



divers partenaires et organismes communautaires, tous axés sur divers aspects des besoins, dont les soins de santé ne sont qu'un élément [23].

Certains professionnels s'organisent pour répondre aux problèmes d'accès aux soins, à la coordination des soins pour les plus fragiles et mettent en place des actions pour lutter contre les inégalités sociales de santé. L'exemple du pôle de santé des Enverges et de la maison de santé Pyrénées-Belleville, à Paris, est emblématique (mais il en existe d'autres). Ainsi, une assistante sociale est présente très régulièrement dans la maison de santé pluriprofessionnelle pour répondre aux besoins sociaux des patients, et le pôle de santé regroupe un centre social permettant notamment d'accueillir les différentes activités menées dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé au bénéfice de la population. Des actions sont également réalisées dans le champ de la santé mentale avec le centre de prévention suicide [27]. Cet exemple invite à considérer les facteurs susceptibles d'influencer les professionnels à s'engager dans la réduction des inégalités sociales de santé au-delà de motivations intrinsèques ou militantes.

La stratégie de transformation de notre système de santé consacre la médecine de proximité comme l'une de ses priorités, revendiquant une structuration au plus près des territoires et encourageant les initiatives de la part des acteurs du terrain. Les professionnels de santé de premier recours sont bien placés pour agir sur les déterminants de santé les plus importants en termes de charge de morbidité [8]. Dans cette perspective, il est nécessaire de rapprocher les secteurs sanitaires, médico-social et social, d'intégrer la prévention aux soins et d'apporter une attention plus grande à la santé mentale, qui est un facteur de vulnérabilité majeur. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a fait des propositions concrètes pour une organisation des soins de proximité intégrée et fortement ancrée sur les territoires : « *Le réseau territorial intègre des offres, au-delà de celles que l'on assimile aujourd'hui au premier recours ou aux soins primaires, dans le cadre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) : acteurs de la prévention (notamment services*

de santé scolaire, de santé au travail et PMI), services de santé mentale, services à domicile, établissements médico-sociaux... » L'objectif est d'organiser l'accès des habitants d'un territoire à des services pertinents, concrets (avoir un médecin traitant, bénéficier d'un service d'éducation thérapeutique...) et de qualité. Le niveau de proximité a vocation à porter une responsabilité populationnelle en matière de santé publique, de promotion et prévention de la santé¹. L'objectif de réduction des inégalités sociales de santé doit être clairement affiché à ce niveau et c'est sur ces réseaux de proximité, en lien avec les collectivités territoriales, que devraient pouvoir s'appuyer les professionnels de santé pour orienter leurs patients afin qu'ils bénéficient de solutions adaptées à leurs problématiques sociales lorsque c'est nécessaire (accès financier aux soins, améliorer l'accès au logement, à la nourriture, aux transports, aux services sociaux...).

Promouvoir la mise en place d'organisations facilitatrices visant à réduire les inégalités de santé ne doit cependant pas faire oublier que les inégalités peuvent être renforcées lors du parcours de soins. Les besoins de soins estimés par les médecins diffèrent selon la distance sociale qu'ils perçoivent avec leurs patients. La formation est centrale pour un exercice médical adapté aux évolutions du système de santé, aux besoins et aux attentes des patients afin qu'ils bénéficient des soins appropriés tenant compte de leur niveau de littératie. La question des valeurs professionnelles doit être débattue. Le travail collectif et la coopération constituent également des axes d'amélioration importants de la formation des professionnels dans l'objectif global de réduction des inégalités sociales de santé, objectif récurrent des politiques de santé publique depuis de nombreuses années. ●

1. HCAAM. « Contribution à la transformation du système de santé ». 2018. <https://www.strategie.gouv.fr/publications/contribution-transformation-systeme-de-sante>

« La prévention dans le système de soins : organisation, territoires et financement. À partir de l'exemple de l'obésité ». <https://www.strategie.gouv.fr/sites/strategie.gouv.fr/files/atoms/files/prevention-avis-hcaam-12-02-2019.pdf>

La santé dans toutes les politiques : où en est-on en France ?

Le modèle des déterminants sociaux de la santé, souvent cité, souligne que de nombreux éléments du parcours de vie construisent la santé, bien au-delà du seul système de soins. Il implique la nécessité de mettre en place des politiques intersectorielles pour réduire les inégalités sociales de santé (ISS). Cette approche de la santé dans toutes les politiques a été

inscrite dans la gouvernance de la santé en France par la création du Comité interministériel pour la santé, en 2014. Toutefois, malgré une mobilisation des acteurs associatifs, des collectivités territoriales et des agences régionales de santé (ARS), la réduction des ISS marque le pas. En comprendre les raisons est l'interrogation principale de cet article.

Des avancées dans les discours

Les années 2008-2009 ont dessiné une inflexion en matière de politiques publiques concernant la réduction des inégalités sociales de santé. Les plans cancer (2009-2013 puis 2014-2019) se sont présentés comme « *plan [s] de lutte contre les inégalités* » [14]. Un rapport du HCSP [40] en 2010 a présenté des propositions pour sortir de cette fatalité. Ce thème a ensuite été repris dans les discours ministériels. Un éditorial dans le *Lancet* est même signé par la ministre de la Santé en 2014, dans lequel est soulignée la priorité donnée à la réduction des inégalités sociales de santé, avec l'importance des déterminants sociaux de la santé et le rôle partiel que joue le système de santé ; il est même noté qu'il peut contribuer à aggraver ces inégalités.

À partir de 2010, rares sont les plans, textes, lois qui ne mentionnent pas, dans leurs préambules ou objectifs, la réduction des inégalités sociales de santé. Ainsi elle a été confirmée comme un objectif phare de la stratégie nationale de santé de 2013 et dans la loi de modernisation du système de santé de 2016. Au niveau régional, elle constitue, depuis la loi de 2009, l'un des axes des politiques conduites par les ARS. Ainsi, la majorité des programmes régionaux de santé élaborés depuis la mise en place des ARS présente cet objectif comme stratégique.

Quelques signes tempèrent cette volonté affichée. Des commissions de coordination des politiques publiques sont mises en place dans les ARS, mais elles sont limitées au secteur de la santé, peu favorables au développement de l'intersectorialité souhaitable pour aborder les déterminants sociaux de la santé¹. Sur les trente chantiers organisés pour traduire les objectifs généraux de la stratégie nationale de santé de 2013, aucun n'est consacré aux inégalités sociales de santé. La loi de modernisation de notre système de santé, promulguée le 26 janvier 2016, reprend largement les thèmes des inégalités sociales de santé dans ses préambules, mais le débat public a été dominé par des affrontements sur la mise en place du tiers payant généralisé. Cet épisode illustre bien la tension entre un modèle centré sur la relation médecin-malade, qui a marqué le xx^e siècle, et l'action intersectorielle indispensable pour la réduction des inégalités sociales de santé. Toutefois, dans la stratégie nationale de santé 2018-2022 publiée en décembre 2017, le second axe est « *lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins* ».

Aujourd'hui, la question qui se pose est de savoir pourquoi les inégalités sociales de santé restent un objectif secondaire des politiques publiques, alors que ne pas réduire ces inégalités freine l'ensemble des progrès sanitaires et a un coût économique. La crise de la Covid-19 en est une bonne illustration. Les agences, les comités scientifiques, le HCSP ou Santé

publique France n'ont pas été en mesure de disposer de méthodes de mesures fines des inégalités sociales de santé et de guider les décisions publiques pour prendre en compte cette question, qui a d'ailleurs été largement absente des recommandations pendant la crise sanitaire. Un travail conduit par l'ORS Île-de-France et un document de la Drees font toutefois exception [31, 53].

La décennie passée a été marquée par des évolutions vers la prise en compte de la santé dans toutes les politiques

La création du Comité interministériel pour la santé, en 2014, inscrit dans les institutions le principe de l'intersectorialité. Placé sous l'autorité du Premier ministre, le comité « *suit l'élaboration et la mise en œuvre des plans ou programmes d'actions qu'élaborent les ministres dans le cadre de leurs attributions lorsque ces mesures sont susceptibles d'avoir un impact significatif sur la santé et la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé* ». Son premier thème a porté sur la résistance aux antibiotiques et, en 2019, une priorité a été donnée au développement de l'activité physique, à l'alimentation et à la lutte contre l'obésité.

L'alimentation est de fait un champ intersectoriel pour lequel des avancées considérables ont été réalisées. Dans un premier temps, le PNNS n'a pas considéré les inégalités sociales de santé au sens de gradient social et a inclus uniquement les populations les plus précaires. Puis les inégalités sociales de santé ont été incluses dans la réflexion, mais sans réel contenu concret. Plus récemment, le Nutriscore représente une avancée décisive dans les politiques intersectorielles. Il reste à évaluer son impact sur les inégalités sociales de santé, car, s'agissant d'une mesure d'information destinée à mieux éclairer les choix individuels, une hypothèse est que ces informations puissent être utilisées préférentiellement par les populations les plus éduquées et paradoxalement aggraver les inégalités sociales d'alimentation.

Au niveau local, la mobilisation contre les inégalités sociales de santé est importante dans le pays, menée par des associations, des ONG ou des collectivités territoriales. Cette mobilisation locale est difficile à recenser et il est compliqué d'en évaluer les actions prometteuses, ce qui aboutit à ce qu'elle reste encore assez méconnue. L'enjeu de l'initiative InSPIRe-ID est de renforcer l'utilisation des données de la recherche (interventions probantes) et de l'expérience (interventions prometteuses) en situation de décision ou d'intervention en santé publique. Un comité de pilotage national est mis en place, regroupant le ministère et les principales agences nationales. L'objectif est de valoriser, de donner à connaître ce qui existe déjà, de coproduire de nouvelles connaissances en s'appuyant sur les compétences existantes, et de recenser les dispositifs existants en France. Quoi qu'il en soit des résultats de cette initiative sur les inégalités sociales de santé, elle témoigne de

Gwenn Menvielle

Sorbonne université, Inserm, Institut Pierre Louis d'épidémiologie et de santé publique (IPLESP), Équipe de recherche en épidémiologie sociale (Eres), Paris

Thierry Lang

Professeur émérite de l'université de Toulouse, Cerpop, université de Toulouse, Inserm, UPS, Toulouse, Institut fédératif d'études et de recherche interdisciplinaire santé société (Iferiss) Toulouse, membre du HCSP

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 54.

1. <https://www.ars.sante.fr/la-gouvernance-des-agences-regionales-de-sante>



la vitalité des expériences conduites en France, qui n'a d'égale que leur invisibilité.

Enfin, si le lien entre environnement et santé est ancien, l'évolution de l'environnement vers des préoccupations de justice environnementale contribue à décroquer une approche physico-chimique de l'environnement d'une part, et une interprétation sociale de l'autre, source de limites pour les conseils aux décisions publiques [26]

Un modèle biomédical et une absence de débat social pour des décisions politiques cloisonnées

L'absence de débat social autour des inégalités sociales de santé a été notée depuis des années par le monde académique [46]. Elle perdure et les ISS restent un débat d'experts. Tout au plus ont-elles été évoquées lors des discussions sur les retraites, pour souligner l'injustice que représente la durée très variable pendant laquelle une personne percevra sa pension de retraite selon sa position dans l'échelle sociale. Une absence largement partagée de culture en prévention et promotion de la santé ainsi qu'une démocratie sanitaire encore naissante mobilisant peu l'expertise citoyenne complètent cette situation.

Malgré la diffusion du modèle des déterminants sociaux de la santé, popularisé par l'OMS, le modèle sur lequel reposent les décisions politiques et l'identification des priorités reste clairement biomédical, séparant soins et prévention médicalisée d'une part, et organisation sociale, politique ou environnementale de l'autre. Tout cela a pour conséquence de cloisonner les décisions politiques en deux familles : celles qui relèvent de la santé, limitées au système de santé et de soins, et les autres mesures, dictées par des considérations sociales, politiques, économiques ou électorales.

Il est important de noter qu'un certain nombre de politiques locales ou nationales vont dans le sens de la réduction des inégalités sociales de santé, mais souvent la logique de leur mise en place est étrangère à la santé. Sans pouvoir approfondir ce sujet dans le cadre de cet article, il faut souligner l'efficacité du système de protection sociale français. Par les mesures de protection qu'il a pu fournir pendant la crise économique de 2008 ou lors de la crise de la Covid-19, ce dispositif en a limité l'impact économique. Ainsi, pendant la crise de la Covid-19, les inégalités sociales de santé ont été à peine évoquées dans les discours des autorités sanitaires et des agences, surtout dans la première phase de la pandémie en France. Le dispositif du chômage partiel ou les aides aux familles les plus défavorisées ont été décidés sans référence explicite à la santé, qui restait cantonnée dans le domaine de l'hygiène et des maladies infectieuses. Cependant ces mesures ont réduit les pertes de revenus et par conséquent les effets de la crise sur les déterminants sociaux de la santé. Selon l'OCDE, « le PIB a reculé de 6 % en France au premier trimestre

2020, alors que la baisse du revenu réel des ménages n'a pas dépassé 0,3 %. Cet écart, le plus important des pays de l'OCDE, s'explique par des aides sociales plus protectrices qu'ailleurs. »

Se dessine alors un champ de forces contrasté sur la santé et les inégalités sociales de santé, dans lequel les logiques ne concordent pas.

1. Le discours des autorités sanitaires (ministère, DGS, ARS et leurs plans respectifs) fait une large place aux inégalités sociales de santé et affiche leur priorité.
2. Sur « le terrain », un ensemble d'interventions et une mobilisation, très créative, d'associations, d'acteurs bénévoles, de collectivités territoriales de divers niveaux mettent en œuvre une lutte contre les inégalités sociales de santé, dans les soins comme dans la prévention.
3. Le secteur des soins et de la prévention médicalisée a jusqu'à présent été peu concerné par les inégalités sociales de santé et reste à l'écart du social. Le médecin américain de l'OMS Jonathan Mann parlait de la socioparésie du système de santé ; cette « pathologie » du système de santé n'a aujourd'hui pas régressé. Le contexte social n'y est pas pensé, encore moins enseigné.
4. Enfin, les décisions prises hors du champ sanitaire par un dernier groupe d'acteurs, les décideurs politiques, peuvent impacter la santé, mais leur logique est autre : politique, économique, sociale, électorale... Ces politiques publiques contribuent parfois à réduire les inégalités sociales de santé. Il en est ainsi du dispositif de protection sociale, qui a déjà montré son efficacité durant la crise financière de 2008 [63]. À l'inverse, certaines accroissent les inégalités sociales de santé. Ainsi, dans le cadre de la loi santé de 2016, la généralisation du tiers payant, qui aurait été un élément favorisant l'accès aux soins pour les plus modestes, n'a pas été mise en œuvre et a monopolisé l'attention sur un aspect d'une loi qui comportait bien d'autres objectifs.

La réforme de l'assurance chômage, de l'aide médicale d'État, la sélection sociale qui caractérise les performances de l'école en France [29], les grandes difficultés de la médecine scolaire, les politiques du logement [7], autant de politiques hors du champ sanitaire qui impactent profondément la construction de la santé et des inégalités sociales de santé. Plus généralement, les inégalités de santé sont avant tout des inégalités sociales. Dès lors, les politiques des revenus, la politique fiscale nationale ont un impact sur les inégalités sociales de santé. Les politiques fiscales récentes remodelent la distribution des revenus et ne favorisent pas les 10 % les plus modestes, dont les revenus sont amputés (fiscalité indirecte, réduction de certaines aides et allocations sociales) [32]. L'effet sur les inégalités sociales de santé est alors contraire à celui des politiques sanitaires nationales et locales qui tendent à les réduire.

Conclusion

Faute d'un modèle intégratif, les efforts et politiques visant à réduire les inégalités sociales de santé dans le secteur de la santé, notamment la forte mobilisation dans les associations et collectivités territoriales, entrent en résonance ou en conflit avec des politiques publiques nationales qui, partant d'une autre logique, peuvent impacter défavorablement les inégalités sociales de santé. Ainsi les efforts locaux territoriaux pour les réduire se trouvent en contradiction avec des politiques macroéconomiques qui orientent dans un sens différent. Le Comité interministériel pour la santé, créé en 2014, n'a pas encore effacé la dissociation des politiques, avec la santé d'un côté et l'ensemble des politiques publiques de l'autre. Ce cloisonnement témoigne de l'absence

d'évaluation de l'impact sur la santé de l'ensemble des décisions politiques. Considérer systématiquement les effets sur la santé et sur les inégalités sociales de santé de toute décision politique pour identifier ses impacts est donc une démarche indispensable. Enfin, un effort de recherche est nécessaire pour mieux connaître les conséquences et les impacts potentiels des déterminants macroéconomiques sur la santé. Ces connaissances sont nécessaires au développement de l'évaluation d'impact sur la santé de toutes les politiques. Reste le besoin d'une implication politique forte, comme le montre un travail conduit dans les pays scandinaves : son absence semblait l'obstacle essentiel, devant le manque de coopération interministérielle et les habitudes de travail en silo. ●

L'évaluation d'impact sur la santé : plus de deux décennies de pratique internationale

L'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est une démarche prospective qui vise à évaluer les effets potentiels d'une politique, d'un programme ou d'un projet sur la santé de la population. Elle s'intéresse aussi à la distribution de ces effets au sein de cette population. L'évaluation d'impact sur la santé, promue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est apparue au milieu des années 1990. Cette démarche s'applique le plus souvent à des propositions dont le but premier n'est pas directement la santé mais qui peuvent influencer celle-ci et l'équité en santé. Son objectif est de formuler, sur la base d'informations scientifiques et contextuelles, des recommandations en direction des décideurs, pour accroître les effets positifs et réduire les effets négatifs. Cet outil d'aide à la décision est fondé sur la définition de la santé de l'OMS et sur l'approche par les déterminants de la santé. Il trouve son origine dans différentes initiatives de santé publique menées au niveau international, notamment la déclaration d'Alma-Ata de 1978, la charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986 et le programme Villes-Santé de l'OMS de 1986. L'évaluation d'impact sur la santé est issue de la rencontre entre les évaluations environnementales, de la méthodologie desquelles elle s'inspire, et la promotion de la santé, qui constitue le fondement de ses valeurs et ses finalités.

Une procédure standardisée mais flexible

La démarche d'évaluation d'impact sur la santé est structurée en cinq étapes (parfois six ou trois). Le « dépistage », première étape, permet de déterminer

si une proposition de politique, de programme ou de projet doit faire l'objet d'une évaluation d'impact sur la santé. Le « cadrage » permet de déterminer la portée, l'envergure de l'évaluation d'impact sur la santé. L'« analyse » permet d'estimer les impacts potentiels positifs et/ou négatifs d'une proposition de politique, de programme ou de projet sur la santé et la répartition de ces impacts au sein de la population. Les « recommandations » visent à atténuer les effets négatifs et à renforcer les effets positifs sur la santé et le bien-être de la proposition examinée. Ces recommandations sont consignées dans un rapport destiné aux parties prenantes et aux décideurs. L'« évaluation » et le « monitoring » reviennent, d'une part, à évaluer la démarche d'évaluation d'impact sur la santé entreprise, et, d'autre part, à vérifier la mise en œuvre des changements proposés par celle-ci. La démarche d'évaluation d'impact sur la santé est flexible. Malgré sa procédure standardisée, il est possible de l'adapter en fonction des éléments suivants : ressources humaines et financières, temps à disposition, données et informations disponibles, compétences disponibles, niveau de prise de décision et finalité visée.

Une pratique assez répandue dans le monde

Si l'évaluation d'impact sur la santé a vu le jour dans les pays anglo-saxons, précisément au Royaume-Uni, aujourd'hui la pratique s'est étendue à plusieurs régions du monde (Amérique du Nord, Amérique latine, les différentes régions d'Europe, l'Afrique subsaharienne, l'Asie de l'Est et l'Océanie). Les juridictions ont adopté différentes approches pour la mise en œuvre de l'outil.

Thierno Diallo

Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé (CCNPPS, Canada)