

Lutter contre les inégalités sociales de santé en région

À partir de deux rapports de l'IGAS

Marguerite Moleux, Alain Lopez, Françoise Schaetzel, Claire Scotton

Conférence publique, ISPED, Bordeaux, janvier 2012

1

Plan de l'intervention

- Inégalités sociales de santé: entre théorie et pratiques
- Pourquoi le niveau régional et local?
- Comment faire? Y a-t-il des recettes?

2

1. En guise d'introduction

- Constat
 - Les actions au sein du système de santé ne suffisent pas et peuvent augmenter les inégalités de santé
 - Santé pauvreté/gradient social

- Vers un nouveau cadre d'actions
 - La santé seule ne peut suffire: santé dans toutes les politiques
 - Articulée avec la notion de gradient social

- L'émergence des déterminants sociaux de santé

3

Un cadre théorique émergent

- « réflexe santé » dans d'autres politiques
- Des grandes priorités: enfance, milieu du travail...
- Un accès universel avec modulation selon le gradient social: l'universalisme proportionné
- Le maintien des mesures ciblées en faveur des plus pauvres
- Une ligne forte de santé primaire

4

De la théorie à la pratique: des déterminants s'inscrivant dans différentes politiques publiques

- Politiques s'inscrivant dans le champ de la santé
 - Prévention-pratiques cliniques préventives, éducation pour la santé...
 - Organisation des soins

- politiques autres que de santé
 - Ville
 - Aménagement du territoire
 - Éducation, formation
 - Cohésion sociale
 - ...

- Une articulation à trouver? stratégies, gouvernance, cadre d'actions, outils...à inventer

5

2. Pourquoi le niveau régional et local au moins 4 bonnes raisons

- Les politiques locales: des leviers efficaces

- Une demande de la population

- Des actions déjà existantes

- Des outils disponibles

6

Pourquoi le niveau régional et local: des leviers: les politiques locales

Problèmes évitables	Déterminants			
	Environnement économique	Environnement physique	Environnement social	Comportements individuels
Maladies infectieuses	Revenu Développement économique	Eau Air Sol	Accessibilité et qualité des services	Hygiène
Maladies chroniques				
Traumatismes	Conditions de travail	Transport Routes, pistes cyclables etc	Soutien social et réseaux sociaux	Alimentation, sédentarité
Problèmes psychosociaux	Scolarité Formation professionnelle	Qualité du logement, espaces verts Urbanisme, aménagement du territoire	Cohésion sociale	Port de la ceinture de sécurité, vitesse
Autres	Statut social			

7

Pourquoi le niveau régional et local

une demande des populations

- Les politiques locales influent directement sur le cadre de vie des habitants
- Présence de réseaux d'acteurs
- Le niveau local favorable à l'expérimentation sociale
- Le niveau de proximité facilitant la mise en place d'une action transversale

8

Pourquoi le niveau local? Parce que les pratiques existent, explicites ou implicites:

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

- **1. Faciliter l'accessibilité aux fruits et légumes:** marchés et AMAP
- **2. Développer la mobilité active:** pédibus et vélobus, Plan de déplacement, PLU .
- **3. Faciliter la pratique quotidienne d'activités physiques :** plateaux sportifs
- **4. Informer et communiquer autour du PNNS 2.** conseil de ville des enfants, maison de l'emploi, apéritifs offerts par la commune...
- **5. Education des enfants et des jeunes et formation des personnels.** Projet éducatif local adopté par le conseil municipal et l'Education Nationale
- **6. Respecter les 9 repères du PNNS dans la restauration scolaire.**

9

**Pourquoi le niveau régional et local?
Parce que les outils existent**

- Observation intersectorielle
- Instances intersectorielles de concertation et de débat
- Des ressources d'intervention: référentiels d'action, ingénierie...
- Des ressources d'évaluation
- Des ressources universitaires et d'expertise
- ?...

10

3. Comment faire?

- Un choix explicite
- Du débat
- Un engagement
- Une nouvelle gouvernance

11

Le projet d'aménagement urbain de la halte ferroviaire de Pontchaillou (Rennes) Une évaluation d'impact sur la santé (EIS)

Les grands thèmes de l'EIS :

-  Transports et Déplacements
-  Bâtiment Multi-Services (BMS)
-  Espaces autour de la halte ferroviaire
-  Environnement : Air, Eau, Sol, Bruit, Déchets, Energie
-  Participation

TOLLEC, L. (2011) Mémoire IGS EHESP : Construction et mise en œuvre d'une démarche d'évaluation des impacts sur la santé pour un projet d'aménagement urbain : Application à la halte ferroviaire de Pontchaillou et ses abords (Rennes).

12

Déterminant de la santé	Un impact potentiel peut-il être identifié?	Elément du projet susceptible d'avoir un impact sur la santé / la qualité de vie		Possibilité d'action sur l'élément du projet 0 : aucune 1 : envisageable 2 : certaine	Population concernée	Impact potentiel identifié sur la santé				Bilan qualitatif des impacts potentiels identifiés sur la santé Non qualifiable Positif
		A : Réflexions pensées initialement dans le projet	B : Réflexions issues des différents échanges			Impact négatif	Qualification : -1	Impact positif	Qualification : +1	
Réseau social- Entraide- Cohésion Sociale	Oui	A / Création d'une structure en faveur de l'insertion (ex : PIMMS)		1	Usagers du CHU Usagers du TER Habitants du quartier	Empiéter sur le travail réalisé par les agents de proximité représentants des bailleurs sociaux (renseignements concernant les consommations énergétiques et orientations vers les services concernés : edf, gdf, véolia ...)	-1	Faciliter l'accès aux services publics aux personnes demandeuses d'informations Créer des emplois et des parcours de professionnalisation pour favoriser l'insertion professionnelle des salariés et les accompagner vers l'emploi durable	+1 +1	Positif
	Oui		B/ Implanter le siège de médiation métropole (Médiation transport + handistar +PIMMS)	1	Usagers du CHU Usagers du TER Habitants du quartier PMR	Empiéter sur le travail réalisé par les agents de proximité, représentants des bailleurs sociaux (renseignements concernant les consommations énergétiques et orientations vers les services concernés : EDF, GDF : Véolia ...)	-1	Favoriser l'entraide et les liens sociaux Favoriser l'intermodalité et les modes de déplacements alternatifs à l'usage de transports motorisés individuels (voiture notamment) Faciliter les déplacements et accompagner les PMR	+1 +1 +1	Positif
	Oui	A/ Favoriser l'usage des transports en commun et notamment du TER		2	Usagers du CHU Usagers du TER Habitants du quartier PMR			Favoriser les échanges et les liens sociaux Réduire la sédentarité et favoriser l'activité physique	+1 +1	Positif

TOLLEC, L. (2011) Mémoire IGS EHESP : Construction et mise en œuvre d'une démarche d'évaluation des impacts sur la santé pour un projet d'aménagement urbain : Application à la halte ferroviaire de Pontchaillou et ses abords (Rennes).

13

S'engager

- Expérimenter en articulant décideurs, chercheurs, opérateurs
- Une région expérimentale?
 - Dans le cadre d'un contrat Etat-région-ARS?

14

Quelle contribution des instances de santé? rendre l'ARS exemplaire dans la lutte contre les ISS

- **Dans les missions qui relèvent de sa compétence propre**
 - Lutte contre les ISS dans tous les programmes
 - Rôle au CAR
 - Conseil de surveillance avec invitation à d'autres administrations (DIRECCTE, DREAL...)
 - Avis spécifique CRSA
- **En devenant une ressource pour les autres acteurs**
 - Facilitateur de débat, plaidoyer, argumentaire
 - En mettant à disposition son expertise et ses outils
- **En partenariat avec les autres acteurs**
 - Des engagements communs
 - Des outils partenariaux: observation locale intersectorielle
 - La contractualisation: contrats locaux de santé

15

Une nouvelle gouvernance?

- Renforcer la fonction stratégique du niveau local, notamment communes et inter agglomérations
- Et le niveau national?

16

Merci de votre attention

Les deux rapports de l'IGAS sont disponibles

➤ **Déterminants sociaux et modèles d'action**

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000580/index.shtml>

➤ **Exemple de l'enfance**

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/114000581/index.shtml>

17

Contrat Local de Santé (CLS) entre l'Agence Régionale de Santé (ARS), l'Etat et la Communauté Urbaine de Strasbourg.

Délibération au Conseil de Communauté du vendredi 25 novembre 2011

- **Axe 1 : Mettre en place un observatoire local de santé à l'échelle de la CUS**
- **Axe 2 : Inscrire la santé dans toutes les politiques portées par la Communauté urbaine**
- **Axe 3 : Soutenir les communes volontaires de la CUS dans la mise en place d'actions de promotion de la santé**
- **Axe 4 : Améliorer la mise en cohérence sur le territoire**

18

Quels mécanismes de production des ISS?

- L'exposition à une combinaison variable de ressources et de contraintes
- La structuration sociale est elle-même un facteur de risque
- Le degré plus ou moins égalitaire d'une société

19

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

	■ Option 1 : portage par le ministère de la santé	■ Option 2 : portage par le Premier ministre
Description de l'option	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objectif de réduction des inégalités sociales de santé inscrit dans la loi de santé publique. ■ Suivi de la mise en œuvre assuré par une cellule placée auprès du ministre de la Santé. ■ Pilotage régional pour le compte de l'Etat confié aux directeurs généraux des ARS (avec un rôle spécifique de la commission de coordination des politiques de prévention) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Objectif de réduction des inégalités sociales de santé inscrit dans la loi de santé publique ou rattaché à un objectif d'action sur les déterminants sociaux de la santé. ■ Suivi de la mise en œuvre assuré par une cellule placée auprès du Premier ministre. ■ Pilotage régional pour le compte de l'Etat confié aux préfets (avec un rôle spécifique des CAR)
Avantages	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cohérence avec les compétences du ministère de la Santé et appui sur le réseau existant de promotion et d'éducation à la santé. ■ Bon niveau de formation des acteurs. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Visibilité immédiate de la nature transversale de la question. ■ Appui politique plus fort.
Inconvénients	<ul style="list-style-type: none"> ■ Risque que la démarche soit assimilée à une action du système de santé. ■ Accent moindre mis sur les déterminants socioéconomiques de la santé. ■ Mobilisation des autres acteurs plus difficile. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Phase de préparation plus longue et plus difficile. ■ Moindre proximité avec les acteurs de la promotion de la santé. ■ Inconnue de la capacité à maintenir une mobilisation forte dans le temps.

20

4. Au niveau national? Trois options graduées

- Scénario de base : développer le réflexe santé dans les politiques publiques
- Un scénario 2 plus volontariste : inscrire un objectif de réduction des inégalités sociales de santé dans quelques politiques publiques sectorielles
- Un scénario 3 préconisant l'adoption d'une loi de santé, et la mise en place d'un pilotage adéquat

21

L'exemple de l'accueil du jeune enfant

Actuellement

- Un impact sur la santé
- gradient social /modes d'accueil
- Une politique « quantitative » : conciliation famille/travail

Santé et gradient social

- Objectif prioritaire: développement cognitif
- Agir sur offre, demande, type de mode d'accueil
- Qualité en fonction du public

22

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

[1] Les données sont issues de l'ouvrage d'A. Leclerc, M. Kaminski et T. Lang cité *supra*.

23

Le diagnostic de l'état de Santé de la population en Ile-de-France

Une région favorisée...

- Une région plus riche et plus jeune
- Où l'on vit en moyenne plus vieux

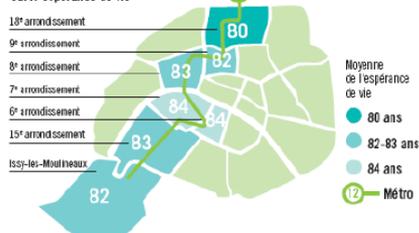
...qui présente des enjeux spécifiques

- Les maladies infectieuses (VIH, hépatites, tuberculose)
- Une surmortalité féminine par cancer
- Une surmortalité infantile

Avec une problématique transversale majeure : les inégalités de santé



Carte espérance de vie



24