



La santé dans toutes les politiques

L'action coordonnée sur les déterminants sociaux, éducatifs, environnementaux..., au niveau interministériel, est un levier majeur pour améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités de santé.

L'idée d'une « *approche intersectorielle des politiques publiques qui tien [drait] compte systématiquement des conséquences sanitaires des décisions, qui recherche [rait] des synergies et qui évite [ait] les conséquences néfastes pour la santé afin d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé* »¹ fait peu à peu son chemin dans les pratiques récentes de santé publique.

Au-delà des déclarations, comme celle d'Adélaïde sur l'intégration de la santé dans toutes les politiques² soulignant la nécessité d'un nouveau contrat entre tous les secteurs, ce sont les pratiques qui aujourd'hui évoluent. D'abord humblement à travers des constructions intersectorielles de plus en plus fréquentes, comme ce fut le cas pour les récents travaux autour de l'antibiorésistance ou encore de la création d'un étiquetage nutritionnel. Ces collaborations s'inscrivent plus généralement dans la volonté d'une approche de plus en plus décloisonnée et globale de la santé. Comment pourrait-il en être autrement quand on sait que, selon les différentes estimations disponibles, la contribution des déterminants sociaux et environnementaux à l'état de santé d'une population varierait entre 45 % et 60 %³ ?

Un Comité interministériel pour la santé pour promouvoir la prise en compte de la santé dans l'ensemble des politiques publiques

Matérialisation de cette volonté, la création en 2014 du Comité interministériel pour la santé (CIS) est une avancée majeure y compris sur le plan international⁴. Cette instance où l'intégration des enjeux de la santé et de réduction des inégalités de santé peut être construite dans une logique systémique regroupe autour du Premier ministre l'ensemble des ministres⁵. Elle a pour mission de suivre la préparation 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. Elle doit également veiller à ce que l'articulation des politiques publiques en faveur de la santé soit développée au niveau régional.

Il reste cependant de nombreuses avancées à mettre en œuvre. Tout d'abord, il serait bon de pouvoir disposer d'une évaluation plus systématique des impacts sur la santé. L'étude d'impact sur la santé (EIS) est une

4. Décret n° 2014-629 du 18 juin 2014.

5. En particulier, le ministère de l'Agriculture, de l'Agroalimentaire et de la Forêt, le ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie, le ministère des Affaires sociales et de la Santé, le ministère du Logement, de l'Égalité des territoires et de la Ruralité, le ministère des Affaires étrangères et du Développement international, le ministère des Droits des femmes, de la Ville, de la Jeunesse et des Sports, le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, le ministère de la Défense, le ministère de la Décentralisation et de la Fonction publique.

1. OMS. Health in All Policies (HiAP). Framework for Country Action January 2014.

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

3. The King's Fund. Broader determinants of health. In : M. Marmot. Social determinants of health equity. Am J Public Health, septembre 2014, n° 104 (suppl. 4), éditorial.

Benoît Vallet

Directeur général de la Santé

démarche récente et encore peu développée en France. Aujourd'hui réalisée à un échelon territorial, il serait essentiel qu'elle s'élargisse aux politiques publiques menées au niveau national, comme le suggère en creux le décret de création du CIS.

L'évaluation des impacts positifs de la santé sur le reste des secteurs est aussi trop peu mise en avant et soulignée au moment de faire des investissements en faveur de la santé et des personnels de santé, en dépit du fait que sur le plan international les besoins en personnels de santé correctement formés ne cessent d'augmenter et que les agents de santé contribuent à la croissance économique. C'est tout l'objet des travaux en cours à l'OMS en faveur de l'emploi en santé et en faveur d'une meilleure connaissance des relations entre système de santé et sphère économique (figure 1).

Ensuite, il existe une série de déterminants de santé, considérés à raison comme fondamentaux et péjorant la santé populationnelle, qui semblent insensibles à toute action politique efficace et dont l'évolution paraît dépendre de ruptures et de « chocs ». L'exemple du changement climatique ou

encore celui de l'emploi sont de ce point de vue inquiétants. Les connaissances sur l'impact sanitaire du chômage montrent par exemple qu'il existe un lien direct et de court terme entre le chômage et les risques de maladies cardiovasculaires et de cancer⁶. Selon l'étude Inserm citée dans le rapport du Conseil économique, social et environnemental (CESE)⁷, 10 000 à 14 000 décès par an seraient ainsi imputables au chômage en France, par maladies chroniques, hypertension artérielle, suicide, rechute de cancer, etc.⁸.

Le chômage a également un impact sanitaire indirect très important à travers ses conséquences sur la situation financière du système de protection sociale dans son ensemble. Le

6. Voir l'étude de MM. Pierre Meneton, Léopold Fezeu, Serge Herberg, Joël Ménard, Mmes Emmanuelle Kesse-Guyot, Pilar Galan et Caroline Méjean : Unemployment is associated with high cardiovascular event rate and increased all-cause mortality in middle-aged socially privileged individuals, publiée dans la revue d'épidémiologie International Archives of Occupational and Environmental Health, 2015, n° 6.

7. Rapport du CESE, « L'impact du chômage sur les personnes et leur entourage : mieux prévenir et accompagner », adopté le 10 mai 2016.

8. Pierre Meneton, Inserm.

Conseil d'orientation des retraites (COR) estime qu'approximativement une diminution de 1 point du taux de chômage a le même effet sur le rapport entre le nombre de cotisants et le nombre de retraités qu'une hausse de trois mois de l'âge effectif moyen de départ à la retraite⁹.

Il reste donc en théorie un potentiel extraordinaire d'amélioration et de protection de la santé à travers davantage de santé dans les politiques publiques et dans les décisions des acteurs du secteur économique. Ces gisements de progrès seront parfois facilement accessibles, d'autres demanderont un savoir-faire qui reste à inventer. ...

9. Conseil d'orientation des retraites, « L'impact du chômage sur les résultats des projections du COR », séance plénière du 27 janvier 2016.

figure 1

