

Y compris au sein du système de santé, les acteurs sont généralement mieux formés et connaissent mieux les techniques d'intervention en éducation de la santé et en prévention qu'en promotion de la santé au sens large du terme.

Par ailleurs, les acteurs extérieurs au système de santé n'ont qu'une expérience très faible des modes d'action permettant d'agir sur les inégalités sociales de santé.

Il faut aussi noter que le degré d'engagement et l'habitude de travailler en partenariat sont souvent plus forts au niveau local, en particulier dans certaines collectivités territoriales à travers l'agenda 21, le réseau ville-santé et la politique de la ville.

Plusieurs centres de ressources sur les inégalités sociales de santé existent au niveau international (comme la Fondation Roi Baudouin en Belgique). Ils ont mis en place des maquettes de formations, créé des sites internet, élaboré des référentiels et des guides de bonnes pratiques en direction d'acteurs de santé, mais également d'urbanisme, de logement etc.

DIAGNOSTIC

Les praticiens de promotion de la santé-prévention en France ont une représentation de la lutte contre les inégalités sociales de santé qui est souvent centrée sur les populations très précaires. Par ailleurs, depuis la loi de santé publique de 2004, l'État est en charge de la politique de santé publique, de la promotion de la santé et de la prévention. Or de nombreux déterminants de la santé ne relèvent pas exclusivement de l'action de l'Etat : la prise en compte des inégalités de santé liées à une politique locale de logement ou de transport dépend d'abord des collectivités territoriales ; de son côté, l'intervention en santé en milieu scolaire relève d'une responsabilité partagée entre Etat et collectivités.

DESCRIPTION DE LA PROPOSITION

Mettre en place un dispositif d'accompagnement et de soutien au niveau national, régional et local, rattaché au centre de ressources¹³⁰ et associé au centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), à l'EHESP et à l'EN3S.

L'objectif est de développer les compétences des acteurs intervenant en promotion de la santé et en prévention, quelles que soient leurs origines institutionnelles (Etat, collectivités territoriales, secteur associatif) et quel que soit leur métier, afin de leur permettre d'intervenir de façon adaptée. Il s'agit également de créer les fonctions support adéquates (accompagnement méthodologique et de soutien en continu, échanges de pratiques et d'expériences etc.).

METHODE/OUTILS

Un modèle tel que celui qui a déjà été utilisé dans l'élaboration des premiers programmes régionaux de santé ou lors de la formation-action des praticiens intervenant dans le phénomène suicidaire pourrait être adopté.

- au niveau national : mise en place d'une cellule d'accompagnement positionnée au niveau du centre de ressources et associations plusieurs institutions (INPES et CNFPT par exemple). Cette cellule assure la formation de référents régionaux et est chargée de l'animation et des échanges d'expériences entre eux, du soutien téléphonique si besoin ;
- au niveau régional, les référents sont choisis de façon partenariale (Préfectures, ARS et CNFPT au minimum). Ils s'appuient en tant que de besoin sur les pôles de compétences¹³¹ et constituent un appui pour les acteurs locaux qu'ils soient administratifs ou opérateurs. Des leaders d'opinions locaux (membres des conseils économiques et sociaux, adjoint à la santé des collectivités...) peuvent également solliciter leur aide de même que d'autres instances de démocratie locale (CRSA, conseils de quartiers...). Ils assurent différents types de prestations telles que l'adaptation des outils du centre de ressources au contexte local, la formation et le soutien des acteurs, favorisent les échanges de pratiques, la communication... Ils s'assurent de la prise en compte des inégalités sociales de santé dans l'animation territoriale et peuvent être amenés à intervenir en direct si besoin.

¹³⁰ Cf. fiche action n° 15 « créer un centre de ressources ».

¹³¹ Les pôles de compétences en éducation et promotion de la santé fédèrent les compétences et ressources en promotion et éducation pour la santé au niveau régional. Chaque pôle est porté par une association référente (Instituts régionaux pour la promotion et l'éducation à la santé, comités régionaux d'éducation à la santé ou fédération d'acteurs), qui l'anime et signe une charte avec les associations thématiques qui en sont membres.

Développer les compétences en évaluation d'impact sur la santé

Dans le dispositif de formation, l'évaluation d'impact sur la santé mérite qu'on lui réserve une place spécifique, ne serait-ce que du fait des compétences spécialisées qu'elle mobilise et de la nécessité de faire intervenir des chercheurs reconnus sur ce sujet dans le dispositif de formation.

Or les compétences d'ordre méthodologique que mobilise l'EIS, sont à l'heure actuelle, relativement absentes en France. S'agissant d'une évaluation a priori, et faisant appel à l'élaboration de différentes options possibles¹³², l'EIS requiert en effet des compétences en évaluation mais également en prospective et en analyse des politiques publiques. La relative rareté de cette expertise en France a pour conséquence une certaine fragilité dans les méthodes ainsi que dans les pratiques regroupées sous ce terme, selon les outils dont dispose chaque acteur et sa connaissance du sujet.

Des guides sont développés dans de nombreux pays étrangers. En France, l'EHESP a prévu de mettre en place une formation en 2011 et certaines villes faisant partie du réseau OMS ville-santé s'intéressent à ce processus (Saint Quentin en Yvelines par exemple).

Les compétences à développer doivent faire en sorte que l'évaluation d'impact sur la santé devienne un véritable appui à la réduction du gradient social. Elles varient selon les protagonistes considérés, selon leur champ d'action et selon leur niveau d'intervention (national, régional, départemental, local) : les décideurs du secteur de la santé et des autres politiques publiques gagneraient à en connaître l'existence ; les agents devraient en maîtriser les concepts, le cadre méthodologique et devraient savoir l'utiliser à bon escient ; des compétences plus spécialisées pourraient être acquises au niveau des universitaires voire du secteur privé.

Il est donc proposé :

- de faire une cartographie des compétences existant à l'heure actuelle en France, en s'appuyant sur la société française d'évaluation, le centre d'analyse stratégique et le ministère de la santé ;
- de mettre en place un groupe de travail chargé d'élaborer un guide méthodologique de l'évaluation d'impact sur la santé, qui devrait s'adresser aux agents de l'Etat ou des collectivités territoriales chargés de développer ou de commanditer des évaluations d'impact sur la santé ;
- de faciliter la mise en place des formations pour ces mêmes agents.

¹³² Ces différentes options sont censées poursuivre le même objectif tout en n'ayant pas le même type d'impact sur la santé d'une population.

FICHE ACTION N° 15 : CREER UN CENTRE DE RESSOURCES

ENJEUX

La problématique des inégalités sociales de santé entendue comme un enjeu de réduction du gradient social est relativement nouvelle en France : elle diffère de l'approche traditionnelle consistant à améliorer l'état de santé des populations les plus défavorisées.

Cette évolution rencontre deux défis majeurs :

- l'adaptation des outils généraux de promotion et d'éducation à la santé en y intégrant une perspective de réduction des inégalités sociales de santé en sus des objectifs d'amélioration globale de la santé ou d'aide aux groupes sociaux les plus vulnérables. Pour illustration, les critères de qualité d'une action doivent s'assurer qu'elle ne risque pas, au minimum, d'accroître les inégalités de santé et devraient probablement intégrer des modalités spécifiques à la réduction du gradient social ;
- le renforcement des collaborations entre différents lieux d'expertises afin de toucher un panel élargi et diversifié d'acteurs de terrain.

RESULTAT ATTENDU

Mettre en place un centre de ressources national mettant à disposition des informations (concepts, méthode, outils...) qui soient compréhensibles, accessibles et utilisables par un large panel d'acteurs, qu'ils appartiennent au secteur de la santé ou à d'autres secteurs. Ce centre de ressources interactif, relayé par les pôles de compétences et les référents régionaux pourrait également faciliter les échanges d'expériences.

EXISTANT

Plusieurs outils (site internet, recensement des approches conceptuelles, synthèse des données probantes, guides méthodologiques, résultats d'évaluation, critères de qualité etc.) ont été élaborés dans les Etats étrangers ayant adoptés des plans de réduction des inégalités sociales de santé. Ces outils s'adressent pour la plupart aux acteurs de l'ensemble des secteurs : santé, logement, transport, petite enfance etc. Au Québec, le centre Léa Roback est spécifiquement dédié à la recherche interdisciplinaire sur les inégalités sociales de santé. Il assure le transfert des connaissances sur ce champ, du monde de la recherche vers l'action publique.

L'INPES est également producteur de nombreux référentiels¹³³. Ils sont cependant utilisés de façon prédominante par les acteurs du secteur de la santé publique. De son côté, le CNFPT a mis en place un centre de ressources santé en direction des collectivités territoriales. Enfin, le réseau ville santé OMS, dont la tête de réseau est à Rennes, propose un appui à un large panel d'acteurs issus de secteurs diversifiés.

DIAGNOSTIC

Les acteurs exerçant dans le champ de la santé connaissent et utilisent d'ores et déjà des référentiels diffusés pour une grande part par l'INPES. Il ne s'agit pas de tout reconstruire, mais de s'appuyer sur l'existant, de faciliter le changement de perspective ainsi que de s'adresser à des acteurs issus de larges secteurs en s'appuyant sur des données, françaises et internationales, des cadres de référence, des méthodes et outils adaptés, ainsi que sur une mise en valeur des expériences en cours.

DESCRIPTION DE LA PROPOSITION

Création d'un centre de ressources au niveau national rassemblant l'expertise en matière de réduction des inégalités sociales de santé. Des correspondants dans les différents ministères, devraient assurer la veille sur les actions probantes dans leur domaine d'intervention.

¹³³ L'INPES serait en phase de création d'un centre de ressources sur les inégalités sociales de santé. Il a publié un guide : Moquet AM et coll, *Réduire les inégalités sociales en santé*, Santé en action, INPES, 2010.

La mise en place et la maintenance de ce centre de ressources pourraient être assurés par l'INPES, en association avec l'EHESP et l'EN3S, mais aussi avec des partenaires n'appartenant pas spécifiquement au secteur de la santé : autres ministères (dont l'éducation nationale), agences d'expertise (sur le champ de la santé mais également du milieu du travail comme l'ANACT ou l'INRS), CNFPT, réseau français des villes santé de l'OMS...

OBJECTIFS

Exercer une veille sur les dernières données publiées en France et à l'étranger concernant la lutte contre les inégalités sociales de santé, et participer aux réseaux internationaux.

Elaborer des cadres de référence et les mettre à disposition des acteurs. Dans les référentiels diffusés par le centre de ressources, les actions impliquant la participation des habitants devraient être valorisées.

Intégrer dans les outils diffusés à l'heure actuelle la préoccupation de réduction des inégalités sociales de santé. L'INPES, comme d'autres institutions, propose plusieurs outils portant soit sur une thématique particulière (santé et milieu scolaire) soit incitant à une analyse réflexive des acteurs (outils de catégorisation des résultats, Preffi, guide d'auto-évaluation etc.). Cependant, ces outils n'ont pas tous été élaborés avec une préoccupation de réduction des inégalités sociales de santé. C'est au centre de ressources qu'incombe le travail de revoir ces outils dans cette perspective.

Concevoir le centre de ressources de façon interactive, favorisant les échanges d'expériences en incluant notamment les politiques publiques hors politique de santé.

DIFFICULTES

Risque de centralisation trop importante sur les intervenants du secteur de la santé qui constituent le principal réseau de l'INPES au détriment des acteurs du social, du logement etc.

Difficultés de s'y retrouver dans les multiples outils utilisés par les opérateurs à fin d'évaluer les actions. Une clarification devrait être proposée par le centre de ressources concernant les finalités de l'évaluation entreprise, les questions évaluatives auxquelles on se propose de répondre (pouvant concerner le processus et particulièrement la qualité des actions, ou les résultats, ceux-ci pouvant être intermédiaires ou finaux), le dispositif d'évaluation le plus adéquat (externe, partagé ou auto-évaluation). C'est à partir de ce cadre général que des outils tels que Preffi ou l'outil de catégorisation des résultats prendraient du sens et pourraient être utilisés à meilleur escient.

Annexe 4 : Tableau des comparaisons internationales

pays, région, organisation internationale	Union européenne		Royaume Uni (Angleterre, Ecosse, Pays de Galles, Irlande)	Suède	Pays-Bas	Norvège
	collaboration entre Etats membres	au sein de la Commission européenne				
contexte	peu de compétences détenues par l'UE, fortes inégalités entre états membres et au sein des Etats membres	1/ programme "mieux légiférer" lancé en 2002 ; 2/ stratégie de développement durable	La prise de conscience du problème des inégalités sociales de santé remonte aux années 80, avec la publication du Black report. En <i>Angleterre</i> , la Marmot Review (2010) a contribué à une nouvelle mobilisation (www.marmotreview.org).	Malgré des inégalités socio- économiques relativement faibles, existence d'un gradient social de santé	sujet présent à l'agenda depuis la fin des années 80	tradition culturelle égalitaire, coefficient de Gini mesurant les inégalités socio- économiques est faible. C'est la raison pour laquelle les actions se sont principalement concentrées sur les plus défavorisés . Un changement a été opéré en 2004 suite à la prise de conscience de l'existence d'un gradient social de santé

<p>nom et finalité du programme</p>	<p>communication de la Commission européenne du 20 octobre 2009 action sur les déterminants socio-économiques de santé - travailler ensemble à l'équité en santé</p>	<p>Au sein du programme "mieux légiférer", introduction d'analyse d'impact systématique pour, entre autres, introduire la santé dans toutes les politiques</p>	<p>dépend de chaque Etat composant le Royaume Uni ; En <i>Angleterre</i> : "fair society, healthy lives" (marmot review) ; En <i>Ecosse</i> : Pour une croissance durable et des opportunités « une Ecosse plus riche et plus juste ; plus intelligente ; en meilleure santé ; plus sûre, plus forte, plus verte »</p>	<p>Equité en santé Idée sous-jacente : la santé est une condition pour que chacun puisse exercer pleinement sa citoyenneté.</p>	<p>"vivre plus longtemps en bonne santé"; objectif : réduire les inégalités d'espérance de vie et les inégalités évitables ; également contrat signé entre des ministères et des collectivités poursuivant cet objectif</p>	<p>Réduction des ISS, programme intitulé « le défi du gradient »</p>
<p>mode d'élaboration</p>	<p>méthode ouverte de coordination pour les états membres</p>	<p>étude d'impact sur la santé de la réglementation européenne avant son adoption</p>	<p>travaux interministériels, consultations publiques, avis d'experts ; en <i>Ecosse</i> : estimation du coût des inégalités de santé</p>	<p>Travaux d'experts, puis mise en place d'une commission nationale de santé publique composée de représentants des différents partis politiques et d'experts, chargée de définir des objectifs nationaux et des stratégies pour les atteindre.</p>	<p>Approche expérimentale : programme de recherche sur les ISS de 1989 à 1995, puis programme d'expérimentations de 1995 à 2001</p>	<p>Commission sur les déterminants sociaux de la santé Estimation économique du coût des ISS</p>

<p>modalités de portage politique</p>	<p>portage par les commissaires santé et affaires sociales</p>	<p>pilotage secrétaire général</p>	<p><i>Pays de Galles</i> : devoir statutaire du gouvernement pour le développement durable ; <i>Irlande</i> : obligation statutaire de réaliser des évaluations impact santé</p>	<p>Ni structure politique coordonnant l'action, ni plans d'actions opérationnels spécifiques</p>	<p>Pas de structure interministérielle pour coordonner l'action. Importance des municipalités dans l'élaboration des priorités et des programmes et dans le pilotage</p>	<p>Phase de mise à l'agenda : ministre de la santé (1999) Phase de mise en œuvre : direction santé et affaires sociales responsable de la mise en place d'un centre de ressources sur les ISS 2005 : le gouvernement lance une stratégie plus globale</p>
<p>partenaires impliqués</p>	<p>ministères de la santé, des affaires sociales, DG SANCO, équipes de recherche...</p>	<p>chaque DG réalise les études d'impact relative à la réglementation qu'elle porte</p>	<p>Principalement administrations en charge de la politique de santé, mais aussi instituts de recherche dédiés, ou encore administrations sociales (<i>ex de l'Irlande</i>)</p>	<p>autres ministères, centre de recherche dédié à l'équité en santé, service statistique de santé</p>	<p>ministère des affaires sociales, de l'éducation, de l'intérieur (pour la collaboration avec les collectivités), institut de la santé publique et de l'environnement</p>	<p>principalement ministères de l'éducation et des affaires sociales</p>
<p>principaux axes stratégiques retenus</p>	<p>au niveau européen : échange de bonnes pratiques (par ex réseau Determine www.health-inequalities.eu) ; axe du programme-cadre de recherche (par exemple soutien au "Gradient Project") ; projet pour un système d'information harmonisé sur la santé en Europe ; au niveau des EM, réduction des inégalités de santé par la prise en compte de la santé dans toutes les politiques</p>	<p>concernant la santé, santé dans toutes les politiques mais pas inégalités sociales de santé</p>	<p>4 axes d'intervention : le soutien aux familles, aux mères et aux enfants, la promotion de l'engagement communautaire, la prévention et l'accès à des soins efficaces, et l'action sur les déterminants de la santé</p>	<p>Santé dans toutes les politiques (action notamment sur la sécurité économique, ou encore les déterminants psycho-sociaux nécessitant le renforcement de la démocratie, du capital social, la lutte contre les discriminations...)</p>	<p>4 axes stratégiques : Améliorer la position socio-économique des plus défavorisés ; diminuer les effets des problèmes de santé sur la position socio-économique ; diminuer l'exposition aux facteurs de risque ; améliorer la qualité et l'accessibilité des soins.</p>	<p>santé dans toutes les politiques et inéquité</p>

<p>positionnement du ministère de la santé ou du ministère en charge des affaires sociales</p>	<p>commissaires et ministres de la santé et des affaires sociales pilotes</p>	<p>DG SANCO contrôle la qualité des études d'impact santé réalisées par les autres DG</p>	<p>Démarche interministérielle, mais rôle du NHS dans les quartiers défavorisés, en collaboration avec les associations ; <i>Angleterre</i> : rôle clef du ministère de la santé, conjoint avec le Trésor pour développer un programme d'action ; <i>en Ecosse</i> : Rôle clef : prise de conscience des autres ministères et leadership sur les programmes (agents de terrain formés spécifiquement)</p>	<p>rôle central. L'interministérialité est assuré par un exécutif spécifique rassemblant des directeurs généraux de 17 ministères</p>	<p>Le ministre de la santé a contribué à la mise à l'agenda du problème, et a introduit la question des inégalités de santé dans l'ensemble de la stratégie de santé.</p>	<p>rôle pilote de la direction générale de la santé et des affaires sociales, notamment pour le lien avec les chercheurs et la mise à l'agenda du sujet</p>
---	---	---	---	---	---	---

<p>fixation d'objectifs et d'indicateurs chiffrés</p>	<p>un objectif non chiffré fixé par les EM : résorber les inégalités dans le domaine de la santé</p>	<p>non</p>	<p>En 2001 : Réduire la différence de mortalité infantile entre la classe des travailleurs manuels et la population générale de 10% à horizon 2010 ; Réduire de 10% la différence d'espérance de vie à la naissance entre le quintile des zones les plus défavorisées et la moyenne nationale.</p> <p>Puis, en 2004, ajout d'objectifs plus détaillés sur la mortalité par maladies de l'appareil respiratoire, et par cancer, sur l'obésité des enfants, la prévalence du tabac, grossesses non désirées chez les mineures</p>	<p>18 grands objectifs, 50 sous-objectifs portant sur des déterminants, et non des résultats de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des déterminants généraux : cohésion sociale, conditions de vie dans l'enfance, plein emploi... - des déterminants comportementaux -des objectifs transversaux sur les services de santé et la recherche 	<p>Une fois les expérimentations achevées, fixation d'un objectif général de réduire la différence d'espérance de vie sans incapacité de 12 à 9 ans à horizon 2020 ; ainsi que 11 objectifs intermédiaires (par ex réduire le nombre de ménages pauvres, maintenir le niveau des pensions d'invalidité, réduire les différences d'éducation, d'obésité, maintenir au niveau de 1998 les différences de consommation de soins entre groupe d'éducation</p>	
<p>dispositif d'évaluation</p>		<p>évaluation interne et externe sur la qualité des études (peu spécifique sur l'évaluation d'impact santé)</p>	<p>Performance des autorités locales et des groupes de soins primaires récompensée</p>	<p>Elaboration d'indicateurs confiée à l'institut national de santé publique (mais pas de cible à atteindre)</p>	<p>Protocoles d'évaluation des dispositifs expérimentaux</p>	<p>Système de reporting de monitoring sur l'inéquité sociale en santé</p>

<p>commentaires</p>	<p>possibilité de financement par les fonds structurels européens</p>	<p>Prise en compte des inégalités sociales de santé dans le rapport annuel de la Commission sur la protection sociale et l'inclusion sociale</p>	<p><i>en Ecosse</i> : étude d'impact des inégalités pour certaines politiques ; <i>Pays de Galles</i> : Publication d'EIS sur les politiques centrales et locales (création d'un bureau dédié par le gouvernement)</p>	<p>Identification des bonnes pratiques de certaines municipalités, soutien à leur application généralisée</p>	<p>trois originalités à souligner : - l'accent mis sur les acquis à maintenir en tant que tels (par exemple l'accessibilité financière aux soins) - le rôle des collectivités, qui se sont dotés d'objectifs spécifiques pour la moitié d'entre elles - l'accent mis sur des actions visant à réduire les effets de la santé sur le statut social (et pas seulement l'inverse)</p>	
----------------------------	---	--	--	---	--	--