

Séminaire des 4 et 5 juin 2012, Paris

*L'action sur les déterminants sociaux de la santé,
réflexions européennes et stratégies pour la France*

Actes

Séminaire des 4 et 5 juin 2012

Paris, France

*L'action sur les déterminants sociaux de la santé,
réflexions européennes et stratégies pour la
France*

Séminaire organisé par

la Chaire Inpes « *Promotion de la Santé* » à l'EHESP

en partenariat avec

le Secrétariat Général des Ministères chargés des Affaires Sociales,

la Direction Générale de la Santé

l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé,

la Société Française de Santé Publique,

l'Union Internationale de Promotion et d'Education à la Santé,

et l'Agence Régionale de Santé Île-de-France.

Table des matières

INTRODUCTION	4
4 JUIN 2012 en soirée	5
ALLOCUTION.....	5
<i>Déterminants sociaux de la santé et inégalités sociales de santé : Comment avancer ?.....</i>	<i>5</i>
TABLE RONDE	7
Réactions de la salle	10
5 JUIN 2012 au matin	11
INTRODUCTION	11
<i>L'innovation au service de l'action publique : agir comme au 19^{ème} siècle</i>	<i>11</i>
EXEMPLES D'INTERVENTIONS EUROPEENNES	12
<i>Le plan « Health 2020 » de l'OMS Europe</i>	<i>12</i>
<i>L'exemple de l'Espagne et de la Catalogne</i>	<i>13</i>
<i>La nouvelle Loi de Santé Publique de la Norvège</i>	<i>14</i>
Réactions de la salle	16
EXEMPLES D'INTERVENTIONS REGIONALES.....	17
<i>Approches régionales et contribution des acteurs pour réduire les inégalités sociales de santé .</i>	<i>17</i>
<i>Les Projets Régionaux de Santé en France, l'exemple de la Bretagne.....</i>	<i>19</i>
<i>Le contexte du Projet Régional de Santé, Champagne-Ardenne.....</i>	<i>20</i>
<i>Les Projets Régionaux de Santé en France, l'exemple du Nord-Pas de Calais.....</i>	<i>21</i>
<i>Initiatives conduites en Provence-Alpes-Côte d'Azur pour réduire les inégalités de santé</i>	<i>21</i>
Réactions de la salle	24
5 JUIN 2012 en après-midi.....	25
RESTITUTION DES ATELIERS	25
<i>Atelier 1 : Système d'information et partage des actions</i>	<i>25</i>
<i>Atelier 2 : L'action sur le gradient social de santé.....</i>	<i>27</i>
<i>Atelier 3 : Conforter la capacité des acteurs pour agir sur les déterminants sociaux de la santé.</i>	<i>28</i>
<i>Atelier 4 : Soutenir l'action intersectorielle locale</i>	<i>29</i>
<i>Atelier 5 : La coordination des politiques publiques.....</i>	<i>30</i>
Débat avec la salle, clôture du séminaire.....	31

INTRODUCTION

Le séminaire qui s'est tenu les 4 et 5 juin à Paris, a réuni près de 80 personnes : des professionnels, décideurs et experts œuvrant dans le secteur sanitaire et social. Leur présence a marqué une volonté forte de contribuer à un changement de stratégie d'amélioration de la santé et du bien-être de la population. En effet, et comme l'évoquait le Dr Eric Breton dans son discours de bienvenue, la promotion de la santé ne peut se limiter aux soins ou à la réduction des comportements à risques. Par ailleurs, selon les rapports de l'Organisation Mondiale de la Santé et du Haut Conseil de Santé Publique (2009), elle se doit d'aller plus loin, d'agir sur les causes des causes et de travailler sur les déterminants sociaux de la santé (logement, conditions de vie, etc.).

La France et l'Europe font face actuellement à une crise économique et sociale qui menace de fragiliser la population. C'est pourquoi, il est d'autant plus nécessaire de définir des politiques efficaces de réduction des inégalités de santé en intégrant l'action sur les déterminants sociaux de la santé lors de leur élaboration.

Ainsi ce séminaire cherche, en sollicitant les acteurs stratégiques concernés par ces questions, au-delà du seul champ de la santé, à mettre en évidence des expériences européennes et régionales exemplaires et à définir des pistes de réflexions pour faciliter cette intégration dans les politiques de demain.

4 JUIN 2012 en soirée

ALLOCUTION

Déterminants sociaux de la santé et inégalités sociales de santé : Comment avancer ?

Pr Thierry Lang, *Professeur à l'Université Paul Sabatier, Inserm UPS UMR 1027.*

Nous sommes aujourd'hui dans une situation particulière, et ce, à trois niveaux : sanitaire, politique et scientifique. Sanitaire, d'abord, car la France est le pays d'Europe qui connaît le plus fort taux d'inégalités sociales de santé. Depuis 2009, suite au rapport du Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) notamment, nous vivons en France un virage politique fort qui demande aux Agences Régionales de Santé d'agir sur les inégalités sociales de santé et non plus de traiter uniquement des questions de précarité. Le milieu de la recherche est devenu par conséquent un interlocuteur privilégié pour documenter ces inégalités et leurs déterminants. Cependant, l'action sur les inégalités de santé doit être le fruit d'un travail coopératif entre les différents secteurs.

Pour introduire les déterminants de la santé, nous pouvons en distinguer trois types :

- les déterminants biomédicaux, tout d'abord, comprennent les inégalités d'accès aux soins et à la prévention,
- les comportements, sur lesquels il existe un gradient social. Dans le cas où ces comportements ne relèvent pas d'un choix individuel et ne sont pas maîtrisables par l'individu, on parle alors d'inégalités.
- les déterminants socio-économiques, très puissants, regroupent les explications matérialistes (ressources naturelles, facteurs économiques, etc.) et les explications psychosociales (relations sociales, contraintes organisationnelles et hiérarchiques, etc.).

Ceci implique une intervention de facteurs sociétaux qui peuvent avoir un impact sur les conditions de vie de l'individu et indirectement sur sa santé. Ces facteurs constituent ce qu'on appelle les causes fondamentales : inégalités de revenu, pauvreté, risques liés au travail, manque de cohésion sociale, etc. Elles représentent également des pistes stratégiques pour l'action.

Les innovations ou actions de prévention qui ne prennent pas en compte les inégalités sociales de santé contribuent souvent à les aggraver. Les déterminants sont multiples, ils agissent tout au long de la vie et concernent l'ensemble de la population. Lors de la planification d'actions pour réduire les inégalités

L'action sur les déterminants sociaux de la santé, réflexions européennes et stratégies pour la France

sur l'ensemble du gradient social, des difficultés se posent quant au ciblage de facteurs ou de populations, aux temporalités incompatibles entre l'influence des déterminants sur la santé et les échéances politiques, à la nécessité d'intégrer la santé dans toutes les politiques, à la difficulté d'évaluer des actions multiples et dispersées ou au problème de la responsabilité individuelle dans les comportements.

Les politiques récentes concentraient leurs efforts sur une minorité de populations précaires ou vulnérables pour améliorer leur état de santé. Or, comme le promeut Marmot dans le rapport de la Commission sur les Déterminants Sociaux de la Santé (2009), les efforts devraient faire bénéficier une part plus large du gradient social de façon proportionnée afin de le redresser.

Comment sortir de la fatalité ? Le HCSP a édité un rapport en 2009 pour tenter de répondre à cette question en proposant quelques pistes.

- **Agir sur les facteurs fondamentaux dès l'enfance en favorisant l'accès aux ressources : revenu, éducation, pouvoir.**
- **Réduire l'exposition des groupes de faible niveau socio-économique aux risques auxquels ils sont surexposés (conditions de travail, habitat, comportements...).**
- **Favoriser l'accès à un système de soins qui réduise les inégalités sociales de santé déjà présentes.**
- **Réduire les conséquences d'une atteinte à la santé sur la situation sociale.**

Deux ans après la parution de ce rapport, nous pouvons constater un engagement politique renforcé en France, mais qui manque encore de coordination et de cohérence entre les initiatives prises par les différentes institutions, aux niveaux national, régional et local. D'autre part, les expériences locales et régionales ne sont pas suffisamment décrites et partagées. L'enjeu actuel au niveau régional consiste à intégrer de façon transversale les déterminants sociaux de la santé dans toutes les politiques territoriales en s'appuyant sur des acteurs ressources pour coordonner, documenter et appuyer méthodologiquement l'action.

TABLE RONDE

Promouvoir une action globale sur les déterminants sociaux de la santé

Dr Jean-Yves Grall, *Directeur Général de la Direction Générale de la Santé (DGS)*.

L'une des missions de la Direction Générale de la Santé est de définir les axes des politiques de santé publique. Concernant la mise en œuvre de la lutte contre les inégalités sociales de santé, quelques points peuvent être dégagés quant aux leviers envisageables :

- Inscrire la santé dans toutes les politiques, en faire un abord transversal à tous les sujets, avec trois niveaux d'opérationnalisation : national (participation du Ministère de la Santé dans l'élaboration de lois hors de son champ d'action), régional (transversalité notamment via la commission de coordination pilotée par les ARS) et local (regroupement de divers acteurs de terrain autour du Contrat Local de Santé).
- Former et informer la population sur les déterminants de leur propre santé (axe à travailler en lien avec l'Education Nationale).
- Cibler les populations qui donnent du sens aux campagnes de prévention/dépistage grâce à des diagnostics partagés et des acteurs en capacité de mettre en œuvre une animation territoriale.
- Adapter les campagnes de prévention à la capacité de réception, de comprendre et d'agir de la population.

Mme Christine d'Autume, *chargée de mission au Secrétariat Général des Ministères chargés des Affaires Sociales (SGMCAS), Inspectrice Générale des Affaires Sociales*.

Les inégalités sociales de santé sont un sujet de longue date au cœur des politiques de santé. Elles sont particulièrement choquantes, comme l'illustrent les différences d'espérances de vie selon les catégories socio-professionnelles. Le droit à la santé est un droit fondamental, et il appartient à l'Etat d'assurer la protection de la santé de tous.

Comme on le sait, les personnes en situation sociale fragile se heurtent à des conditions de travail ou de vie difficiles, et sont donc plus sensibles aux facteurs de risques. Elles ont souvent un accès plus difficile à l'éducation, au logement. Par ailleurs, même si les obstacles financiers à l'accès aux soins ont été globalement levés avec l'instauration de la Couverture Maladie Universelle, on sait aussi que ces personnes ont moins facilement accès aux soins que le reste de la population, elles le font plus tardivement et souvent en urgence.

L'action sur les déterminants sociaux de la santé, réflexions européennes et stratégies pour la France

Le Ministère de la Santé ne dispose donc pas de tous les leviers pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Son rôle est important mais pas suffisant. Au regard de la complexité des déterminants à l'origine des inégalités sociales de santé, l'action publique nécessite une approche interministérielle.

La création des Agences Régionales de Santé (ARS) en 2010 est apparue comme donnant à ces agences une position transversale favorable à l'enjeu de réduction des inégalités sociales de santé, parce qu'elles ont une vision globale du parcours de santé des personnes, intégrant les enjeux de prévention et de promotion de la santé. De plus, elles doivent faire figurer la lutte contre les inégalités sociales dans leur Projet Régional de Santé (PRS) avec les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) en particulier.

Sur ce dernier point, les ARS doivent mieux s'articuler avec les Directions Régionales de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale (DRJSCS), services de l'Etat. C'est dans cette perspective que le SGMCAS a organisé récemment un séminaire commun ARS-DRJSCS.

Outre les PRAPS, les ARS disposent d'outils intéressants pour lutter contre les inégalités sociales de santé. Au-delà du PRS, les Contrats Locaux de Santé, par exemple, permettent de concrétiser des engagements en faveur des personnes défavorisées dans un cadre partenarial et un territoire identifié. C'est un outil particulièrement intéressant.

En conclusion, il faut souligner que le Conseil National de Pilotage des ARS et le Secrétariat Général des Ministères Chargés des Affaires Sociales s'efforcent de soutenir l'action des ARS dans ce domaine.

Pour engager une action efficace, les ARS ont besoin d'être soutenues par le niveau national, d'être outillées et d'échanger sur leurs pratiques et leurs initiatives. C'est dans cette perspective qu'un atelier a été organisé avec les Directeurs Généraux d'ARS cette année sur les problématiques sociales d'accès aux soins et les partenariats à renforcer.

Mme Jocelyne Boudot, *Directrice Adjointe de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes)*.

L'action sur les déterminants sociaux de la santé est un sujet sur lequel l'Inpes souhaite davantage développer son activité. C'est pour cette raison que sont inscrites dans sa programmation les thématiques suivantes :

- Renforcer la connaissance, le suivi des inégalités sociales de santé en travaillant avec la Direction de la Recherche, des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) ainsi que la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) afin de disposer d'indicateurs identifiant les populations les plus à risque.

L'action sur les déterminants sociaux de la santé, réflexions européennes et stratégies pour la France

- Renforcer l'expertise scientifique de l'Inpes en développant des grilles d'analyse de projets pour aider les acteurs à prendre en compte les inégalités sociales de santé.
- Former, informer, convaincre : développer un outil de plaidoyer à disposition des élus et acteurs locaux pour faire valoir l'impact sur la santé des autres secteurs. (Axe en lien avec l'action du Réseau Français des Villes-Santé OMS et de l'association Elus Santé Publique et Territoire)

Le souhait de l'Inpes est de développer et promouvoir l'action innovante. Le repérage de telles actions est donc un enjeu majeur et il ne peut se faire sans les ARS et les acteurs locaux. De nombreux partenariats sont déjà amorcés : avec l'Education Nationale, la Politique de la Ville, les grands organismes de formation des agents. L'objectif est de développer des outils qui répondent à leurs besoins.

Pour que ce travail complexe, engagé depuis plusieurs années, se perpétue, il est nécessaire que les initiatives de chacun soient coordonnées et que le transfert de connaissances soit amélioré.

Pr Antoine Flahault, *Directeur de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP)*.

L'EHESP est un établissement appartenant autant à la famille des grandes écoles que de celle des universités tout en participant à la formation d'agents du service public. Les trois piliers de tout établissement d'enseignement supérieur sont : la formation, la recherche et la documentation. Afin de promouvoir la santé dans toutes les politiques, l'école se donne pour objectif d'inscrire la lutte contre les inégalités sociales de santé dans toutes les formations.

Axe recherche. Plusieurs Chaires hébergées par l'Ecole, dont la Chaire Inpes « *Promotion de la Santé* », ont intégré dans leurs projets de recherche la thématique des inégalités sociales de santé et des déterminants sociaux de la santé. L'EHESP doit profiter du fait qu'elle forme des professionnels de la santé publique et de l'administration pour créer des ponts entre la recherche et la pratique professionnelle.

Axe formation. L'école organise des sessions inter-écoles favorisant l'intersectorialité dans la pratique des formations. Ces sessions sont le reflet de ce que la santé publique aspire de plus en plus à devenir aujourd'hui. Elles sont aussi la traduction en matière de formation du slogan « la santé dans toutes les politiques publiques ».

Axe documentation/expertise. Au niveau international, le directeur de l'Ecole est impliqué dans le travail engagé par l'OMS sur le Plan « *Health 2020* ».

Réactions de la salle

Concernant les inégalités sociales de santé, la situation française ne s'améliore pas. Pour mieux répondre au problème qui se pose, il convient d'identifier clairement les barrières et ce qui ne fonctionne pas, de comprendre pourquoi le lien entre le secteur social et le secteur santé est si difficile à faire.

Une autre difficulté peut être observée. Il s'agit de la communication entre les chercheurs et les décideurs car la recherche sert bien avant tout à accompagner l'action.

La réduction des inégalités sociales de santé nécessite une politique transversale, non cloisonnée, et intégrant la démarche participative. Dans ce cadre, l'action ne doit pas se passer au niveau central, mais local, en mobilisant les élus.

Il a été question de la difficulté d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, de la complexité à saisir le problème des inégalités et des attentes formulées vis-à-vis des ARS. Cependant, des changements se sont produits ces derniers mois. Il existe désormais un cadre à partir duquel on peut travailler. Avant, il était difficile d'identifier des interlocuteurs et aujourd'hui, des actions peuvent être envisagées avec les ARS et au travers des Projets Régionaux de Santé. Ces projets viennent à peine de sortir de la phase de rédaction. L'impact de leur mise en œuvre constituera certainement un sujet d'étude intéressant. Cette constatation vaut également pour les Contrats Locaux de Santé qui vont s'ouvrir sur des horizons plus larges et diversifiés.

5 JUIN 2012 *au matin*

INTRODUCTION

L'innovation au service de l'action publique : agir comme au 19^{ème} siècle

Dr Eric Breton, titulaire de la Chaire Inpes « Promotion de la Santé » à l'EHESP.

Devenue une question d'Etat au XIX^{ème} siècle, la santé publique est une discipline qui a énormément fluctué au cours des siècles. Cependant, telle qu'elle existe aujourd'hui, elle peut malgré tout s'inspirer de ce qu'elle suscitait comme actions sanitaires à ses origines. En effet, les origines des grands fléaux (choléra, tuberculose) restant inconnues, les politiques ont compris, même s'ils ne pouvaient identifier les vecteurs microbiens, le bénéfice pour la santé à améliorer les conditions d'hygiène notamment (qualité de l'eau, du milieu de vie), autrement dit des déterminants de santé en amont de la maladie.

Aujourd'hui, la connaissance des mécanismes à l'œuvre dans la production du gradient social de santé est encore incomplète et explique mal la question des inégalités de santé dans toutes les sociétés occidentales. Nous pouvons formuler trois constats sur lesquels fonder l'action pour réduire les inégalités sociales de santé :

1. les inégalités de santé vont de pair avec les inégalités sociales,
2. les sociétés les plus égalitaires sont celles dont l'espérance de vie est la plus élevée et celles où les inégalités de santé sont les plus faibles,
3. les populations ayant les meilleures conditions de vie sont celles qui connaissent les meilleurs états de santé.

Ceci nous permet d'affirmer que l'action doit encore aujourd'hui se porter sur les conditions de vie élémentaires affectant de façon différente la population en fonction des variables sociales. Le lien entre l'amélioration des conditions de vie et la réduction des inégalités sociales n'est pas évident car ce genre d'actions, complexes, se prêtent mal à l'évaluation.

Afin d'inciter les Etats à se préoccuper de la question des inégalités de santé, l'Organisation Mondiale de la Santé, dans son rapport publié en 2009, encourage l'innovation au travers de trois recommandations phares :

1. Améliorer les conditions de vie quotidiennes,
2. Lutter contre les inégalités dans la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources,

3. Mesurer le problème, l'analyser et évaluer l'efficacité de l'action.

Un peu partout dans le monde, des actions dans ce sens émergent, s'appuyant sur la recherche mais également initiées expérimentalement et dont les résultats nous en apprendront plus sur les conditions favorables à l'intégration des déterminants sociaux de la santé dans les programmes et politiques publiques. Ainsi, à l'instar de nos prédécesseurs face aux grands fléaux du XIX^{ème} siècle, nos connaissances actuelles même si elles sont encore incomplètes, nous permettent tout de même d'agir concrètement, notamment sur les conditions de vie des populations afin d'observer un impact sur leur état de santé.

EXEMPLES D'INTERVENTIONS EUROPEENNES

Le plan « *Health 2020* » de l'OMS Europe

Dr Gauden Galea, *directeur de la Division des Maladies Non-transmissibles et de la Promotion de la Santé, Bureau Régional pour l'Europe, OMS.*

Depuis presque deux ans, le Bureau Régional pour l'Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé en collaboration avec les états membres européens, travaillent sur le Plan « *Health 2020* », considéré comme précurseur d'un « Big Shift », autrement dit, d'un grand changement. Ce plan est encore en cours d'élaboration, mais cette présentation vise à en dresser le portrait en énonçant ses grands principes, notamment au travers de la question des maladies non-transmissibles.

Le Plan « *Health 2020* » s'adresse directement à la question des inégalités de santé et des déterminants sociaux de la santé ainsi qu'à l'enjeu de la gouvernance de la santé dans le contexte européen actuel. La gouvernance de la santé ne doit pas être entendue comme un nouveau mode de management des services de santé mais comme une préoccupation transversale de tous les secteurs et impliquer directement l'ensemble de la population. Ce Plan préconise par ailleurs, une action intersectorielle, rassemblant l'ensemble d'un gouvernement et d'une société. Enfin, il souligne l'importance de renforcer le pouvoir de la santé publique qui est capable de comprendre et répondre aux enjeux de réduction d'inégalités de santé et d'action sur les déterminants sociaux de la santé.

L'objectif du Plan « *Health 2020* » est d'observer les inégalités de santé existantes entre les différents pays du continent, non seulement parce qu'elles témoignent d'un enjeu idéologique mais aussi parce qu'elles deviennent un critère d'évaluation de la performance de notre système de santé. Ce système de santé doit aujourd'hui pouvoir prouver qu'il est capable de réduire les écarts qui se creusent entre ces différents pays, principalement sur le gradient est-ouest de l'Europe.

En ce qui concerne l'évolution des courbes de mortalité par maladies non-transmissibles des différents pays européens, la littérature scientifique explique la réduction de la mortalité de deux façons :

L'action sur les déterminants sociaux de la santé, réflexions européennes et stratégies pour la France

1. Par des interventions populationnelles : changement économique, augmentation des revenus, réduction de l'exposition à des facteurs de risques.
2. Par l'amélioration des services de santé.

Cependant, sur l'ensemble des pays ayant connu une diminution de la mortalité, entre 70 et 80% des explications se situent au niveau des interventions populationnelles. Ceci souligne une fois de plus l'importance à accorder aux actions dirigées vers les causes fondamentales des maladies.

Pour répondre aux préoccupations économiques qui intéressent les politiques des états, le Plan « *Health 2020* » préconise de procéder à des « Best Buys », de meilleurs investissements, en se posant trois questions fondamentales : pourquoi telle action est financée plutôt qu'une autre (est-ce pour des raisons d'efficience ou de justice sociale ?), qui doit payer (l'Etat ou les citoyens ?) et où doivent se dérouler ces transactions (parmi les entreprises privées ou sur un marché public régulé ?).

Il est extrêmement simple de convaincre de la nécessité d'intégrer la question des déterminants sociaux de la santé dans toutes les politiques. Seulement, la mise en pratique s'avère difficile ; pas d'un point de vue technique, puisque des données existent dans presque tous les pays européens, mais parce que cette notion de transversalité de la santé publique n'est pas encore universellement acquise. C'est pourquoi, l'action sur les déterminants de la santé demande d'engager un « Big Shift », conceptuellement acceptable mais qui d'un point de vue pratique relève du challenge.

L'exemple de l'Espagne et de la Catalogne

Dr Ricard Tresserras, *Direction Générale du Département de la Planification de la Santé, Catalogne.*

Au travers de sa présentation, le Dr Tresserras fait part de trois des principales innovations récentes de l'Espagne et de la Catalogne en termes de développement de la politique de santé. Ces innovations doivent être comprises comme des solutions nouvelles aux problèmes posés aujourd'hui.

- Le Plan de Santé de la Catalogne
- L'Agence Catalane de Santé Publique
- Le Plan de Santé Publique Interdépartemental (en cours de validation en juin 2012)

Le premier Plan de Santé de la Catalogne date de 1992 et formule les orientations stratégiques du Département de la Santé pour les enjeux liés à la santé. Relevant d'une définition de la politique du gouvernement, ce document a été largement appliqué mais aussi critiqué de façon vigoureuse car il était trop connoté « santé publique » pour les approches politiques de l'époque, qui privilégiaient le secteur du soin. Ce plan n'a donc pas atteint l'efficacité attendue à ces débuts. En 2006, le gouvernement choisit donc de modifier son approche en proposant aux politiques un Plan de Santé, plus pratique et opérationnel, plus facile à appliquer. Un Plan de Santé ne doit pas se limiter au secteur

L'action sur les déterminants sociaux de la santé, réflexions européennes et stratégies pour la France

des services de soins, il doit prendre en compte certains éléments du système : gouvernance du système, participation des patients, facteurs économiques. Sa philosophie doit s'orienter non seulement sur la prise en charge médicale du patient mais aussi sur la sensibilisation à l'importance de prendre soin de sa santé.

A la suite de ce plan, le département de la santé en Catalogne a rédigé une loi catalane de santé publique donnant naissance, d'une part à l'Agence Catalane de Santé Publique et, d'autre part, au Plan Interdépartemental de Santé Publique. L'Agence de Santé Publique a pour objectif de développer des services de santé publique directement disponibles pour la population. Ceux-ci sont donc chargés de mener des actions de promotion de la santé (activité physique, prévention de l'obésité, etc.).

Le Plan Interdépartemental de Santé Publique contient des programmes intersectoriels, réunissant plusieurs ministères et visant à mener des interventions sur la population. Par conséquent, pour pallier à la difficulté d'évaluer ce plan, le gouvernement a notamment imaginé une instance de régulation chargée d'évaluer l'impact sur la santé de lois ou d'interventions.

Ces efforts politiques pour donner de la cohérence à la gouvernance de la santé ont été couronnés de succès (augmentation du taux de dépistage du cancer du sein, réduction de la mortalité par accidents de la route, etc.). Cependant, la Catalogne doit aujourd'hui se concentrer sur la réduction des inégalités de santé au sein de son territoire.

La nouvelle Loi de Santé Publique de la Norvège

Pr Knut-Inge Klepp, *Directeur Général de la Division de Santé Publique, à la Direction de la Santé, Norvège.*

La Norvège est l'un des pays d'Europe où la population connaît le meilleur état de santé. Cependant, elle est tout aussi concernée par les questions de réduction des inégalités de santé et de l'existence d'un gradient social de santé. Par ailleurs, les services de soins y sont relativement chers comparés aux autres pays européens, c'est pourquoi, la Direction de la Santé a souhaité opérer un changement d'approche et privilégier le champ de la promotion de la santé et de la prévention précoce des maladies. Cette nouvelle stratégie est définie dans le rapport de 2007 « *National Strategy to reduce inequalities in health* ».

Ce rapport met en évidence quatre priorités destinées à promouvoir une action intersectorielle :

- Réduire les inégalités sociales qui contribuent aux inégalités de santé (revenus, conditions de vie des enfants, travail),
- Réduire les inégalités sociales liées aux comportements de santé et l'usage des services de santé,
- Privilégier des initiatives pour promouvoir l'inclusion sociale,

L'action sur les déterminants sociaux de la santé, réflexions européennes et stratégies pour la France

- Développer la connaissance et les outils adaptés à un usage par l'ensemble des secteurs impliqués.

Des données sur l'avancée du plan sont produites annuellement ce qui permet de suivre son évolution, d'augmenter la prise de conscience de chaque acteur de son impact sur la santé et d'ajuster les politiques. Cependant, pour des raisons économiques et de recherche de résultats immédiats, entre autres, les efforts tendent à se concentrer sur des actions liées à la réduction d'impact de facteurs de risques sur des populations vulnérables. Pour changer cette donne et mieux tenir compte des déterminants sociaux de la santé, la Division de la Santé s'est dotée, en 2011, de trois outils : une nouvelle Loi de Santé Publique (effective depuis le 1^{er} janvier 2012), une Loi Révisée des Soins de Santé relevant de la Municipalité et un Plan National de Santé et de Soins (2011-2015). La santé publique, considérée comme un secteur important et complexe, a été placée sous la responsabilité des municipalités. Leur action est supervisée par la Direction de la Santé et évaluée et documentée par l'Institut de Santé Publique.

La nouvelle Loi de Santé Publique développe une approche communautaire, celle d'augmenter le pouvoir d'agir de la population (empowerment). Son objectif est de contribuer au développement social qui aboutit à la promotion de la santé publique et réduit les inégalités sociales de santé.

Pour être efficace, le travail de la santé publique doit fonctionner à la manière d'un système rétroactif :

1. Observation de l'état de santé des populations et des déterminants de santé,
2. Planification stratégique,
3. Elaboration de politiques et plans d'actions,
4. Mise en œuvre des mesures,
5. Evaluation et supervision (retour sur l'observation des déterminants de santé).

Les effets attendus de la nouvelle loi de santé publique concernent principalement le renforcement d'un travail en rétroaction de la santé publique au travers d'une gouvernance nationale, régionale et locale. Cependant, elle aura quelques défis à relever : pérenniser les bonnes pratiques, garantir la qualité d'un contrôle de l'action en interne, augmenter le niveau de compétences, promouvoir des normes et standards et assurer une supervision nationale efficace et réactive.

Réactions de la salle

Comme cela a été évoqué, lorsque les politiques sont élaborées, elles s'attachent à définir des actions qui permettent d'observer un lien de cause à effet direct entre celles-ci et les effets bénéfiques sur la santé. Or, si l'on cherche à travailler sur les déterminants sociaux de la santé, qui sont plutôt placés assez loin dans la chaîne causale, un autre processus apparaît plus approprié : la triangulation. Son utilité a été scientifiquement démontrée. Par exemple, si nous pouvons affirmer que les politiques municipales augmentent l'activité physique, par des processus de triangulation, nous pouvons également affirmer que c'est bénéfique pour la santé.

Dans les différentes présentations, le rôle des interventions locales, municipales avec la société civile et les habitants, est très visible. Par exemple, dans l'expérience norvégienne, il apparaît clairement que le niveau municipal est un levier pour agir sur les déterminants sociaux de la santé. Seulement, il ne suffit pas de le décréter. Il faut également spécifier ses compétences, accompagner la mise en œuvre de la politique locale et penser l'articulation avec les autres niveaux de gouvernance de la santé. Dans le cas français, c'est ce qui manque le plus aujourd'hui. Les villes françaises sont très interpellées sur la santé mais les acteurs municipaux de la santé semblent avoir du mal à porter des démarches intersectorielles et à aller au-delà d'interventions dans le champ du soin et de quelques actions de santé publique. Il semble que nous devrions travailler ensemble à répondre à cette problématique : comment les actions municipales pourraient être mieux structurées et portées ?

EXEMPLES D'INTERVENTIONS REGIONALES

Approches régionales et contribution des acteurs pour réduire les inégalités sociales de santé

Pr Sylvie Stachenko, *professeur à l'Université d'Alberta (Canada), professeur visiteur à la Chaire Inpes « Promotion de la Santé » à l'EHESP.*

Le Pr Stachenko présente l'étude réalisée autour des stratégies régionales d'action sur les déterminants sociaux de la santé pour réduire les inégalités de santé. Dans un premier temps, l'objectif de ce travail était de documenter les approches choisies au travers des Projets Régionaux de Santé (PRS) pour se saisir de ces questions. Ensuite, l'intérêt a été porté sur les différents processus observés d'élaboration et de mise en œuvre des PRS et sur les modalités d'intégration des acteurs et partenaires. Cette deuxième partie ne s'est effectuée que sur 4 régions sélectionnées pour l'étude : la Bretagne, la Champagne-Ardenne, le Nord-Pas-de-Calais et la Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Cette étude a permis de constater que les concepts de promotion de la santé étaient bien présents dans les Plans Stratégiques Régionaux de Santé (PSRS) et que la réduction des inégalités sociales de santé est décrite comme un enjeu central de la politique de santé en région. En effet, depuis la loi HPST (2009), la mission de réduction des inégalités sociales de santé a été conférée aux ARS. Cependant, les approches privilégiées pour réduire ces inégalités sont encore très souvent ciblées sur les populations désavantagées avec des interventions sur l'offre et l'accès aux services de santé. Par ailleurs, nous pouvons observer quelques actions à caractère intersectoriel, mais généralement au niveau local.

Les leviers à l'action sur les déterminants sociaux présents en région concernent les conditions de vie dans l'enfance, logement, éducation, insertion sociale, accès au système de santé, transport et aménagement urbain. Ceux-ci sont des terrains privilégiés pour une action locale.

L'étude et l'analyse des différents processus d'élaboration des PRS a permis de dégager cinq problématiques, dont le Pr Stachenko présente les richesses et les difficultés observées.

Le système d'information dans le diagnostic et le suivi des inégalités sociales de santé :

- Points forts : dispositif statistique riche, sources de données variées (à tous les niveaux), indicateurs démographiques, sociaux, sanitaires.
- Difficultés/obstacles : données peu partagées, dispersées, peu harmonisées, souvent non comparables.

Le processus de concertation et de consultation dans le PRS :

- Points forts : grande mobilisation des partenaires, représentations des usagers, meilleure connaissance du tissu d'acteurs locaux.
- Difficultés/obstacles : calendrier serré, démarche accélérée, manque d'implication des acteurs locaux ou des experts du terrain.

Les actions multisectorielles au niveau des territoires :

- Points forts : historique de coopération entre acteurs, élus et associations, leviers sur les déterminants détenus par les collectivités territoriales, dispositifs locaux facilitant l'intersectorialité (Ateliers Santé-Ville, Animation Territoriale de Santé, Ville-Santé OMS, etc.), contractualisation possible entre le régional et le local à travers le Contrat Local de Santé (CLS).
- Difficultés/obstacles : lourdeur des procédures administratives, manque de soutien méthodologique et de formation, de partage des expériences, dominance du soin dans les conférences de territoires.

Mécanismes de gouvernance intersectorielle régionale :

- Points forts : existence de plusieurs instances intersectorielles (Commission de Coordination de l'ARS, Comité d'Administration Régionale), formalisation des partenariats, etc.
- Difficultés/obstacles : complémentarité peu visible, potentiel non exploité.

Evaluation et suivi des actions de promotion de la santé :

- Points forts : compréhension de l'importance de l'évaluation, existence de supports (outils) et centre de ressources (Pôle de compétences), partenariat avec le milieu de la recherche.
- Difficultés/obstacles : faiblesse méthodologique, orientation principalement administrative et financière de l'évaluation, faible capitalisation et pérennisation des actions, peu de mesures d'impact.

Comme cela a été souligné par les intervenants régionaux, le PRS est une construction complexe qui doit faire intervenir de nombreux partenaires et s'appuyer sur un dispositif de démocratie sanitaire pour agir efficacement sur les déterminants sociaux de la santé.

Il a été constaté plusieurs signes encourageants dans les régions, notamment la multiplicité d'expériences et d'initiatives locales ou la mobilisation forte d'acteurs de tous secteurs sur ce vaste enjeu de santé publique. Les problématiques et pistes de réflexion dégagées par cette étude seront discutées lors des ateliers prévus le 5 juin 2012 dans l'après-midi.

Les Projets Régionaux de Santé en France, l'exemple de la Bretagne

Dr Christine Ferron, *directrice de l'IREPS Bretagne (Instance Régionale d'Education et de Promotion de la Santé)*.

La Bretagne partage avec les Pays de la Loire sa position de région la moins inégalitaire et la moins exposée à la pauvreté (Insee, janvier 2012). Cependant, son taux de mortalité évitable est très nettement supérieur au taux moyen de la France, en particulier chez les hommes (Observatoire Régional de la Santé, Bretagne, décembre 2010). Cette région connaît donc malgré tout une problématique d'inégalités territoriales importante, caractérisée par un gradient est-ouest.

La question posée par Christine Ferron est la suivante : en quoi les politiques de santé publique menées en Bretagne traitent-elles de la question des inégalités sociales de santé et des déterminants sociaux de la santé ?

L'intention est clairement affichée puisque le Projet Régional de Santé qui vient d'être validé en Bretagne pour la période 2012-2016, déclare dans son introduction : « *Réduire la mortalité avant 65 ans implique une meilleure prise en compte des déterminants de la santé* ». Le Schéma Régional de Prévention (SRP), quant à lui, fait référence à la Charte d'Ottawa et aux déterminants sociaux de la santé.

Dans son organisation, le SRP se présente en deux parties : un plan d'action global (promotion de la santé, éducation à la santé, etc.) et des actions thématiques prioritaires (santé précarité, nutrition et activité physique, santé-environnement, etc.). Au sein de ces différentes thématiques, les notions d'inégalités sociales de santé et de déterminants sociaux sont la plupart du temps évoquées.

La dimension sociale et politique de la promotion de la santé, telle qu'elle est présentée, justifie donc une action de plaidoyer de l'ARS auprès des acteurs hors du champ de la santé en ce qui concerne les déterminants sociaux et environnementaux. La responsabilité des actions sur les déterminants de la santé revient aux spécialistes de la promotion de la santé. Ils sont alors chargés de l'accompagnement des institutions et des acteurs vers des changements de pratiques et des changements organisationnels dans un objectif commun d'amélioration de la santé et de la qualité de vie de la population.

Les programmes territoriaux de la santé (PTS) sont en cours de préparation dans la région. Ils doivent aborder sept thématiques prioritaires, dont six concernent essentiellement le secteur du soin. La dernière invite les territoires à développer des outils de décloisonnement et de coordination des acteurs de la santé. La promotion de la santé apparaît uniquement dans les thématiques facultatives. Les Contrats Locaux de Santé signés dans la région sont encore très orientés vers le soin. Alors que les

L'action sur les déterminants sociaux de la santé, réflexions européennes et stratégies pour la France

CLS constituent une opportunité de développer de la promotion de la santé localement, les territoires ne s'en saisissent pas suffisamment.

Concernant la place des instances de démocratie sanitaire, le Dr Ferron, en tant que porte-parole de la Commission Spécialisée Prévention et de collègues de conférence de territoire¹, observe de réelles difficultés à faire exister le champ de la promotion de la santé, de la santé environnementale ou de la lutte contre la précarité, dans les conférences de territoire. Elle fait également part d'un étonnement ressenti face à l'absence de mention explicite de la lutte contre la précarité et les inégalités sociales de santé, des déterminants sociaux de la santé, etc., dans les axes prioritaires des Programmes Territoriaux de Santé.

Le Dr Ferron conclut sa présentation par les préconisations de la CSP et des conférences de territoire :

- Mettre en place une **représentation de la promotion de la santé dans les bureaux** des Conférences de territoire,
- **Imposer un temps de débat et d'échanges sur les inégalités sociales de santé et les déterminants sociaux de la santé** dans les temps de réunion des conférences de territoire,
- Faire évoluer les sept thématiques communes à tous les programmes territoriaux de santé dans le sens d'une **meilleure prise en compte de la lutte contre la précarité et les inégalités sociales de santé, des déterminants sociaux de la santé**, de la place des usagers, des liens entre environnement et santé, de la prévention universelle,
- Produire et diffuser au sein des conférences de territoire des notes de problématique pour développer la culture commune sur ces thèmes ; diffuser les notes d'orientation élaborées par les groupes thématiques régionaux.

Le contexte du Projet Régional de Santé, Champagne-Ardenne

Dr Annie-Claude Marchand, *Chef du service prévention et promotion de la santé, ARS Champagne-Ardenne.*

La Champagne-Ardenne est une région de contraste avec une faible densité de population et une vieille tradition industrielle, qui s'est donc trouvée fortement touchée par la crise économique. Les indicateurs de santé présentent des taux plutôt défavorables, par rapport à la moyenne de la France, ainsi qu'une démographie des professionnels de santé préoccupante.

L'intervention du Dr Marchand porte sur les processus d'élaboration du PRS de sa région, ce PRS qui constitue un objet complexe à définir, mettre en œuvre et évaluer et pour lequel les Agences Régionales de Santé disposaient d'un calendrier très contraint.

¹ Collège 3 : Représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité

L'action sur les déterminants sociaux de la santé, réflexions européennes et stratégies pour la France

La construction du PRS prend appui sur un travail collaboratif à toutes les étapes (diagnostic partagé, élaboration des priorités, etc.) et une implication forte des instances de l'ARS (quatre commissions spécialisées, commission permanente de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie, deux commissions de coordination des politiques publiques, deux conférences de territoire).

1^{ère} étape, le diagnostic régional partagé. Selon la méthode préconisée au niveau national, cinq grands thèmes transversaux de la santé ont été documentés afin d'aboutir à une stratégie d'action. (*De juin 2010 à janvier 2011*)

2^{ème} étape, le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS). Le PSRS identifie 15 priorités de santé, spécifiques aux 5 domaines et 9 enjeux transversaux du PRS. (*PSRS adopté le 14 avril 2011*)

3^{ème} étape, les schémas sectoriels et les programmes (Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins, notamment). Trois versions successives ont été soumises à concertation.

4^{ème} étape, l'adoption du PRS. Après deux mois de consultation réglementaire, le PRS Champagne-Ardenne a été adopté le 13 avril 2012.

L'ARS a largement sollicité la contribution des acteurs (professionnels, institutionnels, associatifs, élus, usagers), positionnés comme experts. Dans un premier temps, ces acteurs ont été invités à participer à des débats publics, appelés des forums départementaux qui ont rassemblés une centaine de personnes par département. Leurs contributions ont alimenté la production du PSRS. Dans un second temps, l'ARS a organisé des séances d'auditions, de consultations et de tables rondes pour l'élaboration des schémas et programmes. Au total, près de 200 personnes ont été sollicitées.

Afin de rassembler les acteurs et partenaires autour de ce Projet Régional de Santé et de favoriser leur adhésion, de nombreuses présentations ont eu lieu à destination des élus ou organisations professionnelles et institutionnelles.

Pour conclure, le Dr Marchand souligne que ce processus de concertation a demandé beaucoup de temps, puisqu'il s'est étalé sur 2 ans. Néanmoins ce travail a été d'une grande richesse et plutôt bien perçu par les acteurs. Pour autant, ce projet a été relativement lourd à porter pour l'ARS et ses partenaires.

Les Projets Régionaux de Santé en France, l'exemple du Nord-Pas de Calais

Dr Sandrine Segovia-Kueny, *Directrice Générale Adjointe chargée de la santé publique et environnementale, ARS Nord-Pas-de-Calais.*

La région Nord-Pas-de-Calais se caractérise par ses indicateurs de santé, les plus mauvais de France, étroitement liés au contexte économique et social du territoire (terres minières, très industrialisées). Cependant, l'entraide politique est fortement prégnante dans la région ce qui se définit notamment par

L'action sur les déterminants sociaux de la santé, réflexions européennes et stratégies pour la France

une charte de partenariat entre l'ARS, les Conseils Généraux et le Conseil Régional, en passe d'être produite. Les élus sont, pour leur part, fortement impliqués sur le thème de la santé des populations, et ce depuis plusieurs décennies.

L'ensemble de ces acteurs partagent un objectif commun : réduire la mortalité prématurée.

Douze Contrats Locaux de Santé sont en cours d'aboutir, dont certains concernant des territoires en inter-région. L'objectif est de sécuriser les modalités d'action (contractualiser en partenariat avec les collectivités territoriales les acteurs des CLS sur trois ans). Plus qu'un partenariat, c'est une co-construction.

A partir de l'année prochaine, avec les grands opérateurs et le conseil régional, 70% des contrats seront signés sur trois ans. Le reste, selon les projets devront faire l'objet de financements annuels. L'objectif est de pérenniser les actions des structures. C'est un effort important dans un univers contraint financièrement car les budgets reçus par l'ARS peuvent varier d'une année sur l'autre.

Afin de mieux contrôler le budget alloué à la prévention et de le rendre plus efficient, l'ARS entend cibler les actions prioritaires, co-construire avec les grands opérateurs et travailler avec les professionnels de santé. L'objectif n'est plus de dépenser plus, mais de dépenser mieux.

Une autre façon de trouver de nouvelles sources de financement, en dehors de ceux versés par l'Etat et l'Assurance Maladie, a été de faire appel au mécénat. Au travers d'un fond de dotation publique, l'ARS cherche à attirer des fondations pour financer des actions de prévention et promotion de la santé dans la région Nord-Pas-de-Calais.

Tout cela ne peut se faire, que si l'on parvient à aller au cœur des actions. Ceci est prévu au travers de l'élaboration de programmes territoriaux de promotion de la santé et essentiellement d'éducation à la santé ; l'obésité étant une problématique préoccupante pour la région.

Ce qu'il faut en retenir, c'est l'effort et le travail réalisé aujourd'hui en synergie par les acteurs de la région pour améliorer les indicateurs de santé de la population.

Initiatives conduites en Provence-Alpes-Côte d'Azur pour réduire les inégalités de santé

Dr Gérard Coruble, *médecin inspecteur de santé publique, ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA)*.

Malgré des indicateurs de santé qui placent la Provence-Alpes-Côte d'Azur comme un territoire favorisé, cette région est très contrastée (niveaux de vie, pauvreté, disparités territoriales, etc.).

L'action sur les déterminants sociaux de la santé, réflexions européennes et stratégies pour la France

Le Dr Coruble souhaite présenter la stratégie retenue dans la région pour réduire les inégalités sociales de santé et agir sur le gradient social de santé. Le PRS proposait deux modalités d'action :

- développer des programmes de santé sur des territoires prioritaires
- prendre en compte les besoins de publics ciblés, par des actions différenciées et adaptées aux fragilités qui leurs sont spécifiques.

Dans le cadre du Schéma Régional de Prévention, il est apparu prioritaire d'agir sur les territoires cumulant une situation sociale dégradée et des indicateurs de santé préoccupants, prendre en compte les risques environnementaux spécifiques, ne pas oublier les territoires ruraux et disposer d'un indicateur de défavorisation à une échelle très fine. La démarche choisie pour décliner le SRP n'a retenu que des plans d'actions populationnels qui permettent d'aborder implicitement la question des parcours de vie. Il s'agit donc d'une stratégie allant bien au-delà du PRAPS, dont l'objectif vise essentiellement à réduire les effets des inégalités de santé.

Un programme expérimental est en cours à Marseille, « **La Santé à Saint-Mauront Belle de Mai : on s'y met tous ! (2008-2011)** ». Il est né des réflexions qui ont émergé lors du précédent PRAPS, concernant les inégalités sociales de santé ainsi que la nécessité de travailler sur certains déterminants pour lesquels le PRAPS ne possédait pas le champ d'action suffisant. Ce programme se déroule sur deux quartiers de Marseille, extrêmement paupérisés et s'appuie sur 5 principes fondateurs :

- **Le développement concomitant et coordonné d'actions pour réduire les inégalités de santé**
- **L'action sur plusieurs déterminants de santé dans les 3 principaux lieux de vie de l'enfant**
- **La mobilisation initiale des habitants avec leur participation à l'ensemble du projet**
- **La mise en réseau des acteurs concernés par la santé des enfants et des familles**
- **La définition et mise en œuvre d'une évaluation de l'ensemble de la démarche**

S'appuyant sur la dynamique de l'Atelier Santé Ville de Marseille-Centre, ce programme visait à agir sur les déterminants de la santé (démarche descendante, coordination intersectorielle). Nous y trouvons par exemple des actions facilitant l'accès à l'offre de soins et de prévention, visant à améliorer l'environnement social et les compétences individuelles et sociales des enfants, etc. En parallèle, une démarche ascendante a été encouragée via une invitation lancée à la communauté à participer largement à l'analyse des besoins de la population.

Pour l'ARS, les inégalités de santé sont un enjeu majeur qui s'est exprimé notamment par la désignation de deux référents transversaux. L'Agence élabore actuellement un programme de travail, en interne, dont l'un des objectifs est de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé (action sur les déterminants, contribution des délégations territoriales, santé environnementale, développement de la recherche et de la connaissance).

L'action sur les déterminants sociaux de la santé, réflexions européennes et stratégies pour la France

Pour conclure, le Dr Coruble souhaite souligner l'intérêt de disposer d'éléments de plaidoyer mettant en évidence les enjeux économiques afin de réduire les inégalités sociales de santé. Selon lui, un pilotage et un étayage national demeurent indispensables pour soutenir de telles actions.

Réactions de la salle

Plusieurs lois encadrent l'élaboration de politiques de santé ainsi que l'action sur les inégalités de santé. Cependant, il existe une mention dans la partie Veille Sanitaire de la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire de 2009 qui n'est suffisamment appliquée. Cet article stipule que l'Agence Régionale de Santé serait associée à l'élaboration des programmes d'action qui sont relatifs à la loi du 1^{er} août 2003, loi Borloo. Cette loi traite de politiques relatives à la ville et de programmation urbaine avec, notamment, un volet santé. Ce champ n'est pas exploité alors qu'il permet une entrée forte sur la santé par l'urbain ou le transport.

Au cours des présentations, il a été question du manque de remontées d'expériences, et en effet, un gros déficit est observable sur ce plan. La démarche Atelier Santé Ville (ASV) a été évoquée mais elle reste une démarche de proximité qu'il ne faut pas effacer au profit des Contrats Locaux de Santé auxquels ces ateliers sont souvent adossés. Ce qui demeure essentiel c'est l'engagement des maires dans ces Contrats Locaux de Santé. Il serait donc intéressant de continuer à valoriser les actions réalisées localement et la plateforme ASV a été créée justement pour pallier au manque de remontée d'expériences.

Il a été fait mention dans la présentation de l'étude des Projets Régionaux de Santé d'un manque d'implication des acteurs locaux dans les politiques de santé or, les expériences régionales permettent de moduler cette affirmation. En effet, il semble que les collectivités locales et les acteurs de terrain étaient bien présents dans les discussions et dans la co-construction du PRS. Cependant, il y a peut-être encore du travail pour favoriser l'expression de la population. Les expériences comme La Belle de Mai ou les Ateliers Santé Ville sont souvent précédées de formation à l'expression et de ce côté-là, des efforts sont à prévoir, y compris d'un point de vue financier, car l'investissement est considérable.

5 JUIN 2012 en après-midi

RESTITUTION DES ATELIERS

A la suite des différentes interventions régionales et européennes, les participants ont été invités à participer à des ateliers de réflexion. La répartition au sein des ateliers avait été préparée en amont du séminaire afin de favoriser la diversité des contributions en variant les institutions d'appartenance, les origines géographiques ou les intérêts propres à la position de chacun. Définis au travers de l'étude réalisée par le Pr Sylvie Stachenko, les thèmes des cinq ateliers sont les suivants :

- Atelier 1 : Systèmes d'information et partage des actions
- Atelier 2 : L'action sur le gradient social de santé
- Atelier 3 : Conforter la capacité des acteurs pour agir sur les déterminants sociaux de la santé
- Atelier 4 : Soutenir l'action intersectorielle locale
- Atelier 5 : La coordination des politiques publiques

Chaque groupe comportait une dizaine de participants en moyenne. Assistés par un secrétaire issu de l'équipe de la Chaire Inpes « *Promotion de la Santé* » à l'EHESP organisant le séminaire, les participants ont, dans l'heure qui leur était impartie, pris connaissance du sujet grâce à une fiche de route, désigné parmi eux un animateur et tenté de répondre à la problématique qui leur était proposée.

Dans un deuxième temps, la réflexion s'est ensuite poursuivie dans la salle plénière, où un membre de chaque groupe a présenté les pistes dégagées dans son atelier afin d'ouvrir le débat avec le reste des participants.

Atelier 1 : Systèmes d'information et partage des actions

Comment renforcer le système d'information et le partage des expériences pour favoriser l'intégration des déterminants sociaux de la santé dans les programmes ?

Au sein de cet atelier, le groupe a réfléchi à la question des systèmes d'information et aux potentielles améliorations de leur utilisation. Ici, les systèmes d'information se comprennent comme les grandes bases d'information qui peuvent être utilisées pour documenter l'état de santé de la population ou pour décrire la défaveur sociale existante.

Une première question se pose, celle de l'accessibilité de ces bases de données. Actuellement, une directive européenne (INSPIRE) promeut la disponibilité des grandes bases de données publiques aux acteurs qui en ont besoin, mais cette directive n'est pas encore suffisamment connue et appliquée.

L'action sur les déterminants sociaux de la santé, réflexions européennes et stratégies pour la France

Ensuite, le groupe s'est interrogé sur quelques limites concernant ces systèmes d'information. Leur opérationnalité en serait une, puisque les grandes bases de données en santé sont encore aujourd'hui essentiellement utilisées pour accompagner la gestion du système de soins. Les acteurs de santé publique tentent malgré tout de détourner ces bases pour se les approprier. Par ailleurs, les bases de données ne sont pas suffisamment fines ou harmonisées pour décrire les comportements de santé des populations sur des territoires précis.

Cependant, il existe une base de données, **OSCARS (Observation et Suivi Cartographique des Actions Régionales de Santé)**, qui est destinée à recenser, localiser et recenser les différentes actions de promotion de la santé. Elle s'appuie sur un système d'information national qui définit les différents critères et catégories nécessaires à la description des actions. Conçue par le Comité Régional d'Education à la Santé de la région PACA, cette base de données est aujourd'hui utilisée par d'autres régions de France et d'Outre-Mer. La généralisation à l'ensemble des régions demande une coordination nationale pour l'harmonisation de la définition des lieux, des acteurs et des actions.

Concernant la défaveur sociale, le groupe constate un manque d'harmonisation des indicateurs pour la caractériser (recours aux minima sociaux, niveaux de revenus, etc.) ou dans certains cas l'utilisation d'indicateurs composites. Ce serait une démarche à mener pour aboutir à des démarches comparatives.

Ensuite, **il apparaît important de se demander l'usage qu'il est fait de ces données**. Souvent, elles permettent d'objectiver et caractériser les situations qui prévalent (en matière de santé ou de défaveur sociale). Le groupe considère qu'il n'est pas suffisant de s'appuyer uniquement sur ces bases de données. Il est nécessaire d'avoir un regard sur les données qui remontent du terrain, notamment dans le cadre de démarches ascendantes et descendantes, quantitatives et qualitatives, s'appuyant sur des témoignages de professionnels et acteurs de terrain aussi bien que de la population, qu'il est nécessaire d'inclure dans les démarches diagnostiques.

Cependant, pour inclure la population, il faut se demander à quelle échelle territoriale ? Quel est le niveau de territoire pertinent ? Lorsqu'il s'agit de travailler sur les inégalités sociales de santé, celles-ci sont plus facilement identifiables à des niveaux de territoires fins. Pour réaliser des diagnostics locaux, dans le cadre d'actions opérationnelles, il est important de travailler à des échelles géographiques urbaines ou rurales.

Le groupe souligne ensuite un point d'ordre méthodologique : ces diagnostics sont utilisés pour caractériser et objectiver une situation. On pourrait aller plus loin et promouvoir son utilisation en tant qu'outil pour lancer une démarche avec les personnes sollicitées par cette démarche.

En ce qui concerne la mutualisation et le partage des bonnes pratiques, il apparaît important de rappeler le fait que cette mutualisation est insuffisante et entraîne la répétition d'actions qui ont été jugées inefficaces. Enfin, une attention doit être portée sur la volonté de généraliser « à excès » car, le plus souvent, cette généralisation ne tient pas compte des réalités locales et prend donc un risque d'échec majoré.

Atelier 2 : L'action sur le gradient social de santé

Comment afficher le gradient social de santé dans les objectifs de réduction des inégalités sociales de santé ?

Avant de répondre à cette question, il est important de se poser la question des préalables nécessaires à l'introduction de ce concept. **Qu'entend-on par gradient social de santé ?** Ce concept mérite encore que sa définition soit travaillée, que soient rappelés certains principes éthiques qui doivent structurer les interventions sociales et de santé (souci de ne pas stigmatiser ou catégoriser les publics, par exemple). Un affichage national de l'importance du gradient de santé aiderait à une plus grande prise en compte. **Les membres du groupe suggèrent un cadrage national fort** sur les inégalités sociales de santé en amont de l'action, pour soutenir et accompagner les acteurs régionaux et locaux. Ceci pourrait également passer par la révision de la Loi de Santé Publique ou par l'élaboration d'un plan dédié aux inégalités sociales de santé.

D'un point de vue opérationnel, **une méthodologie adaptée à la déclinaison du gradient social dans les actions semble manquer**, des indicateurs sont encore à définir ou à faire connaître, des outils restent à construire. La construction de ces indicateurs, de ces outils ou la définition du gradient social devraient, par ailleurs, associer la participation de la population. Le groupe souligne un besoin ressenti par des agents d'ARS de concertation forte entre le volet sanitaire, médico-social et social. La formation sur les inégalités sociales de santé des agents et responsables de service des ARS devrait constituer une priorité. Cela passe par une meilleure articulation entre ces domaines voire **la nomination de référents inégalités sociales de santé**, comme c'est le cas pour l'ARS PACA. Ces référents constitueraient les interlocuteurs régionaux privilégiés pour accompagner le terrain. Par ailleurs, le recrutement des agents devrait privilégier une plus grande diversité disciplinaire et associer notamment des professionnels formés en sciences humaines et sociales.

Le groupe a donc constaté un besoin de formation sur cette thématique, de partage d'une culture commune entre les acteurs du social, de la santé, mais également les élus. Au niveau local, il apparaît intéressant de **développer une dynamique de co-construction** entre l'ensemble de ces acteurs, notamment en dépassant le rôle d'apprenant aux élus et de travailler côte à côte.

L'action sur les déterminants sociaux de la santé, réflexions européennes et stratégies pour la France

Enfin, les acteurs de la santé publique disposent d'un rôle privilégié, celui de plaider auprès du Ministère de la Santé ainsi que les autres ministères concernés pour introduire la question des inégalités et du gradient social dans toutes les décisions politiques.

Atelier 3 : Conforter la capacité des acteurs pour agir sur les déterminants sociaux de la santé

Comment améliorer le support méthodologique et le partage des expériences sur les déterminants de la santé entre les acteurs régionaux et locaux ?

Le groupe a commencé sa réflexion par poser les conditions pour conforter la capacité d'agir. Tout d'abord, il a proposé **une définition selon deux niveaux des acteurs** dont on cherche à conforter la capacité. Le premier niveau d'acteurs se situe à un stade stratégique de programmation (national, régional) qui suppose des capacités à programmer des actions sur les déterminants sociaux de la santé. Ensuite, le deuxième niveau comprend l'ensemble des acteurs opérationnels : acteurs du terrain, politique de la ville, etc.

Une première capacité d'action a été évoquée, celle du travail intersectoriel. Puis, il a été question des besoins de formation, de partage d'une culture commune. Sur ce point, le groupe suggère de **commencer par travailler à l'acculturation des acteurs qui développent déjà des dynamiques de structuration intersectorielle** (politique de la ville, par exemple). L'Évaluation d'Impact sur la Santé apparaît comme l'outil adapté à cette sensibilisation. En effet, en partant de l'analyse des bonnes pratiques ou des pratiques prometteuses, nous pouvons espérer un phénomène « boule de neige » qui inspireraient et sensibiliseraient d'autres types d'acteurs. Cet outil pourrait également être mis au service de la fonction de plaider de la santé publique. L'évaluation telle qu'elle est imaginée par le groupe se met au service de l'acteur comme réflexion sur sa pratique.

Cependant, l'évaluation médico-économique peut être envisagée sur certaines actions qui ont des intérêts sur les coûts de santé directs et indirects. En effet, ces évaluations produisent des informations sur la rentabilité biomédicale, sociologique et psychologique de certaines actions qui peuvent appuyer la fonction de plaider aux institutions.

Le groupe envisage sur ce thème un rapprochement avec des acteurs du développement durable et de la santé environnementale.

Les membres du groupe expriment le sentiment qu'ils arrivent à une période de leurs pratiques, de la santé publique en général, dont **le mode de fonctionnement s'essouffle**. Ils envisagent le fait que l'intégration des inégalités sociales de la santé dans les débats et les politiques va insuffler un changement de paradigme. Ce changement pourrait s'opérer par exemple par le passage d'une logique sectorielle à une démarche beaucoup plus transversale. Mais la question « comment en arriver là ? » reste encore en suspens.

L'action sur les déterminants sociaux de la santé, réflexions européennes et stratégies pour la France

Enfin, pour revenir à l'essentiel, il apparaît important de s'interroger sur **l'objectif fondamental des actions des acteurs de la promotion de la santé**. Sont-ils vraiment en mesure de réduire les inégalités sociales de santé ? Est-ce que si les actions n'aggravaient pas ce gradient social, elles ne constitueraient pas déjà en soi un succès ? Dans ce cadre, l'évaluation devrait être plus envisagée comme une évaluation réflexive pour interroger la pratique menée plutôt que comme un indicateur de performance.

Atelier 4 : Soutenir l'action intersectorielle locale

Comment soutenir les projets intersectoriels et les innovations au niveau local ?

Avant de répondre à cette question, le groupe a cherché à **définir le niveau de territoire** dont il est question lorsque l'on s'intéresse aux actions locales. Le niveau « ville » n'apparaît pas suffisant car il pose la question de la taille de la ville, de son caractère rural ou urbain, des caractéristiques propres aux quartiers, etc. Chaque niveau pose des questions spécifiques.

La définition d'innovation a permis d'aboutir au consensus suivant : **l'innovation est une action nouvelle que l'on peut généraliser et qui doit être évaluée** avec des méthodes spécifiques permettant d'identifier les modalités de transférabilité.

Il est apparu nécessaire **d'identifier des facteurs à prendre en compte** pour soutenir l'action intersectorielle. Le plus important d'entre eux concerne **la temporalité** : le temps du diagnostic, de la concertation, du changement de professionnels ou d'élus, de la durée des projets, de l'évaluation, etc.

Cependant l'un des grands principes de l'intersectorialité est qu'elle doit s'exercer du début à la fin du projet. Cela signifie que la transversalité ne doit pas s'effectuer seulement au moment du diagnostic mais également tout au long de la mise en place puis de l'évaluation d'une action. Ceci suppose **un lieu supplémentaire de concertation**, d'échange ou d'expression croisée dont le ou les niveaux (national, régional, local) restent à définir.

Ainsi, **la coordination de l'action est devenue une question majeure du débat**. Pour envisager l'action intersectorielle, certains éléments à prendre en compte doivent être formalisés. Cela passe par une hiérarchie (à tous les niveaux) qui prend en compte l'intersectorialité et assure un rôle de portage politique ou institutionnel. Le groupe estime qu'il est indispensable que le niveau national assume ce rôle et intervienne comme facilitateur en mutualisant les expériences, en aidant au déploiement d'outils pour valoriser les actions performantes.

Ce groupe fait **le lien entre l'intersectorialité et le développement durable** car toute action transversale s'inscrit dans la longévité. Pour conclure, la finalité de l'intersectorialité serait de faciliter la libre circulation entre les différents niveaux et secteurs.

L'action sur les déterminants sociaux de la santé, réflexions européennes et stratégies pour la France

La reconnaissance de la compétence des collectivités locales est une piste d'action suggérée tout comme un accompagnement du niveau local selon le modèle norvégien.

Atelier 5 : La coordination des politiques publiques

Comment maximiser les mécanismes existants de coordination des politiques publiques (à un niveau national, régional et local) pour qu'il y ait une animation plus évidente et partagée entre les acteurs ?

Différentes propositions ont été suggérées, applicables aux trois niveaux d'acteurs (national, régional, local) :

1. **Favoriser le partage d'une culture commune.** Il est essentiel que les acteurs devant travailler ensemble partagent les mêmes concepts et définitions.
2. **Rendre les données accessibles à tous les acteurs** pour que les gens se réfèrent aux mêmes données (épidémiologiques, issues du terrain ou de la recherche). Faciliter le transfert des expériences.
3. Privilégier **une méthode de travail basée sur des données probantes** (issues de la recherche) mais pas de façon systématique non plus, pour que cela ne soit pas restrictif et garder une marge de liberté.
4. **Soutenir méthodologiquement** les équipes (sur la gestion de projet, la méthodologie en santé publique, etc.).
5. Instaurer **des instances intermédiaires pour faire des ponts entre le terrain et le niveau national** sur les déterminants sociaux de la santé. Le groupe cite l'exemple de l'Espace Partagé de Santé Publique à Nice où entre les décideurs et les acteurs de terrain, il existe deux instances : un comité de pilotage (décideur) et un comité-programme (qui assure le suivi des groupes de travail). Ces deux comités communiquent beaucoup ce qui facilite la diffusion des décisions et actions vers l'ensemble des acteurs. Ce n'est pas un processus descendant, bien au contraire : une commande est faite par le comité de pilotage, le comité programme émet des propositions que le comité de pilotage valide. Il y a plus de marge de manœuvre possible.

La dernière proposition du groupe relève du niveau national. Elle suggère que **le Ministère de la Santé puisse avoir un droit d'avis** sur toutes les politiques publiques, comme c'est le cas au Québec.

Débat avec la salle, clôture du séminaire

En réponse à la demande d'outils d'évaluation, la Directrice de l'Union Internationale de Promotion et d'Education à la Santé répond que des groupes de travail s'intéressent notamment à l'évaluation d'impact. Des outils ont été développés en partenariat avec la Direction Générale de la Santé ainsi que des acteurs européens, focalisés sur l'action locale, le développement durable et qui pourraient être mis à la disposition des professionnels et institutionnels de terrain.

Lorsque l'on vise l'action sur les déterminants sociaux de la santé, les premiers interlocuteurs compétents à solliciter sont ceux qui sont concernés en premier lieu, c'est-à-dire les citoyens. La difficulté est de déterminer quelle place peut leur être dédiée dans ce processus.

Les inégalités sociales de santé sont étroitement liées aux conditions de vie et aux inégalités de revenus. Il serait intéressant d'inclure dans le travail en collaboration les acteurs économiques, les acteurs du champ de l'emploi ou la médecine du travail.

Quelques pistes d'action envisagées :

- *Montrer la plus-value, le bénéfice à agir pour les élus, à investir ce domaine-là sur des actions qu'ils mènent déjà en leur montrant en quoi ce qu'ils font (environnement, urbanisme) a des impacts (positifs ou négatifs) sur la santé. Cela passe par des outils de sensibilisation. L'Inpes et l'Inspection Générale des Affaires Sociales ont rédigé des rapports sur les déterminants sociaux de la santé, apportant des pistes de réflexions intéressantes ainsi que des recommandations pertinentes.*
- *Exploiter les commissions de coordination (Comité de l'Administration Régionale, par exemple). Il serait intéressant de mesurer l'impact sur la santé d'une démarche en binôme des différents secteurs : santé-emploi, santé-urbain, santé-transport, etc.*
- *Augmenter la concertation entre les différentes instances majeures dans le secteur de la santé : DGS, SGMAS, ARS, Inpes, etc. Celle-ci aurait pour but d'harmoniser les discours de chacun ainsi que les stratégies déployées.*

Les différentes pistes d'action évoquées dans ces actes et proposées par les participants au séminaire feront l'objet d'un document annexe.